

LC/G 1334 C2

ESTUDIOS e INFORMES de la CEPAL

43

**EL DESARROLLO DE LA SEGURIDAD
SOCIAL EN AMERICA LATINA**



NACIONES UNIDAS

ESTUDIOS e INFORMES de la CEPAL

**EL DESARROLLO DE LA SEGURIDAD
SOCIAL EN AMERICA LATINA**



NACIONES UNIDAS

Santiago de Chile, 1985

LC/G.1334
Enero de 1985

Este estudio ha sido preparado por el señor Carmelo Mesa-Lago, consultor de la División de Desarrollo Económico. Las opiniones expresadas en él son de su exclusiva responsabilidad y no reflejan necesariamente las de la CEPAL.

PUBLICACION DE LAS NACIONES UNIDAS

Número de venta: S.85.II.G.6

INDICE

	<u>Página</u>
INTRODUCCION	1
Capítulo I: VISION GENERAL DEL DESARROLLO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y PROBLEMAS QUE CONFRONTAN	5
1. Evolución histórica	5
2. Estructura organizativa	8
3. Cobertura de riesgos y de la población	10
4. Financiamiento	16
5. Prestaciones, gastos y costo global	22
6. El impacto de la seguridad social en el desarrollo	28
7. Ordenamiento de los países según el desarrollo de la seguridad social	38
Capítulo II: COSTA RICA	43
1. Evolución histórica	44
2. Estructura organizativa	45
3. Cobertura de la población	48
4. Financiamiento	51
5. Prestaciones, gastos y costos	57
6. El impacto de la seguridad social en el desarrollo	67

	<u>Página</u>
Capítulo III: CUBA	71
1. Evolución histórica	72
2. Estructura organizativa	76
3. Cobertura de la población	77
4. Financiamiento	81
5. Prestaciones, gastos y costos	87
6. El impacto de la seguridad social en el desarrollo	95
Capítulo IV: CHILE	99
1. Evolución histórica	101
2. Estructura organizativa	104
3. Cobertura de la población	107
4. Financiamiento	112
5. Prestaciones, gastos y costos	119
6. El impacto de la seguridad social en el desarrollo	128
Capítulo V: MEXICO	135
1. Evolución histórica	136
2. Estructura organizativa	139
3. Cobertura de la población	141
4. Financiamiento	147
5. Prestaciones, gastos y costos	151
6. El impacto de la seguridad social en el desarrollo	158
Capítulo VI: PERU	161
1. Evolución histórica	162
2. Estructura organizativa	165
3. Cobertura de la población	168
4. Financiamiento	171
5. Prestaciones, gastos y costos	177
6. El impacto de la seguridad social en el desarrollo	185

	<u>Página</u>
Capítulo VII: URUGUAY	187
1. Evolución histórica	188
2. Estructura organizativa	191
3. Cobertura de la población	192
4. Financiamiento	197
5. Prestaciones, gastos y costos	202
6. El impacto de la seguridad social en el desarrollo	209
Capítulo VIII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	217
1. Comparación del desempeño entre los casos de estudio	217
2. Sumario de los problemas claves que confront confrontan los países	225
3. Estrategia general y políticas específicas ..	229
ANEXO DE CUADROS ESTADISTICOS	267

SIMBOLOS DE LOS CUADROS

- . No se aplica
- .. No disponible
- Nula o insignificante
- * Provisional

INTRODUCCION

En 1983 se celebró el centenario de la introducción del seguro social por el Canciller Bismark en Alemania precursor de los programas modernos de seguridad social. En los últimos 100 años este campo ha avanzado notablemente en muchos países de América Latina y jugado un papel crucial tanto en prevenir la pérdida del ingreso del cabeza de familia, debido a riesgos sociales, así como en desarrollar la medicina curativa. Ya desde finales del siglo pasado existían en la región programas que protegían a empleados públicos y militares y, desde principios de siglo, a grupos de trabajadores en sectores estratégicos como los servicios públicos. En 1984 se cumplen respectivamente 70 y 60 años desde que se promulgaron las primeras leyes en el hemisferio que cubrieron a los obreros contra los riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (Uruguay) y contra los riesgos de vejez, invalidez, muerte y enfermedad común (Chile). Estos países pioneros se adelantaron a la introducción de programas similares en Los Estados Unidos y, aun hoy, aquéllos aventajan a éstos en programas como enfermedad-maternidad y asignaciones familiares. Como en otras áreas, América Latina es líder en el Tercer Mundo en cuanto al desarrollo de la seguridad social.^{1/}

Pero el progreso de la seguridad social no ha sido uniforme en la región y confronta serios problemas aun en los países de mayor avance. Aunque varios países han alcanzado la universalidad en la cobertura de la población, cuando se excluye al Brasil que concentra más de la mitad de los asegurados, la cobertura global de la región no llega al 43% y en la mayoría de los países es inferior al 25%. A esto hay que añadir desigualdades notables en la cobertura por categoría ocupacional, ramas económicas y unidades geográficas. El costo de la seguridad social es excesivo en muchos países en relación a su capacidad económica. Al comienzo del decenio del 70, la carga de la seguridad social en los dos países pioneros alcanzó un 14 y un 17% del PIB, proporción sólo superada en el mundo por los países más industrializados de Europa. A principios del decenio en curso, dicha carga se aproximaba o sobrepasaba el 10% del PIB en cinco países igualando el porcentaje del Japón y acercándose al de los EEUU y la URSS (14%). En la década

del 60 la seguridad social de los países pioneros mostró un desequilibrio actuarial y a veces financiero el que se agudizó en la década siguiente y se complicó aún más con la crisis económica de la década actual.

La historia sugiere que la seguridad social es como una escalera que termina en el vacío: a medida que se sube en la cobertura de riesgos y de la población, se acrecienta el desequilibrio financiero que parece fatalmente desembocar en la crisis. Con el intento de resolver esta situación algunos países latinoamericanos han reestructurado la seguridad social; las reformas globales más drásticas y con orientación opuesta están representadas por la estatización del sistema cubano y la privatización del sistema chileno.

Lo dicho demuestra la importancia económica de la seguridad social. A esto debe agregarse que su forma de financiamiento puede afectar la sustitución del trabajo por capital, la generación del ahorro y la inversión y la distribución del ingreso. A pesar de su significación, sólo recientemente algunas agencias regionales o internacionales de desarrollo han comenzado a realizar estudios económicos sobre la seguridad social latinoamericana e incluir este campo en algunos de sus estudios por países.

La CEPAL, reconociendo la estrecha relación entre seguridad social y desarrollo, decidió efectuar el presente estudio; el que se llevó a cabo entre agosto de 1983 y junio de 1984. El mismo incluye a todos los 20 países de América Latina pero excluye al Caribe no hispano debido a que el desarrollo de la seguridad social en esta subregión ha seguido una trayectoria histórica y modelos diferentes a los de Latinoamérica, por lo que su inclusión hubiera complicado la comparación y el análisis. Para recabar información se envió un cuestionario a los 20 países el cual fue respondido por todos ellos, además se recopilaron anuarios y memorias estadísticas así como publicaciones técnicas. Con el fin de profundizar en los problemas de la seguridad social y en las diversas políticas implantadas para hacerle frente, se seleccionaron seis países para casos de estudio: Costa Rica, Cuba, Chile, México, Perú y Uruguay. Se obtuvo material adicional de todos estos países y se condujo investigación en Chile, México y Perú durante el año del trabajo; con anterioridad se había realizado otros estudios en Costa Rica, Cuba y Uruguay.

Este estudio se compone de ocho capítulos. En el primero se describe el desarrollo de la seguridad social latinoamericana utilizando un ordenamiento de los países basado en 12 variables, además se discuten los problemas actuales relacionados con la organización, la cobertura de población y riesgos, el

financiamiento, las prestaciones y el costo de la seguridad social así como su impacto en el ahorro, el empleo y la distribución del ingreso. Los capítulos 2 al 7, analizan los seis casos de estudio; estos fueron seleccionados de los grupos alto e intermedio de desarrollo de la seguridad social, procurando representar países diversos, especialmente en cuanto a sus sistemas económicos y políticas de seguridad social. En cada caso se describe la evolución histórica y estructura actual de la seguridad social y se analizan los problemas que confronta y las políticas o medidas encaminadas a enfrentar dichos problemas. El capítulo 8 aborda las conclusiones y recomendaciones del estudio.

Por razones de simplicidad este estudio utiliza sistemáticamente el término seguridad social (en vez de seguro social o previsión social) abarcando cinco programas principales: riesgos profesionales (cobertura de salud y monetaria contra los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales); pensiones por vejez, invalidez sobrevivientes (también pensiones por antigüedad y cesantía -despido- en algunos países); atención de salud y monetaria de la enfermedad y el accidente común o no laboral y la maternidad; asignaciones familiares; y subsidio de desempleo. Además la seguridad social incluye con frecuencia, prestaciones adicionales (vr.gr., auxilio funerario, préstamos personales y para viviendas, guarderías infantiles), más programas de asistencia pública o social (vr.gr., atención de salud y pensiones grupos de bajo ingreso que no califican para los programas contributivos).

Técnicamente hablando la mayoría de los países de América Latina tienen sistemas de seguros sociales obligatorios o se encuentran entre la etapa del seguro social y la más avanzada de la seguridad social, que son dos concepciones diferentes de protección social. Sólo unos pocos países tienen sistemas cuyas características son más típicas de la seguridad social que de los seguros sociales. Estos últimos, introducidos por el Canciller Otto Bismarck en Alemania en el decenio de 1880 están basados en la relación de empleo que moldea el sistema: i) programas separados para atender a distintos riesgos sociales (especialmente riesgos profesionales, pensiones y enfermedad); ii) cobertura de la fuerza laboral empleada en relación de dependencia (asalariada) esencialmente urbana; iii) cotizaciones salariales tripartitas (pagadas por el asegurado, el empleador y el Estado); iv) prestaciones directamente relacionadas con las cotizaciones, y v) regímenes técnico-financieros de capitalización.

La seguridad social, que arranca del informe inglés de Sir William Beveridge a comienzos del decenio del 1940 -fuertemente influenciado por el Keynesianismo- se basa en una

serie de principios innovadores que promueven: i) la unificación -bajo un sólo ente gestor o coordinador- de los diversos programas de seguro social con la asistencia pública y la atención de la salud (integrando la preventiva y la curativa) y con los programas de empleo y asignaciones familiares (principio de unidad); ii) la uniformidad de las condiciones de adquisición de derechos y la eliminación de desigualdades injustificadas entre los asegurados (igualdad); iii) la cobertura total de la población, independientemente de si está empleada o no (universalidad) y de todos los riesgos sociales (integridad); iv) el financiamiento mediante impuestos, las prestaciones mínimas básicas pero suficientes -no relacionadas con las contribuciones- y la distribución progresiva del ingreso (solidaridad); y v) regímenes técnico-financieros de reparto.^{2/}

Este estudio ha sido posible gracias al interés y apoyo brindados por el Secretario Ejecutivo de CEPAL Enrique Iglesias y el Director de la División de Desarrollo Económico Andrés Bianchi. También fue importante la ayuda y sugerencias de varios funcionarios de dicha División y de otros en CEPAL, ILPES y CELADE, especialmente de Joseph Ramos, Guillermo Mundt Enrique de la Piedra, Carlos Díaz de la Guardia, Adolfo Gurrieri, Franciso León, Oscar Altimir, Rubén Katzman, Carmen Arretx y José Pujol . El apoyo recibido de los países latino-americanos fue esencial para poder realizar el estudio y sería imposible relacionar aquí a todas las personas que cooperaron suministrando información, estadísticas y comentarios. A ellos se dedica este trabajo con la esperanza de que contribuya al mejoramiento de la seguridad social en la región.

Capítulo I

VISION GENERAL DEL DESARROLLO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA LATINA Y PROBLEMAS QUE CONFRONTA

1. Evolución histórica

La seguridad social ha evolucionado en América Latina siguiendo dos formas básicas, una que llamaremos "estratificada" y otra "relativamente unificada".

a) Los países pioneros y la estratificación

En un grupo pequeño de países pioneros, que eran los más desarrollados (Chile, Uruguay, Argentina, Cuba, Brasil) el sistema de seguridad social surgió temprano (en la década de 1920) pero de manera gradual y fragmentada, dando lugar a una multiplicidad de instituciones gestoras que protegían a diferentes grupos ocupacionales a través de subsistemas independientes con su propia legislación, administración, financiamiento y prestaciones. El Estado contribuyó al financiamiento de estos subsistemas mediante la creación de impuestos específicos o el apoyo directo del presupuesto. Los subsistemas incorporaron progresivamente a grupos ocupacionales o sectores laborales más amplios, así como a sus dependientes pero, generalmente, con prestaciones más frugales y condiciones de adquisición de derecho más exigentes. El proceso de aparición de los subsistemas fue aproximadamente como sigue: Primero fuerzas armadas, empleados públicos y maestros; después empleados y obreros del transporte, energía, banca, comunicaciones y otros servicios públicos; mucho más tarde la masa de empleados y obreros urbanos (a menudo separados en dos grandes grupos); y, por último, trabajadores agrícolas y por cuenta propia (independientes), pequeños granjeros y empresarios, y servidores domésticos. Este tipo de evolución resultó en una seguridad social estratificada ya que ésta asumió una estructura piramidal con grupos relativamente pequeños de asegurados protegidos por subsistemas privilegiados en el ápice y el centro, y la mayoría de la población con subsistemas más pobres de protección en la base.

Las teorías explicativas de la evolución de la seguridad identifican entre sus causas básicas el desarrollo económico^{3/} y la difusión o efecto de demostración generados por organismos internacionales y países pioneros,^{4/} pero dichas teorías no explican el fenómeno de la estratificación. Un importante debate ha surgido hace una década en torno a las dos principales fuerzas impulsoras de ese fenómeno: los grupos de presión y el Estado. Los grupos ocupacionales antes indicados, basan su poder en la tenencia de las armas, la administración del gobierno, la escasez de sus calificaciones en el mercado laboral y la organización sindical, y ejercen su presión sobre el Estado -a veces aliados con partidos políticos- para obtener concesiones de seguridad social. Estudios sobre varios países de la región demuestran que, a mayor poder del grupo de presión, generalmente éste recibe cobertura más temprana y completa, prestaciones más generosas y medios de financiamiento más ventajosos.^{5/} El estado puede no ser un simple receptor de presiones de grupos sino también ejercer su iniciativa utilizando la seguridad social como instrumento para cooptar, neutralizar y controlar a dichos grupos a fin de mantener un determinado orden social.^{6/} La evolución con predominio del papel de los grupos de presión es típica de sistemas políticos populistas y democrático-pluralistas como los de Chile y Uruguay durante las primeras siete décadas del siglo XX. La evolución con predominio del rol del estado es más representativa en sistemas políticos también populistas pero autoritarios con corte corporatista como los de Brasil bajo Getulio Vargas y Argentina bajo Juan Perón. En la práctica ambas fuerzas (los grupos de presión y el Estado) funcionaron entrelazados en ambos tipos de sistemas políticos siendo a veces difícil de determinar cuál era la predominante. 7/

A medida que avanzó el proceso de desarrollo económico, urbanización, sindicalismo y movilización política en los países pioneros, los grupos desprovistos de protección adquirieron suficiente poder para obtener la cobertura dentro de subsistemas ya existentes o propios. En algunos países fueron incluso capaces de conseguir ciertas prestaciones que estaban reservadas para los sistemas antiguos dando lugar a lo que se ha llamado "masificación del privilegio". El costo del proceso de universalización de la cobertura, unido a prestaciones generosas y condiciones de adquisición liberales, llegó a hacerse excesivo y provocó el desequilibrio financiero en muchos subsistemas. La reforma de la seguridad social, auspiciada por estudios técnicos nacionales e internacionales, prescribía la unificación y uniformidad de los subsistemas, así como la eliminación de los costosos privilegios. Pero el poder de los grupos era tal que el Estado se vio obligado a posponer la reforma, a veces por décadas. El vuelco institucional ocurrido en estos países en las décadas del 60 y el 70

reforzó el poder estatal frente a los grupos de presión (los que en muchos casos fueron desmovilizados y su poder notablemente reducido) y facilitó el proceso de reforma de la seguridad social.^{8/} En algunos países (vr.gr., Cuba, Brasil) todo el sistema fue prácticamente unificado, en otros (vr.gr., Argentina, Uruguay) se creó un organismo central integrador o coordinador que agrupó diversas instituciones dotándolas de un sistema uniforme, y finalmente en uno (Chile) se introdujeron ciertas medidas de uniformidad y eliminación de privilegios en el sistema antiguo pero se creó un nuevo sistema fuertemente inspirado en el seguro privado que favorece la individualidad y multiplicidad.

b) Los países con sistemas relativamente unificados

La segunda forma de evolución de la seguridad social se da en países cuyos sistemas principales se establecen a partir de la década del 40, influenciados por las nuevas tendencias en la materia que emanaban de la OIT y del informe Beveridge, y tratando de evitar los problemas creados en los países pioneros. Algunos de estos países eran entonces relativamente desarrollados (vr.gr., México) pero la mayoría tenía un escaso desarrollo industrial y, en prácticamente todos, el sector rural predominaba sobre el urbano. En estos países se creó un instituto gestor general encargado eventualmente de cubrir a toda la población aunque el sistema inicialmente se circunscribió a la capital y principales ciudades. Debe notarse, sin embargo, que en los países más desarrollados de este segundo grupo, existía antes de la creación del instituto gestor general una serie de instituciones de seguridad social que protegían a los grupos de presión más poderosos: fuerzas armadas, empleados públicos, maestros, y trabajadores en energía y ferrocarriles (vr.gr., Colombia, Costa Rica, México, Paraguay, Perú, Venezuela). Más aún en algunos países, después de la creación del instituto gestor general se hicieron excepciones con el objeto de establecer subsistemas separados para ciertos grupos casi siempre en el sector público (vr.gr., México, Costa Rica). Pero estos grupos separados son generalmente pocos y representan (con excepción de las fuerzas armadas y los empleados públicos) un porcentaje pequeño en relación con la proporción cubierta por el instituto gestor general. En todo caso aunque hay cierto grado de estratificación en varios de estos países, nunca ha llegado a aproximarse al nivel de estratificación que llegó a alcanzarse en el primer grupo. Debido a la aparición más tardía de la seguridad social en este segundo grupo, así como a su unidad y uniformidad relativas, y a su cobertura más baja de riesgos y población, estos sistemas generalmente no confrontan los problemas administrativos y financieros del primer grupo y, por tanto, no han necesitado reformas drásticas. Sin embargo los países que se colocan a la cabeza de este grupo (con la cobertura más alta,

madurez creciente del programa de pensiones y altos costos) comienzan a sufrir de los problemas financieros típicos del primer grupo. En este sentido Costa Rica es el caso más agudo puesto que, debido a su política de aceleración de la cobertura poblacional en las décadas del 60 y el 70, prácticamente se salió de este grupo y sus costos de seguridad social son similares a los de los países del primer grupo a pesar de que su programa de pensiones aún no ha madurado del todo.

c) Los países de aparición tardía de la seguridad social

Podríamos, por último, identificar un tercer grupo de países que tienen también sistemas de seguridad social relativamente unificados pero en mayor grado que los del segundo grupo. Se trata de los países de menor desarrollo de la región: Centroamérica -con excepción de Costa Rica y Panamá- y el Caribe latinoamericano con excepción de Cuba. En este grupo, la seguridad social no aparece generalmente hasta las décadas del 50 y el 60, el organismo gestor general prácticamente cubre a todos los asegurados (aunque las fuerzas armadas y, a veces, los empleados públicos tienen subsistemas aparte) y la cobertura de la población es muy baja y a menudo circunscrita a la ciudad capital y ciudades más populosas. Estos países usualmente no confrontan dificultades financieras a corto y mediano plazo y su principal problema es extender la cobertura poblacional.

2. Estructura Organizativa

Después de las reformas administrativas de las dos últimas décadas hoy existe más similitud en cuanto al grado de unidad en la gestión de los sistemas de seguridad social puesto que su unificación total o parcial en los países pioneros ha reducido notablemente la estratificación (con la excepción de Chile). No obstante muchos sistemas necesitan aún fusionar a los subsistemas privilegiados e integrar, o al menos coordinar, las políticas de salud.

La gestión de los sistemas generales de seguridad social está a cargo de institutos autónomos en 15 países, de ministerios o agencias del Estado en cuatro países (Argentina, Brasil, Cuba y Uruguay) y de una combinación de agencias del estado y organismos privados en Chile. El programa general de pensiones siempre está administrado por el instituto/ministerio gestor pero se mantienen, en la mayoría de los países, subsistemas independientes para las fuerzas armadas y los empleados públicos y, en algunos casos, para otros grupos ocupacionales poderosos. El programa de riesgos profesionales usualmente está administrado por el instituto/ministerio gestor pero en unos pocos países (Costa Rica, Uruguay) hay un organismo inde-

pendiente estatal que tiene el monopolio de este programa, mientras que en el resto funcionan seguros privado o mutuales supervisados por el instituto/ministerio gestor. El programa de asignaciones familiares está administrado por el Instituto/ministerio gestor o por fondos autónomos supervisados por una agencia estatal.

La administración del programa de enfermedad-maternidad es la más compleja. Hay tres sistemas de atención médica: a) directo, donde el instituto/ministerio gestor opera todas las instalaciones y contrata al personal; b) indirecto, donde el instituto/ministerio gestor no tiene instalaciones propias y subcontrata con otros organismos y personal público y privado; y c) mixto, donde el instituto/ministerio gestor tiene instalaciones y personal propio pero éste es insuficiente y, por tanto tiene que subcontratar con otros servicios. El sistema directo puro existe en Cuba y Nicaragua (con el ministerio de salud operando los servicios) y en Costa Rica y Panamá (donde los servicios del instituto y el ministerio están altamente integrados y operados por el primero). El sistema indirecto puro no existe en América Latina. El sistema más común es el mixto, que funciona en los países restantes: en México los servicios se prestan por dos principales institutos gestores (que cubren a los trabajadores asalariados del sector privado y del gobierno federal) pero éstos subcontratan en ciertas áreas geográficas con otros suministradores; en Colombia, Ecuador, El Salvador y Paraguay, el instituto gestor cubre a un porcentaje pequeño de la población y la gran mayoría es atendida en instalaciones del ministerio de salud; en Bolivia, Brasil, Guatemala, Haití y Venezuela el instituto gestor no tiene suficientes servicios y contrata con otros suministradores públicos y privados; y en Argentina, Chile, Perú, Uruguay y la República Dominicana el asegurado tiene algún tipo de libre elección entre los servicios suministrados por el instituto gestor, el ministerio de salud y/o entidades privadas (en Argentina y Uruguay existe un importante sector de mutualidades y cooperativas médicas, mientras que en Chile hay un sector privado incipiente pero vigoroso). A todo esto hay que añadir que prácticamente en todos los países las fuerzas armadas tienen sus propias instalaciones y servicios (a veces separadas por el ejército, la armada y la aviación) y en algunos países hay grupos ocupacionales poderosos (vr.gr., petróleo) que también tienen sus servicios propios. Por último en la mayoría de los países hay una clara distinción y separación entre la medicina curativa otorgada por la seguridad social y la ofrecida a la población no cubierta a través del ministerio de salud y otros organismos de asistencia pública o beneficencia privada.

La multiplicidad subsistente de entes gestores de la

seguridad social es usualmente ineficiente, incrementa los costos administrativos dificultad el registro único, el control y la inspección (facilitando la evasión), crea problemas de continuidad al asegurado (para combinar tiempos de servicios acumulados bajo distintos entes) y es fuente de privilegios y desigualdades irritantes. La unificación de la seguridad social (en salud al menos, la integración o coordinación de servicios) ha sido recomendada por organismos técnicos internacionales y regionales pero frecuentemente es obstaculizada por los grupos de presión.

3. Cobertura de riesgos y de la población

a) Cobertura de los riesgos

La cobertura de los riesgos por la seguridad social ha evolucionado gradualmente como puede apreciarse en el cuadro 1, y salvo excepciones, la cobertura está siempre supeditada al empleo. El primer riesgo en cubrirse fue el de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales basado en la teoría de la responsabilidad del empleador. El segundo riesgo fue el de enfermedad y accidente no laboral y la maternidad pero, como el anterior, se conectó con el empleo, así la atención a la maternidad se concedió sólo a las empleadas y obreras (luego se extendió la cobertura de maternidad a la esposa o compañera del trabajador y la de enfermedad a algunos de sus dependientes). Casi al mismo tiempo se introdujeron las pensiones de vejez e invalidez y, un poco más tarde, las de sobrevivientes. A principios de la década del 80 todos los países latinoamericanos tenían estos tres programas en vigor aunque su cobertura poblacional era universal sólo en una minoría de aquéllos. Los últimos programas en aparecer fueron las asignaciones familiares y el subsidio de desempleo, los que existen sólo en unos pocos países: las asignaciones familiares en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile y Uruguay; y el subsidio de desempleo en Argentina, Brasil, Chile, Ecuador y Uruguay. En general, la extensión de la cobertura de los riesgos ha sido mucho más rápida que la cobertura poblacional. Ello se debe a que se ha dado prioridad a la extensión vertical sobre la horizontal: con frecuencia una minoría de la población está cubierta contra todos los riesgos pero la mayoría no tiene protección contra riesgo alguno.

b) Cobertura legal y estadística de la población

En la cobertura de la población hay que distinguir la legal y la estadística, la primera viene prescrita por la ley pero no siempre es ejecutada; la segunda proviene de estimaciones de la población protegida las que son más representativas de la realidad pero no siempre confiables. Generalmente

el programa de enfermedad-maternidad es el que tiene la cobertura legal más amplia; en la mitad de los países se extiende a la fuerza laboral empleada (a veces sólo en relación de dependencia) y en la otra mitad sólo a parte de los empleados, usualmente en el sector público y en la industria, minera, comercio y servicios financieros. No obstante, en Cuba todos los residentes son legalmente cubiertos mientras que en Chile y Costa Rica se cubre a toda la población excepto a la no trabajadora con altos ingresos. Por lo contrario, en los países centroamericanos restantes, más en Haití, la cobertura legal normalmente se limita a la capital y las ciudades más importantes. Sólo en seis países la ley protege a los trabajadores por cuenta propia pero en casi todos los países cubre a los dependientes del asegurado (normalmente la esposa o compañera e hijos) y a los pensionados. En resumen, de acuerdo con la cobertura legal, en la mayoría de los países los asegurados son los asalariados urbanos (y sus dependientes más cercanos), mientras que los trabajadores por cuenta propia, agrícolas y de servicio doméstico (así como los desempleados) y sus dependientes no están cubiertos por la seguridad social; además en una cuarta parte de los países (los menos desarrollados) la cobertura se limita a la capital y las ciudades más importantes.

Los estimados de la cobertura estadística en América Latina no son siempre acuciosos. Por ejemplo un informe reciente de la OIT sobre el Brasil reconoció que las cifras disponibles en salud eran tan especulativas que no permitían calcular el margen de error: no había un registro de los asegurados y las cifras de contribuciones estaban tan afectadas por errores que no se podían utilizar como substitutivas del registro.^{9/} En los países en que existe multiplicidad de instituciones gestoras es muy difícil o imposible estimar la cobertura total porque hay cifras sobre las instituciones mayores pero no sobre las menores. Así en México es fácil obtener cifras de cobertura de las dos instituciones gestoras principales (que cubren a los trabajadores asalariados dependientes en el sector privado y el gobierno federal) pero muy difícil obtenerlas de los institutos y hospitales que cubren a las fuerzas armadas y otros grupos menores. (Las cifras de cobertura publicadas por organismos internacionales y regionales frecuentemente se refieren a las instituciones mayores y, por tanto, subestiman la cobertura total). El cuadro 2 presenta la cobertura total en los países en que hay multiplicidad y son objeto de los seis casos de estudio, pero sólo presenta la cobertura del instituto general en aquellos países en que no se pudo hacer un estudio profundo (vr.gr., Colombia, Paraguay, Venezuela). Otro problema es confrontado por Argentina y Uruguay donde un porcentaje alto de los servicios de salud se prestan por sociedades mutuales, cooperativas médicas y clínicas

privadas cuyas cifras son muy difíciles de obtener. El efecto contrario, sobrestimación, a veces resulta en programas de pensiones cuando hay multiplicidad de instituciones que permiten cobertura doble o triple (vr.gr., Uruguay), pero este fenómeno se ha reducido bastante en los últimos años. La cobertura de salud de los dependientes, importantísima pues es el cohorte mayor, se calcula en muchos países usando una razón estimada de dependientes/asegurado; cambios pequeños en dicha razón pueden producir notables bajas o alzas en la cobertura. Así pues, la cobertura de la PEA es generalmente más confiable que la de la población total. Por último hay problemas de comparabilidad, por ejemplo en el caso de Cuba, el cuadro 2 da la cobertura legal porque no existen estadísticas de cobertura. Los países en que existe sólo un instituto gestor y éste es el ministerio de salud (vr.gr., Nicaragua) proveen cifras totales de cobertura, pero otros países, aun con sistemas altamente integrados, reportan la cobertura del instituto gestor principal pero no la del ministerio de salud y, a veces, tampoco la de atención de indigentes por dicho instituto (vr.gr., Costa Rica).

A pesar de las deficiencias señaladas, el cuadro 2 presenta las cifras de cobertura más confiables, comparables y recientes (1980) que se hayan publicado hasta el presente. En base a la cobertura en pensiones de la PEA los países se ordenan como sigue: 75 al 100% en Cuba (cobertura legal) Brasil y Uruguay; 50 al 74% en Argentina, Costa Rica, Chile (en estos dos últimos países la cobertura es más alta si se incluyen las pensiones asistenciales) y Venezuela; 25 al 49% en Panamá, México, Perú y Guatemala; y 1 al 24% en Ecuador, Colombia, Nicaragua, Bolivia, Honduras, Paraguay, República Dominicana, El Salvador y Haití. El ordenamiento de los países en base a la cobertura de salud es como sigue: 75 al 100% en Cuba, Brasil, Argentina y Costa Rica; 50 al 74% en Uruguay, Chile, México y Panamá (los dos primeros probablemente en el primer grupo si se añade la atención a los indigentes y por mutuales) 25 al 49% en Venezuela y Bolivia; y 1 al 24% en Paraguay, Perú, Guatemala, Colombia, Nicaragua, Ecuador, República Dominicana, Honduras, El Salvador y Haití. En general, la cobertura es mayor en los países más desarrollados y con los sistemas más antiguos de seguridad social; en estos, además, la cobertura de la población total es mayor que la de la PEA debido a que el número de pensionados y de dependientes con derecho a protección de salud es proporcionalmente mucho mayor que en los países menos desarrollados y con sistemas más nuevos.

En la penúltima línea del cuadro 2 se hace un estimado de la cobertura global de América Latina que da el 61% para la población total y la PEA. No hay duda que en este aspecto la región está a la cabeza de los países en desarrollo y que un

grupo de países latinoamericanos ha alcanzado niveles similares a los de países desarrollados; así en los países pioneros y unos pocos del grupo intermedio, la cobertura se ha extendido con rapidez y, si se toma en cuenta la protección de indigentes en salud y en pensiones, llega casi a ser universal. Pero en la mayoría de los países de América Latina la cobertura de seguridad social es muy baja y su extensión se obstaculiza por barreras estructurales. Un análisis más minucioso del cuadro 2 muestra que la cobertura global de la región está influenciada fuertemente por la altísima cobertura del Brasil, país que concentra más de la mitad de todos los asegurados; por cuanto las cifras de Brasil requieren mayor precisión es probable que la cobertura global de América Latina esté sobreestimada. Cuando se excluye al Brasil de los cálculos del cuadro 2 (última línea) los porcentajes de cobertura de América Latina caen a menos del 43% de la población total y de la PEA; más aún, en la mitad de los países la cobertura es inferior al 25%.

c) Desigualdades en la cobertura poblacional

Al problema de la baja cobertura global debe añadirse, en la mayoría de los países, el de la desigualdad en el grado de cobertura entre grupos ocupacionales, ramas económicas y unidades geográficas. La cobertura tiende a estar correlacionada positivamente con el ingreso, la calificación laboral y el poder de los grupos de presión. Investigaciones realizadas en siete países (Argentina, Costa Rica, Cuba, Chile, México, Perú y Uruguay) demuestran que la aparición histórica de la cobertura de distintos grupos ocupacionales respondió en gran medida al poder de dichos grupos, con una brecha de casi 200 años entre los primeros y los últimos grupos cubiertos con pensiones: los militares y empleados públicos comienzan a ser cubiertos desde principios de 1800 a principios de 1900; los maestros desde 1880 a 1930; la policía desde 1890 a la década de los 40; la aristocracia laboral (servicios públicos, banca, marina mercante) desde 1910 a la década de los 40; el grueso de la fuerza laboral urbana (empleados y obreros) desde 1920 a la década de los 40; los trabajadores agrícolas desde 1930 a la década de los 50; los servidores domésticos desde 1930 a la década de los 70; y los trabajadores por cuenta propia desde 1930 a la década de los 70.¹⁰ Téngase en cuenta que en estos países todos los grupos están cubiertos aunque hoy existen diferencias notables en el grado de su cobertura a pesar de los procesos de universalidad, unificación y uniformidad que han tenido lugar en la mayoría de dichos países. Las referidas diferencias son mucho más notables en los países con baja cobertura global por cuanto la mayoría de la población está excluida del sistema de seguridad social. Un análisis reciente de Brasil también muestra una correlación positiva

entre el grado de cobertura y la calificación o status laboral y el ingreso, registrando la cobertura más baja entre los desempleados, trabajadores no calificados (especialmente agrícolas y por cuenta propia) y los de más bajo ingreso.^{11/} Información de cuatro países (Colombia, Costa Rica, Chile y México) sobre el grado de cobertura actual (1979-81) de la PEA por ramas económicas, indica que la más alta se registra en electricidad, gas y agua (75 al 100%), manufactura (51 al 90%) y transporte y comunicaciones (34 al 71%) mientras que la más baja se encuentra en la agricultura (4 al 59%, con los porcentajes mayores en Costa Rica y Chile, los países que se aproximan a la universalidad)^{12/} Por último, información de seis países (Costa Rica, Chile, Guatemala, México, Panamá y Perú) sobre diferencias en el grado de cobertura geográfica actual (1979-81) prueban que los estados/provincias/departamentos más desarrollados (industrializados, sindicalizados, urbanos, con mayor porcentaje de asalariados e ingreso per cápita más altos) tienen una cobertura notablemente mayor que los estados/provincias/departamentos menos desarrollados (agrícolas, poco sindicalizados, rurales, con mayor porcentaje de trabajadores independientes e ingreso per capita más bajos). El rango extremo de cobertura geográfica fluctúa entre 54 y 100% en Costa Rica, 39 y 95% en Chile, 0.2 y 33 en Guatemala, 5 y 100% en México, 13 y 73% en Panamá, y 3 y 27% en Perú. Con una excepción, la provincia/estado/departamento donde se encuentra la ciudad capital es la que tiene la cobertura más alta.^{13/} En resumen, los grupos más necesitados (incluyendo el sector de pobreza crítica) están desprovistos de protección de la seguridad social en la gran mayoría de los países; la cuestión clave es si es viable extender la cobertura para incluir a dichos grupos.

d) Factores estructurales que facilitan/obstaculizan la expansión

Varios especialistas han apuntado que el modelo bismarckiano de seguro social no ha podido funcionar adecuadamente en América Latina debido a que en los países desarrollados de Europa la mayor parte de la fuerza laboral estaba compuesta de trabajadores asalariados urbanos mientras que en nuestra región la mayoría de la fuerza laboral está compuesta por trabajadores agrícolas e independientes.^{14/} El modelo bismarckiano financia la seguridad social con cotizaciones del trabajador y el empleador basadas en el salario del primero, pero en América Latina el trabajador independiente no puede aportar la contribución del empleador y el trabajador agrícola tiene bajo ingreso, está disperso y a menudo es migrante y cambia de empleador con frecuencia.

El primer segmento del cuadro 3 muestra que, en los países más desarrollados de la región, los asalariados constituyen del 63 al 89% de la fuerza laboral (vr.gr., Brasil, Costa Rica, Chile, Panamá, Uruguay y Venezuela) y menos de un tercio de la fuerza laboral trabaja por cuenta propia o sin paga para un familiar. Esto explica por qué el seguro social bismarckiano no ha podido funcionar y extender la cobertura en estos países. Por lo contrario, en el resto de los países (vr.gr., Bolivia, Guatemala, Honduras, Perú) del 48 al 58% de la fuerza laboral realiza trabajo por cuenta propia o sin paga para un familiar (y una proporción similar se desempeña en la agricultura). Estos países son precisamente los que tienen la cobertura más baja de seguridad social y resulta obvio que con el modelo bismarckiano la extensión de la cobertura es muy difícil o imposible en ellos más allá de la frontera de la fuerza laboral asalariada.

El segundo segmento del cuadro 3 presenta la distribución de la fuerza laboral entre sectores siguiendo el método de PREALC. Cuando se compara el porcentaje de la PEA en el sector urbano-formal con el porcentaje de la PEA cubierto por la seguridad social, se aprecia en la mayoría de los países una coincidencia muy marcada entre ambos. Unos pocos países han sido capaces de extender la cobertura algo más allá del sector urbano-formal, ya sea porque tienen un sector rural relativamente moderno y sindicalizado (vr.gr., Costa Rica, Chile) o porque teniendo un sector rural-tradicional importante han creado métodos nuevos de financiamiento para que el sector urbano sostenga al menos parcialmente la extensión de la cobertura al campo (vr.gr., Brasil). En Colombia y Venezuela la cobertura de seguridad social es substancialmente inferior al sector urbano-formal, indicando que estos países -especialmente el segundo que tiene recursos relativamente abundantes- pueden hacer un mayor esfuerzo para extender la cobertura aun dentro de los límites estrechos del modelo bismarckiano. En sólo dos países (Brasil y Uruguay) la cobertura de seguridad social sobrepasa la suma de los sectores urbano-formal y rural-moderno, lo que indica los impedimentos para entrar en el campo de los sectores urbano-informal y rural-tradicional. En éstos encontramos a trabajadores por cuenta propia y sin paga para un familiar los que son típicamente subempleados y tienen bajo ingreso, por lo que difícilmente pueden autofinanciar su cobertura.

Las posibilidades de extender con rapidez la cobertura de seguridad social pero al paso del crecimiento natural del sector formal-moderno parecen ser remotas para muchos países. Entre 1950 y 1980 al sector urbano-formal creció en más de 14 puntos porcentuales en la región pero el sector rural-moderno se redujo en casi 10 puntos porcentuales. El crecimiento del

sector formal fue insuficiente para absorber el aumento de la oferta laboral y de las tasas de participación, así como la intensa migración rural-urbana y los niveles pre-existentes de subempleo. Los métodos de producción intensivos de capital no contribuyen a una mayor absorción de mano de obra. En el mismo período el sector informal-tradicional en la región se redujo en 4 puntos porcentuales (el tradicional disminuyó en casi 10 puntos porcentuales pero el informal aumentó en casi 6 puntos), aunque la disminución fue más marcada en países dinámicos (vr.gr., Colombia, México, Venezuela). Para reducir el sector informal-tradicional en una tercera parte en el año 2.000 se calcula que sería necesaria una tasa anual de crecimiento de PIB del 7.5%, pero de acuerdo con la proyección de la tendencia de 1950-80 (6.2%) la situación sería prácticamente la misma en el año 2.000, y la grave recesión en 1981-83 no hace alentar muchas esperanzas de una aceleración futura del crecimiento.^{15/} De hecho la cobertura de seguridad social se ha contraído desde 1980 en muchos países debido al aumento del desempleo abierto y la reversión en el crecimiento del sector formal-moderno. Recientemente un especialista ha apuntado como remedio para romper el círculo vicioso, la incorporación de la seguridad social a una política integral de desarrollo que incluya un cambio en favor de métodos de producción intensivos de trabajo que promuevan el pleno empleo y la satisfacción de las necesidades básicas.^{16/} Pero este enfoque ha sido criticado por ser poco realista y no tener en consideración la heterogeneidad de los países de la región y sus diversos grados de industrialización, modernización agrícola y la transición demográfica, así como otras prioridades del desarrollo. De acuerdo con esta crítica la universalidad es sólo posible en los países más avanzados (Argentina, Uruguay, Chile, Cuba) y quizás en el futuro cercano en países de desarrollo intermedio (Costa Rica, Panamá) pero no en el resto.^{17/} Otra posibilidad para extender la cobertura es substituir el modelo bismarckiano de seguro social por el modelo de seguridad que implicaría reformas substanciales en el financiamiento y en las prestaciones.

4. Financiamiento

a) Fuentes de financiamiento

El financiamiento de la seguridad social en la región se hace fundamentalmente a través de la cotización sobre el salario de los asegurados. La ley establece porcentajes de cotización a pagar por el asegurado y el empleador y, a menudo, por el estado (como contribuidor tripartito a más de empleador). El Estado también contribuye al financiamiento mediante impuestos específicos o cubriendo parte o todo el déficit del sistema, o con otros subsidios. En los países en que se cubre a los

trabajadores por cuenta propia éstos deben pagar una cotización (sobre un ingreso estimado) equivalente a la suma de los porcentajes de cotizaciones del asegurado asalariado y su empleador. Los pensionados con frecuencia tienen que pagar una cotización sobre sus pensiones. Otra fuente de financiamiento es el producto de las inversiones de los fondos de reserva especialmente el de pensiones.

De acuerdo con el primer segmento del cuadro 4, en 14 de los 20 países latinoamericanos el porcentaje de cotización asignado al asegurado es inferior a un tercio del porcentaje global de cotización salarial; en otros cinco países el porcentaje del asegurado fluctúa entre un tercio y la mitad del porcentaje global; y sólo en Chile el porcentaje del asegurado es superior a la mitad del porcentaje global. En ocho de los países la cotización del asegurado tiene un máximo o tope sobre el salario y en sólo unos pocos países la cotización es progresiva con el salario. El porcentaje asignado al estado es usualmente pequeño, inferior al décimo del porcentaje de cotización global pero esto no tiene en cuenta los otros aportes del estado. De acuerdo con la ley, por lo tanto, la fuente principal de financiamiento de la seguridad social es la cotización del empleador que representa más de dos tercios del porcentaje de cotización global en 12 países y más de dos quintos en otros siete (en Chile sólo un décimo).*/

El segundo segmento del cuadro 4 presenta las estadísticas más recientes (año 1977) disponibles para 16 países, sobre la distribución de los ingresos de la seguridad social por fuente. Ellas corroboran lo dicho anteriormente aunque -como es de esperar- la contribución estatal aparece mucho más alta que lo indicado por el simple porcentaje legal. En todos los países el asegurado contribuye menos de un tercio de los ingresos (en cinco de ellos menos de un quinto) mientras que dos tercios o más de los ingresos contribuidos por el empleador o el estado (con una excepción, el ingreso por producto de inversiones es inferior a un décimo del total y en la mayoría de los países no sobrepasa el 5%). Todo esto sugiere -de acuerdo con la ley y sin tener en cuenta la incidencia- que el asegurado no costea su seguridad social y la situación se hace más inequitativa en los países con cobertura muy baja, vr.gr., en la República Dominicana la cobertura de la población total es inferior al 8%, las cotizaciones legales del empleador y el estado representan más de cuatro quintas partes de la cotización global y el estado contribuyó más de dos terceras partes de los ingresos en 1977, lo que sugiere un efecto regresivo en la distribución. Aunque para corroborar este punto se hace necesario un análisis de la incidencia de la cotización de seguridad social (ver sección 6) el mismo cuestiona el mito jurídico heredado del seguro privado, de que existe un derecho a la

seguridad social generado por el pago del asegurado y que debe haber una correspondencia estrecha entre la "prima" (cotización) y el "beneficio" (prestación). Este mito ha justificado el trato discriminado entre los usuarios del seguro social y la asistencia pública y ha reforzado la barrera contra la extensión de la cobertura de seguridad social en aquellos países con una fuerza laboral asalariada pequeña. Al cuestionarse el mito jurídico se abre la brecha para sustituir el financiamiento basado en la cotización salarial por otro tipo de impuesto (vr.gr., sobre ingresos o al valor agregado) que facilite la universalización de la cobertura y corrija otros posibles efectos económicos negativos de aquélla sobre el empleo y/o la distribución.

Solo en unos pocos países se utilizan transferencias del presupuesto estatal (o de los empresarios urbanos) para cubrir al sector rural. En México el estado contribuye directamente al mantenimiento de un programa de salud para grupos reales marginales (COPLAMAR). En Brasil existe un programa de asistencia social en salud y pensiones que cubre al sector rural (asalariados, independientes, trabajadores sin paga para un familiar) y se financia con sendos impuestos a la nómina salarial de empresas urbanas y al valor de la producción. En Costa Rica el estado contribuye al programa asistencial de salud y pensiones para indigentes (rurales y urbanos) que no cumplen los requisitos del Seguro Social.

En la atención de la salud, el sistema de seguridad social recibe una proporción mucho mayor de los recursos que el ministerio de salud a pesar de que este último tiene a su cargo la medicina preventiva y cubre en muchos casos a la mayoría de la población en cuanto a medicina curativa. Por ejemplo en 1978, el 20% de la población asegurada en Bolivia recibía el 64% de los recursos, en Colombia el 10% asegurado recibía el 60% de los recursos, en la República Dominicana el 8% asegura-

*/ El porcentaje legal de la contribución del empleador varía sensiblemente según los programas: en riesgos profesionales y asignaciones familiares cubre todo el costo, en enfermedad-maternidad entre el 50 y el 80% del costo y en pensiones entre cero y el 66% del costo (en la mitad de los países menos del 50%). Esto tiene importancia con respecto al horizonte y percepción del trabajador ya que, en los riesgos a corto plazo y aquéllos en que se asume la responsabilidad patronal directa, se hace más responsable del financiamiento al empleador mientras que, en los riesgos a largo plazo y sin responsabilidad patronal directa (pensiones el aporte legal del empleador se reduce notablemente. Ver sección 6.)

do recibía el 37% de los recursos y en Ecuador el 6% asegurado recibía el 43% de los recursos. ^{18/} El sistema de seguridad social extrae una proporción creciente de los fondos de atención de la salud, pero es reacio en muchos países a extender la cobertura para atender a los grupos de bajo ingreso.

b) Equilibrio financiero

La estabilidad financiera de la seguridad social es precaria en la mayoría de los países de la región y, en algunos, el sistema se encuentra en franca crisis. Los países pioneros, con los sistemas más antiguos y desarrollados son los que confrontan un desequilibrio mayor. Ellos tienen gastos crecientes debido a: a) la universalización de la cobertura; b) una legislación demasiado liberal en la concesión de prestaciones; c) un sistema de medicina curativa intensiva en capital; d) programas de pensiones que han madurado; e) número creciente de pensionados que viven más años que los previstos tanto en la legislación original como en balances actuariales obsoletos, cobrando sus pensiones y prestaciones de salud por períodos más largos; y f) ajustes en las pensiones y otras prestaciones de acuerdo al costo de la vida. Los ingresos son cada vez proporcionalmente menores debido a las causas siguientes: a) no se puede extender más la cobertura (y si se hace sería para incorporar a los grupos de más bajo ingreso, lo que agravaría el desequilibrio); b) el número de contribuyentes activos se reduce progresivamente en relación al número creciente de pasivos; c) hay una fuerte evasión y mora especialmente en los países con tasas inflacionarias altas y sostenidas (donde demorar el pago implica una reducción en la contribución real) d) el estado -presionando por necesidades múltiples y apremiantes- rehusa cumplir con sus obligaciones financieras acumulando así deudas cuantiosas; e) la carga tributaria de la seguridad social es excesiva y se hace extremadamente difícil, política y económicamente, aumentar las cotizaciones de seguridad social o los impuestos; f) la ineficiencia administración de los fondos de pensiones ha resultado en una rentabilidad muy baja de la inversión, incluso negativa en los países con alta inflación; y g) las transferencias o "préstamos" de los fondos de pensiones para cubrir los déficits de los programas de salud son imposibles de restituir, lo que ha contribuido a la decapitalización de dichos fondos al tiempo que se necesitaban las reservas técnicas acumuladas para hacer frente al pago de las pensiones en programas maduros. ^{19/} La grave crisis económica que sufre la región desde comienzos de la década actual ha agravado la crisis financiera de la seguridad social. El aumento del desempleo, la reducción del salario real, y la quiebra de empresas ha provocado una disminución del ingreso de seguridad social; la presión de la deuda externa y otras necesidades domésticas apremiantes han obligado a muchos

estados a reducir o posponer aún más sus contribuciones; y la inflación galopante ha acentuado las tendencias ya existentes a la evasión y la mora. Por otra parte en los países de cobertura casi universal, muchos antiguos asegurados (contribuyentes) ahora cesantes, reciben atención de salud como indigentes (con lo que los costos de salud se mantienen) o se han acogido al retiro prematuro, y la inflación extrema ha obligado a cierto reajuste de las pensiones para evitar que perdiesen todo su valor real.

c) Regímenes técnico-financieros

Por causa del desequilibrio financiero, la región -siguiendo una tendencia universal- ha experimentado un cambio gradual en el método técnico-financiero, abandonando paulatinamente el de capitalización completa y substituyéndolo por otros intermedios de capitalización parcial y, eventualmente, adoptando el de reparto. Existen cuatro métodos técnico-financieros básicos; la función de todos es equilibrar los ingresos con los egresos del sistema pero en períodos de tiempo diferentes que van desde el infinito a un año, requiriendo mayores reservas según más largo el período de equilibrio.^{20/} Los programas de riesgos a corto plazo (vr.gr., enfermedad-maternidad, asignaciones familiares, desempleo) generalmente utilizan el método de reparto simple de gastos, en que el equilibrio es anual y existe sólo una reserva de contingencia y fluctuaciones; en muchos países sin embargo esta reserva es insuficiente para hacer frente al déficit. Inicialmente casi todos los programas de pensiones (riesgos a largo plazo) en América Latina adoptaron el método de capitalización por prima media uniforme con reservas completas. Este persigue mantener el equilibrio por tiempo indefinido (o un período de varias décadas) mediante una prima (cotización) fija que se calcula actuarialmente con base a las estimaciones de las obligaciones futuras (que tienen en cuenta variables demográficas, económicas, etc.). Pero este método requiere que no se aumenten las prestaciones sin ajustar correspondientemente los ingresos, que se paguen total y puntualmente los ingresos programados, que se administren los fondos de reservas con eficiencia, y que se realicen balances actuariales periódicos. En la práctica las presiones políticas, la falta de control administrativo, la inflación y la imprevista alza de la esperanza de vida se encargaron de invalidar todas estas condiciones forzando el abandono de este método de capitalización. Algunos países adoptaron entonces el método de capitalización con prima media escalonada y reservas incompletas, en que el equilibrio se mantiene por períodos más cortos (vr.gr., una década) estableciendo una prima fija dentro de cada período pero normalmente aumentando (escalonado) la prima en períodos sucesivos. Este método difiere los costos (pospone el problema) con lo que se produce una

redistribución entre generaciones. Es condición esencial del mismo que se hagan balances actuariales frecuentes y que, de acuerdo con los mismos, se ajuste la prima para cada período. Pero la inflexibilidad jurídica (en algunos países la cotización se fija por ley) y la oposición política (respondiendo a presiones sindicales y empresariales) son fuertes impedimentos para ejecutar dichos ajustes. En la práctica varios países fijaron sólo la prima inicial, no determinaron la duración de los períodos, fallaron en hacer los balances actuariales y no ajustaron las primas.* Eventualmente la prima media escalonada se sustituyó, de facto o de jure, por el método de reparto de capitales de cobertura o el de reparto simple de gastos. Pero estos métodos, que como ya hemos visto se basan en períodos muy cortos, exigen aun mayor flexibilidad para aumentar los ingresos (cotizaciones) con más frecuencia, lo que, por supuesto, es más difícil de lograr. Peor aún, si los sistemas de seguridad social fueron incapaces de alcanzar el equilibrio financiero en el pasado, cuando la razón pasivo/activo era muy baja, mucho menos podrán hacerlo cuando dicha razón ha aumentado significativamente. Así pues la transferencia de la carga para las generaciones futuras es una evasión ilusa y la agravación del déficit una consecuencia indefectible. Una encuesta reciente de la materia efectuada por BID/INTAL concluye sobre este punto: "la persistencia de resultados deficitarios es la situación generalmente confrontada por los programas de seguridad social en América Latina financiados por el sistema de reparto simple de gastos, como lo constatan las memorias y balances anuales de las instituciones gestoras, así como numerosos estudios en el ámbito nacional e internacional y lo ponen en evidencia los resultados de la encuesta en los países de la muestra." 21/

* Otra causa para la substitución de los sistemas de capitalización por los de reparto, en los países desarrollados con cobertura universal, es la acumulación de una masa enorme de capital. Un estudio realizado en Francia demostró que si el fondo de pensiones se capitalizara debía poseer una suma similar al capital de la nación. Ver Jean Bourgeois -Pichat, "El Financiamiento de jubilaciones mediante capitalización", Notas de población: Revista Latinoamericana de Demografía, 10:29 (agosto 1982): 43-69. En los países latinoamericanos de mayor desarrollo y cobertura, el problema se agrava porque el mercado de capitales pobre y la alta inflación hacen aún más difícil de manejar esos fondos con eficiencia.

Entre los países pioneros, Argentina, Chile (en el sistema antiguo pero aún vigente para un tercio de los asegurados), Uruguay, Cuba y Brasil utilizan formalmente o de hecho métodos de reparto con resultados deficitarios. Agotada la sustituidad de métodos de financiamiento que posponen la carga del sistema, varios de estos países confrontan un severo desequilibrio financiero agravado aún más por la crisis económica global en la región. Para hacer frente a esta situación se hace necesario una reforma global del sistema de seguridad y ya algunos de los países analizados en este estudio han introducido reformas siguiendo modelos drásticamente diversos.

5. Prestaciones, gastos y costo global

a) Prestaciones y sus desigualdades

El grueso de los gastos de seguridad social (88 a 97%) se dedica a las prestaciones. La OIT publica periódicamente una distribución de los gastos por programa pero la misma presenta problemas de comparabilidad que reducen su utilidad.^{22/*} No obstante esta información indica que los países pioneros dedican un porcentaje mayor del gasto a las pensiones (y asignaciones familiares) mientras que los países con aparición tardía de la seguridad social dedican el mayor porcentaje de los gastos al programa de enfermedad-maternidad (en 1977 en la mayoría de los países más de la mitad de los gastos de seguridad social se dedicaban a la salud y en cinco países la proporción aumentaba a dos terceras partes). Esto es en parte resultado de la transición demográfica y del proceso de maduración del programa de pensiones. Los países con los programas de pensiones más antiguos son también los más desarrollados y tienen un porcentaje significativo y creciente de la población en edad de retiro y un mayor número de pensionados que viven más años. Por el contrario los países con programas de pensiones más recientes son los menos desarrollados y tienen un porcentaje pequeño de su población en edad de retiro, el programa de pensiones aún no ha madurado y la esperanza de vida es baja. En estos países usualmente se utilizan métodos de capitalización y la acumulación de reservas cuantiosas despierta la tentación de emplearlas en el desarrollo del programa de salud mediante préstamos a este último; préstamos difíciles de amortizar y que a largo plazo provocan la decapitalización del programa de pensiones creando un desequilibrio al tiempo que dicho programa comienza a madurar.

^{*/} Los programas de los empleados públicos y militares suelen ir aparte, sin discriminar por actividades, lo que contribuye a que distorsionen la distribución del gasto de los restantes programas de la seguridad social, cuando los porcentajes de esas dos categorías son muy elevados.

Los países pioneros tienden a cubrir todos los riesgos sociales y a otorgar prestaciones en mayor número y más generosas. Así Argentina, Brasil, Chile y Uruguay son los únicos países que cubren todos los riesgos incluyendo el desempleo y las asignaciones familiares (Cuba no incluye estos programas pues alega que hay pleno empleo y que ha dado prioridad a las guarderías infantiles). Un estudio de cinco países (Argentina, Chile, México, Perú y Uruguay) con información de principios de la década del 70 demostró que a más antigüedad del sistema de seguridad social mayor era el número de las prestaciones otorgadas. Los sistemas antiguos han concedido prestaciones excepcionales y costosas como la pensión por antigüedad, que permite a veces retirarse con 45 años de edad, y en la pensión por vejez las edades de retiro normalmente son más bajas pues fueron establecidas por la ley cuando la esperanza de vida era notablemente inferior. En estos países las condiciones de las prestaciones de salud tienden también a ser más generosas, por ejemplo, no se exige período de calificación o se requieren pocas semanas de contribución, se paga un subsidio de enfermedad y/o maternidad igual al salario (o muy cercano a éste) y se ofrecen a veces prestaciones pródigas como ortodoncia y lentes de contacto.^{23/} También en estos países abundan las llamadas "prestaciones sociales" como planes de vivienda, préstamos personales, economatos y otros servicios recreativos, deportivos y culturales para los asegurados y sus dependientes.

La estratificación de la seguridad social típica de los países pioneros (al menos hasta que ellos introdujeron procesos de unificación y uniformidad) ha dado como resultado desigualdades notables en las prestaciones, pues los grupos más poderosos reciben más y mejores prestaciones que los menos poderosos. El estudio de cinco países citado arriba, midió las diferencias legales entre cinco grupos cubiertos basándose en seis criterios: condiciones para la adquisición del derecho a la prestación, salario base utilizado para computar la prestación, monto de la prestación, ajuste de la pensión al costo de vida, posibilidad de cobrar varias pensiones o combinar una pensión con trabajo remunerado, y tiempo requerido para tramitar y recibir la prestación. También el estudio comparó la disponibilidad de servicios de salud (camas de hospital y médicos por asegurado) y su calidad entre los grupos. El resultado fue el siguiente ordenamiento de los grupos de mejor a peor: i) fuerzas armadas, ii) empleados públicos, iii) aristocracia laboral, iv) empleados privados, y v) obreros.

El referido estudio, sin embargo, detectó que en los países pioneros ocurre con frecuencia un proceso de "masificación del privilegio" de forma que los grupos situados en la base de la pirámide son a veces capaces de conseguir algunas prestaciones antes reservadas a los grupos colocados en el ápice. 24/ El costo creciente de este fenómeno provocó el desequilibrio de los sistemas y forzó eventualmente su reforma y la eliminación o reducción de las prestaciones más liberales y de las diferencias entre los grupos, aunque los más poderosos (vr.gr., fuerzas armadas) han conseguido excluirse del proceso de uniformidad.

En los países de aparición tardía de la seguridad social, la principal desigualdad en las prestaciones resulta de la reducida cobertura: una minoría de la población está protegida y acumula prestaciones (extensión vertical) mientras que la mayoría no cubierta sólo tiene disponible los servicios públicos de salud y asistencia social que generalmente reciben una proporción pequeña de los recursos disponibles.

Una característica generalizada en toda la región es el predominio de la costosa medicina curativa, intensiva en capital, a expensas de la menos costosa y relativamente más efectiva medicina preventiva. El énfasis en el uso de servicios de salud de alta tecnología es ilustrado por la preferencia de los hospitales sobre los ambulatorios y puestos de salud, así como del personal médico sobre el paramédico, y el uso excesivo de medicinas y de equipo cada vez más complejo y costoso para cirugía, análisis de laboratorio y tratamiento del cáncer y enfermedades cardiovasculares. El enorme costo de la extensión vertical de prestaciones y servicios de salud para una minoría hace a menudo imposible la extensión horizontal de los servicios básicos de salud para la mayoría de la población. En 1976 el presupuesto de Brasil asignó más fondos a la medicina curativa que atiende 10.000 personas, concentradas en las regiones más desarrolladas del sur y el sureste, que a los servicios básicos necesarios para 41 millones de personas que viven en las regiones subdesarrolladas del norte y noreste. 25/ En Costa Rica el programa de salud rural con un presupuesto mínimo ha hecho más por reducir la mortalidad y morbilidad que los servicios intensivos de capital de la seguridad social. 26/

Aún en los países de mayor avance de la seguridad social existen desigualdades notables en las instalaciones y servicios de salud (y en los niveles de salud como la mortalidad infantil) entre las unidades geográficas, desigualdades que se agraban en los países con menos desarrollo. Estudios conducidos en la década de 1970 en ocho países, en diversos estadios de evolución de la seguridad social pero todos entre los más desarrollados de la región (Argentina, Brasil, Costa Rica,

Cuba, Chile, México, Perú y Uruguay) han calculado los siguientes índices de disparidad extrema entre las dos unidades geográficas (provincia, estado, departamento, región) con el mejor y peor servicio de salud: el índice de médicos por 10.000 habitantes fluctuó entre 3 y 8 (o sea, 3 a 8 veces más médicos por habitantes en la unidad mejor que en la peor) y el índice de camas de hospital fluctuó entre 2 y 5.27/. Es de suponer que la desigualdad sea aún mayor en los países menos desarrollados.

b) Gastos de administración

Los gastos de administración de la seguridad social son mucho más altos en América Latina que en los países desarrollados de Norteamérica, Europa y Asia donde oscilan entre 2 y 3% del egreso total. En 1977 los porcentajes latinoamericanos fluctuaban: del 3 al 6% en Uruguay, Argentina, República Dominicana, Colombia y Venezuela; del 7 al 9% en Chile, Costa Rica, Guatemala, Haití y Ecuador; del 10 al 12% en Nicaragua, Panamá, México, Bolivia y Brasil; y más del 13% en El Salvador (no existe información sobre Cuba, Honduras, Paraguay y Perú). 28/ Además debe tenerse en cuenta que algunos países han manipulado su contabilidad para disfrazar gastos administrativos como otras cuentas. 29/ En varios países la ley fija el porcentaje que debe dedicarse a los gastos de administración; esto se hizo con el propósito de poner un límite a dichos gastos pero a menudo ha provocado el efecto contrario.

Las instituciones gestoras se han convertido con frecuencia en una fuente importante de empleo bajo influencias políticas o sindicales y la legislación del servicio civil (o laboral) hace casi imposible despedir a los empleados. No es difícil encontrar razones de hasta 13 empleados por 1.000 asegurados y de 7 empleados por cama de hospital en la región. 30/ De hecho, los empleados se han organizado en un grupo de pensión más y concertado convenios colectivos que fijan salarios, condiciones de trabajo y prestaciones de seguridad social superiores a las del promedio asegurado (en algunos países los empleados están exentos o pagan una cotización reducida de seguridad social). Los médicos especialmente disfrutaban de condiciones excepcionales y, en aquellos países que se aproximan a la universalidad en la cobertura, constituyen un grupo poderoso que en ocasiones ha acudido a la huelga para conseguir sus reclamaciones. En 1976, el 53% de los costos de salud en Brasil se dedicaban al personal y una muestra de los salarios de los médicos en Sao Paulo indicaba que eran un 50% más altos que los de 14 países desarrollados. 31/ Los médicos ejercen presión para que ellos sean utilizados en muchas funciones que pudieran ser adecuadamente desempeñadas por personal paramédico a un costo inferior.

Por último, no pocos países desperdician recursos en la construcción de edificios de oficinas o de atención médico-hospitalaria excesivamente grandes o lujosos, por lo que es frecuente que el edificio más descollante en la capital o en una ciudad sea el del seguro social. Pero muchos hospitales son subutilizados en la región, así frente a una norma aceptada del 80% de ocupación hospitalaria, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Honduras, la República Dominicana y otros países han reportado tasas de ocupación del 50% y menos.^{32/} La multiplicidad y falta de coordinación de los servicios médicos a menudo resulta en duplicidad y gastos innecesarios.

c) El costo creciente de la seguridad social y sus causas

Debido a las razones explicadas tanto en esta sección como en la precedente, el costo de la seguridad social en América Latina aumenta con rapidez y en los países pioneros ha sobrepasado los límites tolerables. De acuerdo con el cuadro 5, los egresos totales de la seguridad social como porcentaje del PIB crecieron entre 1965 y 1977 en 11 países y declinaron en cinco (información más detallada en los casos de estudio sugiere que algunas cifras del cuadro están subestimadas). De estos cinco países las únicas reducciones mayores de 0.5% fueron en Chile y Uruguay, países que establecieron un record con los porcentajes más altos a fines de la década del 60 y principios de la del 70 (en 1971 Chile alcanzó un 17%) lo que provocó la crisis financiera y la reforma de los sistemas; no obstante en 1980 Chile había recuperado el nivel de 1965. Los países con los programas más antiguos, cobertura más amplia y prestaciones más generosas son los que aparecen con la carga más pesada: 10% en Chile y Uruguay; 6 al 8% en Panamá, Argentina, Cuba, Brasil y Costa Rica; 3 al 5% en Venezuela, Colombia, México, Bolivia, Ecuador y Perú; y menos de 3% en El Salvador, República Dominicana, Nicaragua, Guatemala y Haití. Los porcentajes más altos de la región en 1977 eran iguales a los de Japón y se aproximaban a los de norteamérica (Canadá, y Estados Unidos, 14%) y los de algunos países europeos (España y la URSS, 14%).

Una pregunta importante pero difícil de responder es cuál es la carga de seguridad social adecuada o tolerable para un país. Si consideramos dos países con el mismo porcentaje del gasto de seguridad social sobre el PIB (GSS/PIB) pero uno con más del doble del ingreso per cápita Y_{pc} que el otro, podría considerarse que el de mayor (Y_{pc}) puede soportar mejor la carga que el de menor Y_{pc} . En el gráfico 1 se presenta una comparación de este aspecto, entre todos los países latinoamericanos en el año 1980, mostrando el Y_{pc} (en dólares) en el eje horizontal y el GSS/PIB en el eje vertical. La tendencia teóricamente representa la normal estadística en cuanto a la

capacidad de tolerancia de la carga de seguridad social pero aquélla no necesariamente debe ser tomada como una norma óptima. Así, pues, presumimos que los países que quedan a una distancia significativa por encima de la tendencia confrontan más problemas para soportar la carga que los países que quedan a una distancia significativa por debajo de la tendencia. Por lo tanto, Chile, Costa Rica, Argentina, Uruguay y Cuba (por ese orden) tienen una carga mayor que soportar, respecto a su capacidad económica, que Venezuela y México. El resto de los países están relativamente cercanos a la tendencia para hacer un juicio sobre ellos.

La comparación anterior no tiene en cuenta la cobertura poblacional de los países. Así, Bolivia y Honduras ocupan la misma posición en el gráfico (tienen un Ypc y GSS/PIB iguales) pero el primero tiene 3.5 veces el porcentaje de cobertura poblacional del segundo. Esto indica que o bien Bolivia utiliza el GSS/PIB por asegurado de manera más eficiente que Honduras o bien que la calidad de sus prestaciones es inferior o una combinación de ambos. Para evaluar de manera más adecuada la capacidad de tolerancia de la carga de seguridad social, no sólo hay que tener en cuenta la cobertura sino además incluir otros países en la comparación para tener una perspectiva más amplia que la regional.

Aproximadamente la mitad del costo de la seguridad social en la región se debe a los programas de salud y los porcentajes correspondientes del PIB en Brasil, Chile y Colombia (4%), Panamá (5%) y Costa Rica (6%) son similares a los del Reino Unido (5%) cuyo sistema nacional de salud es uno de los más avanzados del mundo. Debe notarse, sin embargo, que un porcentaje más alto del PIB dedicado a salud no siempre resulta en mejores condiciones de salud y, ciertamente, los niveles de salud del Reino Unido sobrepasan a los de los países latinoamericanos mencionados. ^{33/} Los gastos de salud usualmente se incrementan a tasas superiores a las de los ingresos, provocando déficit crecientes. La escala de los gastos de salud es un fenómeno mundial que se agrava en América Latina por el rápido crecimiento de la población (en los países en transición demográfica), la extensión de la cobertura de seguridad social el excesivo costo e ineficiencia administrativos, y la superinflación.

La crisis financiera de la seguridad social en América Latina ha sido enfrentada no sólo con reformas drásticas sino también con métodos menos visibles pero aviesos: la caída del valor real de las prestaciones monetarias, la demora en el trámite y concesión de las pensiones (que a veces se alarga 2 y 3 años) y el deterioro de los servicios de salud. Estos métodos generalmente tienen su impacto negativo más fuerte

entre los asegurados de más bajo ingreso que dependen de la seguridad social como única fuente de ingreso o atención médico-hospitalaria.

La extensión de la cobertura en la región no puede alcanzarse (o mantenerse) con los niveles de prestaciones y la estructura administrativa actual pues la carga financiera se haría insoportable (como ocurrió en varios de los países pioneros). Obviamente no pueden darse simultáneamente la universalidad y la masificación del privilegio. Como ya apuntamos en las secciones de cobertura y financiamiento, se impone también en el área de prestaciones una reforma global e integrada con los dos otros aspectos, asunto que será discutido en el capítulo 8.

6. El impacto de la seguridad social en el desarrollo

En esta sección se analiza el impacto de la seguridad social latinoamericana en tres aspectos cruciales del desarrollo: el ahorro e inversión, la distribución y el empleo. De entrada se advierte que ni la teoría ni los estudios empíricos son concluyentes en estos aspectos y que su análisis se dificulta aún más en América Latina por la ausencia o pobre confiabilidad de la información sobre: la distribución funcional del ingreso entre trabajo y capital, la incidencia de las cotizaciones e impuestos de seguridad social, la medición adecuada de las prestaciones (especialmente las de salud) y los efectos diversos en la conducta de empleadores y trabajadores.^{34/} No obstante aquí se resume el estado en que se encuentra la discusión teórica, la evidencia empírica (casi siempre obtenida fuera de la región) y algunos estudios realizados sobre países específicos y las críticas a los mismos.

a) Ahorro e inversión

El impacto de la seguridad social en el ahorro y la inversión depende del excedente en las cuentas de la seguridad social y de las reacciones que dicho excedente puede generar en otras fuentes de ahorro internas (sectores privado y público) y externas.^{35/} El excedente/déficit de seguridad social resulta de factores propios del sistema (vr.gr., tipo de programas, régimen técnico-financiero, grado de madurez, costos administrativos) así como de otros factores exógenos (vr.gr., estructura etárea de la población, tasa de incremento de los salarios, estado general de la economía). Como ya se explicó, los programas de riesgos a corto plazo utilizan normalmente el régimen de reparto y no generan excedentes sino más bien déficits, mientras que los programas a largo plazo que usan regímenes de capitalización generan reservas cuantiosas que dan base a la inversión. No obstante ya se ha apuntado la tenden-

cia general en la región a substituir los regímenes de capitalización por los de reparto. Además, como se verá luego, la región tiene un record pobre en cuanto a la eficiencia en la inversión de los fondos de reserva. El impacto de la seguridad social en la inversión depende también de las fuentes de financiamiento y de la incidencia de la contribución; un estudio reciente del BID/INTAL considera que la tasa de inversión disminuye más cuando la seguridad social es financiada realmente por los empleadores que cuando la paga el asegurado o el consumidor. ^{36/} La madurez de un programa de pensiones depende entre otros factores, de su antigüedad, de la edad de retiro en las pensiones y de la relativa juventud o vejez de su población; así pues a más antiguo un programa, más baja la edad de retiro y más vieja la población, mayor será la razón pasivo/activo y menores los excedentes, y viceversa. Una población joven tiende a crecer rápido, expandiendo la fuerza laboral y, si la cobertura del sistema crece, también aumentarán sus ingresos; por el contrario, en una población que envejece se reduce el número potencial de contribuyentes y aumenta el de pensionados. Si los salarios reales están en expansión se incrementa también la base de las contribuciones de la seguridad social. Una recesión grave que reduce el empleo y el salario real tiene un impacto negativo en los ingresos y puede reducir el excedente.

El enfoque tradicional es que la seguridad social reduce el ahorro individual y la demanda por el seguro privado puesto que el asegurado cuenta con que sus contribuciones le serán devueltas como pensiones y, por tanto, no tiene que acumular un excedente durante su vida activa. Por otra parte el retiro más temprano alarga el período de jubilación y esto puede incentivar el ahorro durante el período de vida activa. El horizonte de planeamiento del asegurado y su percepción de la cotización de seguridad social (como simple impuesto o pago por beneficios futuros garantizados por un sistema actuarialmente sano) influyen su comportamiento en cuanto al ahorro y la preferencia por un tipo de programa de seguridad social (vr.gr. de corto o largo plazo). En los países desarrollados con poblaciones más envejecidas y seguridad social más solvente, el horizonte parece ser más distante que en América Latina donde debido a una población más joven, desequilibrio financiero de la seguridad social y superinflación, se da más importancia relativa a los programas de corto plazo como salud y asignaciones familiares. ^{37/} La seguridad social y el gobierno compiten por la misma base impositiva y se asume por algunos que siempre hay un "trade off" entre ellas. Pero si no hay suficiente ahorro privado y el estado establece un nivel mínimo de ingreso, la seguridad social puede eliminar los pagos estatales de asistencia social y reducir el déficit público. La seguridad social puede incrementar el costo de las exporta-

ciones haciéndolas menos competitivas (con las de aquellos países que no tienen seguridad social o cuya carga es inferior) y por tanto contribuyendo a una posible reducción del ahorro potencial externo.

El debate y la investigación sobre estos temas, conducido principalmente en los Estados Unidos y otros países desarrollados, ha producido resultados contradictorios; un estudio sobre 16 países de la OECD no encontró evidencia de que la seguridad social afectara el ahorro privado o desacelerara el desarrollo.^{38/} Si es tan difícil evaluar este impacto en países desarrollados donde las estadísticas son más acuciosas y la cobertura de seguridad social es universal mucho más lo es en América Latina. Aun en un mismo país las interpretaciones son diferentes, así en Chile un estudio encontró que la seguridad social había tenido un efecto negativo en el ahorro pero otro estudio posterior consideró que, después de los ajustes necesarios, la seguridad social había generado un excedente (aunque decreciente) en vez de un ahorro negativo.^{39/}

Pero si hay incertidumbre sobre los aspectos anteriores, hay certeza al menos sobre la ineficiencia en la inversión de los fondos de reserva de seguridad social en América Latina. En 1977, en 14 países reportados por la OIT, el porcentaje del ingreso de seguridad social procedente de las inversiones era inferior al 3.5% en nueve de ellos.^{40/} En casi toda la región los organismos de seguridad social no están diseñados para jugar el papel de intermediarios financieros, su personal no tiene experiencia en inversiones, no han desarrollado un plan de inversiones ni han coordinado éstas con los planes nacionales. Además hay un desarrollo pobre del mercado de capitales y la inflación ha desvalorizado las reservas y proveído un incentivo a los empleadores para retener sus contribuciones y las de sus empleados, porque demorando el pago reducen su valor real.^{41/} Las reservas normalmente se han invertido en: a) bonos y otras obligaciones estatales, a menudo no negociables, que en la práctica han sido préstamos forzosos para cubrir déficit presupuestales por lo que los organismos se han empapelado con "valores sin valor"; b) préstamos personales e hipotecarios, generalmente a los asegurados, que ayudados por la inflación (y la falta de ajuste de los préstamos) han obtenido capital prácticamente gratis y decapitalizado a la seguridad social; c) préstamos al programa de salud para cubrir sus déficits, laudatorios desde un punto de vista social pero no rentables; d) construcción de viviendas, muchas veces para los propios asegurados, con un rendimiento muy bajo o nulo, debido a la congelación de alquileres, la ineficiencia en el cobro y la amortización con moneda depreciada; y e) en unos pocos casos, inversión en la agricultura, industria, comercio (vr. gr., economatos para beneficio de los asegurados) y servicios

(vr.gr., cines, teatros, deportes) también con rentabilidad muy baja. 42/ En prácticamente toda la región, la tasa de rentabilidad de los fondos de la seguridad social es sólo una fracción de la tasa de interés bancario y, en muchos casos, tiene una rentabilidad real negativa.

b) Distribución del ingreso y empleo

El impacto de la seguridad social en la distribución del ingreso es también tema debatido y en que existen muy pocos estudios empíricos en América Latina. Un primer aspecto es la relación entre cobertura y distribución; en general puede decirse que los sistemas más universales son menos regresivos que los que tienen una cobertura baja. Sin embargo, con muy pocas excepciones, las personas que se encuentran debajo de la línea de pobreza crítica no están cubiertas por la seguridad social, este es el caso normal de los desempleados, trabajadores sin pago para un familiar y por cuenta propia, agrícolas y servidores domésticos. Un estudio conducido en la década del 70 apuntaba que si bien los países más desarrollados y con mayor grado de cobertura eran también los que tenían la proporción menor de pobres, el porcentaje de la PEA no cubierta excedía en ellos (excepto en el caso de Cuba) al porcentaje de pobreza crítica. 43/

El financiamiento puede ser también una causa de regresividad. En muchos países la cotización salarial del asegurado tiene un tope por lo que, proporcionalmente, los que ganan más contribuyen menos. Ya se ha apuntado que más de dos tercios de la contribución legal se asigna al Estado y al empleador. Aunque no hay un consenso sobre la incidencia de dichas contribuciones a continuación se resume el estado de la investigación y el debate. La contribución del Estado se hace a veces mediante un impuesto específico que grava los servicios o bienes producidos por el grupo cubierto pero que es pagado por toda la población, así pues cuando la cobertura de seguridad social es muy baja el efecto de ese impuesto probablemente es regresivo, ya que los no cubiertos, que son los de menor ingreso, contribuyen al sistema sin recibir nada a cambio. En otros casos el Estado extrae su contribución de las rentas generales; si el grueso de las mismas procede del impuesto sobre ventas y éste no discrimina entre consumo esencial y su^{tu}ario, debe haber también un efecto regresivo cuando la cobertura es baja. Por otra parte se ha alegado que si existen sub^{si}dios estatales a los bienes y servicios básicos y/o el grueso del impuesto a las ventas grava bienes no esenciales o su^{tu}arios es probable que el impacto sea neutro puesto que el grupo cubierto es también mayormente el gravado con el impuesto. 44/ Pero aun en este caso, el grupo no cubierto -que es el de más bajo ingreso y no se beneficia de la seguridad social-

estaría contribuyendo en algo al sistema (mediante la compra de manufacturas por ejemplo) o se le haría aún más remota la posibilidad de que pudiese adquirir los bienes o servicios gravados con el impuesto. Debe añadirse que en sistemas de seguridad social estratificados, el Estado usualmente asigna una contribución mayor (o materializa su aporte) a grupos con ingresos relativamente más altos mientras que asigna una contribución menor (o no hace efectiva la misma) a grupos con ingresos más bajos. Por ejemplo el Estado cubre los déficits crecientes de los subsistemas de empleados públicos y las fuerzas armadas pero incurre en mora o reduce sus contribuciones al subsistema general que cubre a la masa laboral.

Hay tres posibilidades en cuanto a la incidencia de la cotización del empleador: que la pague realmente éste; que se transfiera "hacia atrás", o sea, que la pague el asegurado a través de una reducción en el salario real; y que se transfiera "hacia adelante", o sea, al consumidor mediante precios más altos. ^{45/} La teoría mantiene que, en el largo plazo, el empresario cumputa como costo de producción no sólo el salario sino todos los beneficios adicionales (incluyendo su contribución a la seguridad social) y tiene en cuenta dicho costo total en cuanto a la productividad marginal. Consideremos el caso de la introducción o el incremento de la contribución del empleador para la seguridad social. Se asume que en las economías de mercado desarrolladas la oferta de trabajo es inelástica (al menos en cuanto a la jornada normal y el primer salario familiar) y que el trabajador negocia con el empleador un "paquete" de compensación salarial que incluye beneficios adicionales como la contribución de seguridad social, por lo que ésta es percibida por el trabajador como parte del salario. Si además la cobertura de seguridad social es prácticamente uiversal y la cotización del empleador es uniforme (de forma que el trabajador no pueda evadir la incidencia tomando un empleo no cubierto o con una cotización inferior) se concluye que el trabajador absorbe dicha cotización mediante una reducción en su salario real. Por el contrario, en las economías en desarrollo se presume que la oferta de trabajo es elástica, debido a la abundante mano de obra y porque la baja cobertura de seguridad social (y/o cotizaciones diversas en sistemas estratificados) permite al trabajador tomar empleos no cubiertos o con una cotización inferior. Se asume también que el trabajador no percibe la cotización del empleador como parte del salario y que, por tanto, no hay transferencia hacia atrás. En este caso el empleador tiene dos alternativas: transferir la cotización al consumidor mediante un aumento de precios o reducir el empleo de acuerdo con la productividad marginal. En todo caso el impacto es siempre regresivo ya sea porque se reduce el empleo o porque la transferencia al consumidor hace que el no cubierto contribuya al sistema del cubierto.

La evidencia empírica sobre la transferencia es muy contradictoria y casi siempre se basa en la experiencia de países desarrollados. Un estudio que tomó en cuenta tanto la cotización del empleador como la del trabajador encontró que, en el corto plazo, los trabajadores absorbían el 75% y el empleador 25%, mientras que a mediano y largo plazo la carga se repartía por igual entre trabajadores y consumidores. Otro estudio basado en 64 países que sólo tomó en cuenta la cotización del empleador -pero asumió que la oferta de trabajo era inelástica y que los trabajadores consideraban la cotización del empleador como parte del salario- concluyó que el trabajador absorbía toda la carga. También se aduce que en los países desarrollados la transferencia al consumidor puede ocurrir a corto plazo pero no a largo plazo en condiciones de equilibrio, mientras que en América Latina con menos competencia se ignora qué puede ocurrir en el largo plazo. Simulaciones empíricas indican que la absorción por el trabajador tiene un impacto menos regresivo que la transferencia al consumidor, aunque la diferencia no es grande.46/

De acuerdo con lo anterior, en los países desarrollados el asegurado absorbe la cotización del empleador mediante un corte en el salario real por lo que el impacto en el empleo es neutro y también en la distribución (asumiendo que la cotización es uniforme). En los países en desarrollo el asegurado no absorbe la cotización del empleador por lo que bien éste la absorbe y reduce la demanda de trabajo o la transfiere al consumidor. En este último caso el impacto negativo en el empleo sería menor pero no neutro pues algunos empleadores podrían transferir más fácilmente que otros (y el empleador no cubierto no tendría que transferir).

Los países latinoamericanos más desarrollados se aproximan más al primer modelo. En estos casos tenemos una cobertura alta o casi universal y, según algunos, una oferta de trabajo inelástica o de elasticidad menos que perfecta.47/ Pero, en contra de la teoría, no parece ocurrir a corto plazo una transferencia hacia atrás (o al menos se reduce este efecto) debido a barreras institucionales y económicas y patrones de comportamiento diferentes.48/ Primero, la intervención del Estado a través de la legislación laboral y de seguridad social es mucho más fuerte en estos países que en muchas economías de mercado desarrolladas, así la ley fija un salario mínimo que opera como un límite inferior a reducciones salariales. Además, en algunos países, el empleador debe incluso pagar la cotización del asegurado cuando su salario es igual al mínimo (México) o pagar la diferencia de la cotización mínima cuando el salario del asegurado es inferior a dicha cotización (Perú), lo que aumenta substancialmente el costo laboral de este grupo. Segundo, en varios de estos

países (v.gr., Chile al menos hasta mediados de la década del 70) el método de fijación de precios más frecuentes usado es el costo promedio más un margen de ganancia, lo que facilita la transferencia hacia delante. Tercero, en los países en que hay medidas proteccionistas de las industrias de bienes de consumo también se facilita el incremento de los precios. Cuarto, los trabajadores no parecen percibir la cotización del empleador como parte del salario, pues es típica la presión sindical sobre el estado para asignar una carga más pesada al empleador que al asegurado, y la negociación colectiva no incluye estos aspectos ya que vienen impuestos por la ley. Quinto, la ley y los sindicatos hacen extremadamente difícil el despido por causas económicas y la tramitación de estos despidos es larga y costosa; el empleador puede, por supuesto, evitar la contratación de mano de obra adicional. Todo lo dicho sugiere que la transferencia al consumidor -al menos a corto plazo- es lo más normal en estos casos -y se facilita por estructuras oligopólicas- aunque, para que sea importante, la elasticidad de sustitución del producto gravado debe ser cercana a cero. El impacto de esta transferencia debe ser regresiva en la distribución ya que afecta al grupo no cubierto, de más bajo ingreso que no recibe ningún beneficio del sistema de seguridad social pero contribuye al mismo. En los pocos países que tienen cobertura casi universal este efecto regresivo disminuiría asumiendo que hay también uniformidad en la cotización. En este caso también podría ocurrir, a mediano o largo plazo, una reversión de la transferencia (hacia atrás) con un efecto similar a las economías desarrolladas. Aunque no todos los empleadores podrían transferir igualmente la cotización a los precios (por diferencias en competencia, elasticidad de sustitución, etc.) podría ocurrir un incremento de precios lo suficientemente generalizado para alimentar substancialmente la inflación y reducir los salarios reales. Este bien puede ser el caso de los países con sistemas más desarrollados de seguridad social y tasas muy altas de inflación.

Otro punto de vista enfatiza las diferencias entre el sector formal (cubierto total o parcialmente por la seguridad social) y el sector informal (no cubierto), diferencias que son más marcadas en los países menos desarrollados. En este caso se asume que la cotización del empleador no se transfiere (hacia delante o hacia atrás) por lo que el efecto sería una reducción (o estancamiento) de la demanda de trabajo en el sector formal. Bajo este enfoque la seguridad social (a veces unida a una política de incentivos al capital) incrementa el costo relativo del factor trabajo vs. el del factor capital por lo que se estimula una sustitución del primero por el último. Esta distorsión desata una reacción en cadena: se absorbe menos mano de obra en el sector formal, menos trabajadores pasan del sector informal al formal, el excedente crecien-

te de mano de obra tiene un efecto depresivo en los salarios del sector informal, se expanden las diferencias salariales entre ambos sectores y, al existir menos capital disponible en el sector no cubierto, baja también su productividad y crecimiento económico en relación con el cubierto.^{49/} El cambio en la cotización salarial por un sistema de financiamiento neutro (o no discriminador entre los factores como el impuesto al valor agregado) pudiera corregir este problema. En los casos de estudio (especialmente el de Uruguay) se analizarán las ventajas y desventajas de esta reforma.

Se ha apuntado correctamente que cuando la cotización del empleador tiene un efecto regresivo, éste no puede ser doble reducción de la demanda de trabajo y transferencia de la carga al consumidor- o sea que ambos efectos no pueden operar con igual intensidad y, puede añadirse, simultáneamente.^{50/} Pero es posible que un efecto ocurra a corto plazo y otro a mediano o largo plazo en un mismo sector o sectores diferentes, por ejemplo: a) una reducción de la demanda de trabajo en el sector formal cubierto puede, a largo plazo, resultar en una caída del salario real en el sector informal no cubierto; b) una transferencia a los precios puede, a largo plazo, reducir la demanda de los productos del sector cubierto o afectar el empleo; y c) una transferencia a los precios generalizada por la cobertura casi universal puede resultar, a mediano o largo plazo, en un corte del salario real.

Aunque es imposible hacer generalizaciones con una base teórica y empírica tan endeble, todo lo dicho sugiere que a más desarrollo económico y cobertura de la seguridad social el impacto parece ser mayor en la reducción del salario real y posiblemente menor en cuanto al empleo y la transferencia a precios. El impacto regresivo parece ser mayor en los países menos desarrollados.

Las prestaciones en general parecen tener un impacto más progresivo en la distribución que las contribuciones pero esto depende en gran medida de la extensión de la cobertura, la uniformidad legislativa y el tipo de programa: a mayor universalidad y uniformidad mayor progresividad; además, los programas de asistencia social, salud y asignaciones familiares tienen usualmente un impacto más progresivo que las pensiones. Estas se calculan en prácticamente todos los países de forma proporcional al ingreso del asegurado y, por lo tanto, reproducen las desigualdades de la distribución general del ingreso. Por lo contrario, las prestaciones de salud son básicamente iguales, o sea, no son proporcionales al ingreso, aunque en los sistemas estratificados haya diferenciado en cuanto a disponibilidad y calidad de los servicios. Más aún, los grupos más pobres sufren una incidencia mayor de enfermedades (debido

a bajos índices nutricionales, de higiene, etc.) y, como la medicina privada les está vedada por su alto costo, los pobres utilizan con más frecuencia los servicios de salud que los grupos de ingresos más altos; estos últimos, aunque estén cubiertos, prefieren normalmente utilizar médicos y clínicas privadas y sólo acuden a los servicios de seguridad social en casos extremos. No obstante se ha argumentado que los programas de salud aparecen más progresivos de los que serían si las prestaciones se midieran no por su costo sino por lo que el usuario estaría dispuesto a pagar por ellas.^{51/} Las asignaciones familiares tienen también un impacto más progresivo que las pensiones, pues se conceden en muchos casos a familias de ingresos bajos y casi siempre son fijas (vr.gr., una suma igual por hijo) no proporcionales al salario. Además las familias más pobres son generalmente más numerosas que las de ingresos medios. Por último, los programas de asistencia social se dirigen a los sectores más pobres de la población, por lo que tienen probablemente el impacto más progresivo en la distribución del ingreso. Ya se ha indicado que según envejecen los sistemas de seguridad social un mayor porcentaje del gasto se dedica a pensiones incrementando el impacto regresivo; no obstante esto es compensado por la extensión de la cobertura y los programas de asistencia social a los no cubiertos.^{52/}

c) Estudios empíricos en América Latina sobre impacto en la distribución

Los estudios empíricos en América Latina sobre impacto global de la seguridad social se limitan a unos pocos países, los más desarrollados (Argentina, Brasil, Chile y Costa Rica) y no siempre cubren todos los programas; debido a distintas metodologías y fechas no es posible una comparación estricta.

El estudio más antiguo es el de Argentina que midió el impacto redistributivo del programa de pensiones (1950-60) mostrando un efecto neto ligeramente progresivo: un 1.7% se transfirió del estrato superior de ingreso (10%) al resto aglomerado como estrato inferior. Hubiese sido más apropiado desagregar el efecto redistributivo dentro del 90% inferior para investigar la transferencia entre el 30% más pobre (no cubierto entonces) y el sector intermedio con la mejor protección.^{53/} Otro estudio compara las prestaciones medias entre distintos grupos cubiertos en 1952-72 demostrando una asociación positiva casi perfecta entre la cuantía de la prestación y la insolencia del sistema: en todo el período, las fuerzas armadas pagaron la prestación más alta pero arrojaron el déficit.^{54/}

Un estudio de Brasil, conducido en 1973, indica el efecto más progresivo de los países sobre los que existe información:

dentro del sector urbano cubierto el grupo más pobre recibió prestaciones (enfermedad-maternidad y pensiones) que duplicaron su contribución, mientras que el grupo de más alto ingreso recibió de una tercera a una quinta parte de los que contribuyó. 55/ Esto no tuvo en cuenta el programa asistencial que cubre al sector rural y que se financia en parte con una contribución del sector urbano (lo que debió tener un efecto marcadamente progresivo) pero tampoco incluyó a las fuerzas armadas y funcionarios públicos (que probablemente recibieron más de lo que contribuyeron). Aunque se desconoce el efecto neto del sistema general en la distribución, éste fue probablemente progresivo.

En Costa Rica se han hecho dos estudios sobre el impacto redistributivo del programa de enfermedad-maternidad. El primero, sobre el ingreso personal en 1973 cuando aún las cotizaciones tenían topes y la mitad de la población no estaba cubierta y mostró un efecto casi neutro. 56/ El segundo estudio, sobre el ingreso familiar, conducido en 1978 (cuando ya se habían eliminado los topes y la cobertura se había extendido notablemente) indicó un impacto regresivo en el financiamiento pero muy progresivo en las prestaciones y un efecto neto ligeramente progresivo: un 2% transferido del 20% de más alto ingreso al 40% de más bajo ingreso. 57/

Chile es el país con más estudios sobre el tema y la mayoría indica un efecto regresivo en la distribución del ingreso por transferencias de los no cubiertos a los cubiertos y dentro de estos últimos, por transferencias de grupos de ingreso más bajo a los de ingreso superior. 58/ El estudio más reciente, realizado en 1969, mostró un efecto regresivo en el financiamiento y progresivo en las prestaciones, con un efecto neto ligeramente progresivo: un 0.5% transferido del 2% del grupo con el ingreso más alto al 30 % con el ingreso más bajo. 59/ Pero este estudio excluye tanto al sector no cubierto como a las fuerzas armadas y otros grupos privilegiados por lo que el efecto neto global probablemente fue regresivo. En el mismo año, un estudio limitado al programa de salud mostró la única transferencia progresiva: el grupo de ingreso inferior recibió una prestación promedio 1.6 veces mayor que el grupo superior. 60/

Si el resultado de los estudios en los países latinoamericanos más desarrollados es un impacto de la seguridad social neutro o ligeramente progresivo en la distribución del ingreso es lógico suponer que en los países menos desarrollados, con una cobertura mucho menor, el impacto sea regresivo. Pero esta hipótesis no será posible comprobarla en este trabajo.

7. Ordenamiento de los países según el desarrollo de la seguridad social

El cuadro 6 presenta un ordenamiento y agrupación de los países latinoamericanos con base a once variables que indican el nivel de evolución de los sistemas de seguridad social. Se hizo un esfuerzo para normalizar las cifras de base a fin de hacerlas estrictamente comparables aunque subsistieron algunas diferencias, de escasa importancia, en definiciones y años de observación.

a) Metodología del ordenamiento de los países

Las once variables fueron estandarizadas y se calculó una media no ponderada para cada país cuyo puntaje se usó en el ordenamiento del cuadro 6 (ver anexos 1 y 2). Se realizaron otros seis ejercicios de ordenamiento, dando diferentes pesos a varias combinaciones de variables, con resultados ligeramente diferentes pero todos con un coeficiente de correlación de rango muy cercano a 1. El puntaje del ordenamiento seleccionado y los otros seis muestran claramente tres grupos de países que hemos categorizado como alto, intermedio y bajo. Todos los ejercicios dieron resultados altamente consistentes en el ordenamiento de los siete primeros y los siete últimos países, pero hubo varios cambios en los seis países del centro (México a Ecuador) debido a que su puntaje es tan parecido que los hizo muy sensibles a cualquier cambio en la ponderación.

Además el puntaje indicó que Costa Rica y Panamá (siempre ordenados en esa secuencia) son países de transición entre los grupos intermedio y alto, mientras que Venezuela y la República Dominicana (frecuentemente intercambiando su orden respectivo) son países de transición entre el grupo bajo y el intermedio. No obstante, la mayoría de las variables de Costa Rica cae dentro del rango típico del grupo alto; excepciones son la antigüedad del programa de pensiones y, lógicamente, su escasa madurez y más baja razón pasivo/activo, y la edad de la población. Por el contrario, prácticamente todas las variables de Panamá (excepto las dos demográficas) caen dentro del rango típico del grupo intermedio y lo mismo ocurre con Venezuela con excepción de tres variables (la antigüedad del programa de pensiones, el porcentaje de contribución y la edad de la población). Por último, nueve de las variables de la República Dominicana caen dentro del rango típico del grupo bajo (excepciones son la antigüedad del programa de pensiones y el porcentaje del gasto dedicado a éste). Por las razones anteriores y en aras de simplificar el agrupamiento se colocó a Costa Rica en el último lugar del grupo alto, a Panamá en el primer lugar del grupo intermedio, a Venezuela en el último lugar del grupo intermedio y a la República Dominicana en el primer lugar del grupo bajo.

El objetivo del cuadro 6 es dar una visión global de la trayectoria en la evolución de la seguridad social en la región, representada por los tres grupos que clasifican a los 20 países. Si bien algunas variables son indicadoras de la excelencia de los sistemas (vr.gr., 2 y 3 que miden la cobertura poblacional) otras se refieren a aspectos neutros que no determinan necesariamente su bondad, como son la madurez del programa de pensiones o la edad de la población (7 y 10). Más aún las variables que miden la carga económico-fiscal y estabilidad financiera del sistema (4 a 6, 8 y 9) se utilizan como indicadores de un problema en vez de una ventaja. En resumen, el cuadro muestra el desarrollo de los sistemas de seguridad social pero no se puede tomar estrictamente como medidor de su excelencia. Por ejemplo, el sistema de Costa Rica es menos antiguo que el de Argentina, pero tiene una cobertura poblacional similar, su carga financiera es menor, goza de una situación financiera más solvente y su tendencia hacia el desequilibrio parece ser menor. Así pues si midiéramos estrictamente la excelencia de ambos sistemas el de Costa Rica se colocaría por encima del de Argentina. Pero lo que nos interesa aquí es mostrar lo que ha ocurrido a los sistemas más antiguos, como el de Argentina, por cuanto sostenemos que ellos indican la pauta de la trayectoria evolutiva de la seguridad social en la región.

b) Tendencias en las variables

De acuerdo con el cuadro 6, mientras más alto se coloca el país en el ordenamiento, registra las siguientes tendencias en las variables:

1: mayor la antigüedad del programa de pensiones;

2 y 3: mayor el porcentaje de la población total y de la PEA cubierta;

4: mayor la contribución porcentual sobre la nómina salarial;

5 y 6: mayor el porcentaje del gasto de seguridad social en relación al PIB y al gasto fiscal;

7: mayor el porcentaje del gasto de seguridad social que va al programa de pensiones;

8: mayor el desequilibrio financiero;

9: mayor la razón pasivo/activo;

10: mayor el porcentaje de la población de 65 años y más;

y

11: mayor la esperanza de vida al nacer.

Estas tendencias fueron examinadas con un ejercicio de correlación múltiple (ver anexo 3). Las variables arrojaron coeficientes de correlación positivos entre sí, estadísticamente

te significativos con un nivel de confianza del 95% considerando 20 observaciones. De las 55 correlaciones sólo 3 no resultaron estadísticamente significativas con un 95% de confianza: la variable 4 con la variable 8 (cotización legal y déficit/superávit); la 4 con la 11 (cotización legal y esperanza de vida) y la 9 con la 11 (razón pasivo/activo y esperanza de vida). El resultado del ejercicio indica que la trayectoria de la seguridad social es tal que el avance de una variable tiende a ir acompañada del avance en el resto de las variables.

Otras tendencias que no aparecen en el cuadro 6 pero que han sido discutidas anteriormente y serán analizadas con más profundidad en algunos de los casos de estudio indican que a más alto el nivel, se coloca el país en el ordenamiento:

- . mayor el grado de estratificación (aunque después de cierto punto ocurre una tendencia hacia la unificación),
- . mayor el número de riesgos cubiertos y de prestaciones ofrecidas, así como condiciones más liberales de adquisición;
- . mayor el uso de regímenes técnico financieros de reparto en vez de regímenes de capitalización; y
- . mayor el impacto neutro o progresivo en la distribución pero menor la generación de ahorro e inversión del sistema.

Una tendencia más difícil de probar, pero que también será objeto de estudio, es la que se observa en algunos países pioneros (vr.gr. Argentina, Chile y Uruguay) hacia la reversión o cierre del ciclo en el desarrollo de la seguridad social, que se manifiesta con: reducción de la cobertura (por desempleo y evasión), corte de prestaciones o endurecimiento de las condiciones de adquisición y, en algún caso, privatización del sistema .

c) Estereotipos de los sistemas en los tres grupos

El estereotipo de un sistema de seguridad social en el grupo alto es como sigue: los primeros programas de pensiones aparecen en la década del 20; la cobertura de seguridad social sobrepasa el 60% de la población total y de la PEA (y prácticamente se hace universal cuando se incluye la atención a los indigentes); el porcentaje de cotización salarial total sobrepasa el 26%; los gastos de seguridad social se aproximan o sobrepasan un décimo del PIB y la tercera parte del gasto fiscal; cerca de la mitad de dichos gastos se dedican a pagar las pensiones (debido a la antigüedad del sistema, la maduración del programa de pensiones y la muy alta esperanza de vida); y la razón pasivo/activo es muy alta, llegando a alcanzar 0.6, o sea, que un pensionado es mantenido por menos de dos contribuyentes (esto se debe a las razones anteriores y, además,

porque se ha alcanzado casi el máximo de la cobertura y la tasa de crecimiento de la población es baja). El sistema fue o es estratificado y su impacto actual tiende a ser negativo en el ahorro (opera con un déficit pronunciado y el régimen técnico-financiero es el de reparto) pero neutral o ligeramente progresivo en la distribución (especialmente progresivo en el programa de salud). El sistema enfrenta un desequilibrio actuarial y financiero serio y con tendencia a empeorar en el futuro por lo que está urgido de una reforma global.

El estereotipo de un sistema en el grupo intermedio es como sigue: los primeros programas de pensiones aparecen entre la década del 30 y el 40; el sistema cubre el 18 y el 52% de la población; el porcentaje de cotización salarial total promedio el 20%; los gastos de seguridad social promedian el 3% del PIB y fluctúan entre 14 y 23% del gasto fiscal; la mayoría de dichos gastos se dedican al programa de salud (porque son países en transición demográfica y con un índice de dependencia alto) mientras que sólo de 20 al 40% se paga en pensiones (por la relativa juventud del sistema y la esperanza de vida más baja); y la razón pasivo/activo fluctúa entre 0.05 y 0.15 (por las anteriores razones y la potencialidad de extender la cobertura y una tasa de crecimiento de la población alta). El sistema es relativamente unificado porque existen algunos subsistemas independientes del sistema general, y su impacto tiende a ser ligeramente regresivo en la distribución y moderadamente positivo en la generación de ahorro (el sistema genera un superávit contable y usa en el programa de pensiones el régimen técnico financiero de prima media escalonada o reparto de capitales de cobertura). El sistema generalmente acusa un desequilibrio actuarial y se aboca a uno financiero en el mediano o corto plazo.

El estereotipo de un sistema en el grupo bajo es como sigue: los primeros programas de pensiones aparecen en la década del 50 y 60; la cobertura poblacional es muy reducida, menos del 10% de la población total y del 19% de la PEA, y se concentra en la capital y las ciudades más importantes; el porcentaje de cotización salarial es bajo, entre 12 y 16%; los gastos de seguridad social sólo alcanzan el 2% del PIB y no sobrepasan el 18% del gasto fiscal; unas cuatro quintas partes de dicho gasto se dedica al programa de enfermedad (por la muy alta tasa de crecimiento de la población) y menos de una quinta parte al de pensiones (por la novedad de este programa y la esperanza de vida muy baja); y la razón pasivo/activo es bajísima, entre 0.02 y 0.08 (debido a las razones anteriores y a la alta potencialidad de extender la cobertura y la altísima tasa de crecimiento de la población*). El sistema está básicamente unificado (exceptuando las fuerzas armadas) y su impacto tiende a ser regresivo en la distribución y positivo en la

distribución y positivo en la generación de ahorro (opera con un superávit substancial y el método técnico financiero en pensiones es el de la prima media uniforme). El sistema no se enfrenta, al menos a corto y mediano plazo, al desequilibrio financiero pero debe aumentar la cobertura poblacional.

Lo dicho anteriormente indica que, de no cambiar la trayectoria actual de seguridad social, los países del grupo intermedio (y eventualmente los del grupo bajo) enfrentarán problemas similares a los que hoy sufren los del grupo alto. Varios de estos últimos han experimentado con estrategias diversas para tratar de resolver la crisis. A los efectos de profundizar en los problemas y analizar dichas estrategias se han seleccionado, como casos de estudio, cuatro países en diversos niveles del grupo alto (Uruguay, Chile, Cuba y Costa Rica) así como dos países colocados en los niveles superiores del grupo intermedio (México y Perú). Estos seis países representan distintos modelos socio-económicos y estrategias de seguridad social y serán analizados en los capítulos siguientes.

*/ No obstante, en algunos países la razón aumenta debido al congelamiento de la cobertura poblacional.

Capítulo II

COSTA RICA

En las dos últimas décadas los avances de Costa Rica en seguridad social han sido de tal magnitud que hoy dicho país se coloca entre los primeros lugares de América Latina: en 1960-1982 la cobertura de salud de la población creció del 15 al 77% (87% si se incluye a los indigentes), la tasa de mortalidad infantil cayó de 69 a 18 por 1.000 y la esperanza de vida aumentó de 60 a más de 71 años. Los programas de seguro social brindan protección contra todos los riesgos, excepto desempleo, y además hay un programa de asistencia social que provee atención a la salud y pensiones a la población de más bajo ingreso. El sistema está relativamente unificado y la atención de la salud en proceso de integración. Un estudio reciente muestra que el programa de salud tiene un efecto neto progresivo en la distribución del ingreso y, que aunque aún existen desigualdades geográficas en cobertura y servicios de salud, estas se han reducido en la última década y son pequeñas en el contexto de la región.

Sin embargo, entre 1960 y 1980 el gasto de la seguridad social (especialmente de salud) como porcentaje del PIB se ha multiplicado casi cinco veces. Esto ha sido resultado de la extensión de la cobertura, costos crecientes de la atención a la salud, comienzo de maduración del programa de pensiones, rápida expansión de la burocracia y de su compensación e ineficiencia administrativa. Hasta muy recientemente el Estado no cumplía a plenitud sus obligaciones fiscales como empleador, contribuidor tripartito y responsable por la asistencia social. Esto provocó una deuda estatal substancial que creó un déficit creciente en el programa de enfermedad-maternidad y forzó a éste a contraer préstamos y posponer sus pagos. La crisis económica ha agravado estos problemas ya que el desempleo ha aumentado y los salarios reales han declinado (reduciendo los gruesos) mientras que el número de personas al amparo de la asistencia social probablemente se ha incrementado y la alta inflación ha elevado los costos.

Aunque varios de los problemas explicados son conyunturales (algunos parecen estar en vías de solución) y la seguridad social en Costa Rica no sufre una crisis financiera como en varios de los países pioneros, de todas formas debe enfrentar un reto en los años venideros: mantener los altos niveles alcanzados al comienzo del decenio y consolidar la cobertura universal y, al mismo tiempo, reducir costos a través de una mejora en la eficiencia tratando de evitar efectos regresivos en la distribución. Las autoridades costarricenses son conscientes de estos problemas y parecen haber arribado a la conclusión de que el viejo modelo de seguridad social ha agotado sus posibilidades y que debe ser sustituido por uno nuevo capaz de enfrentar con éxito los referidos problemas.

1. Evolución histórica

En los primeros 40 años de este siglo, en gran medida por el conservadurismo político-económico y la escasa industrialización, hubo en Costa Rica limitada participación política, ⁴ grupos de presión organizados y sindicalismo débil excepto en las plantaciones bananeras. La seguridad social se limitó a: las "pensiones de gracia", concedidas desde el siglo XIX a juicio del gobierno; media docena de fondos de pensiones independientes que protegían a grupos importantes en el sector público (veteranos, maestros y empleados de comunicaciones, el poder judicial, el registro público y las municipalidades); y la protección de los trabajadores privados contra riesgos profesionales. (ver el cuadro 7) La atención de la salud era pobre e impartida por hospitales del Estado, las compañías bananeras y la caridad privada.

En 1941 el Presidente Rafael A. Calderón Guardia, que deseaba evitar en Costa Rica la inestabilidad social que había observado en otros países de la región, se asesoró con la OIT y promovió la ley que introdujo la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) cuyos dos programas principales son enfermedad-maternidad y pensiones. Así pues Costa Rica se benefició con la creación tardía de la seguridad social, la cual nació relativamente unificada proveyendo una estructura relativamente comprensiva y uniforme para eventualmente cubrir a toda la población.^{61/} No obstante, a los fondos de pensiones independientes en existencia, se añadieron con posterioridad otros para cubrir a ex-presidentes, y a los empleados del poder legislativo, los ministerios de hacienda, obras públicas y transporte, y de un ferrocarril estatal.

Durante sus dos primeros decenios de funcionamiento, la CCSS cubrió una pequeña proporción de la fuerza laboral urbana principalmente en la capital y compuesta de empleados públicos y algunos privados. Pero a principios del decenio del 60, bajo

la influencia de la Alianza para el Progreso y un clima doméstico de competencia política, se lanzó un programa de reforma socio-económica que cambiaría ese estancamiento. Una enmienda constitucional en 1961 ordenó la universalización de la cobertura de seguridad social dentro de ese decenio. La burocracia de la CCSS, reforzada con este mandato, extendió la cobertura a la mayoría de los trabajadores industriales, de la construcción y el comercio, así como a sus familiares dependientes, y aumentó los topes salariales, que impedían la cobertura de los trabajadores con salarios medios y altos.

La meta de universalidad no se cumplió en la fecha señalada pero, en el decenio del 70, se dio un nuevo empujón a la expansión de la cobertura incorporando a obreros urbanos, trabajadores agrícolas y por cuenta propia, servidores domésticos y pensionados (en salud) a más de sus dependientes. Más aún, se eliminaron por completo los límites de inclusión aunque se introdujeron temporalmente topes de cotización que fueron gradualmente elevados y por último, también suprimidos. Además se introdujo un programa de asistencia social (confusamente llamado de "asignaciones familiares") que concede pensiones y atención de la salud a los indigentes. En 1980 prácticamente toda la población estaba cubierta, entre dos-terceras y tres-cuartas partes por el seguro social y el resto por la asistencia social y los programas de salud pública.

Así pues la seguridad social costarricense nació tardía y evolucionó lentamente (casi se estancó por dos décadas) siguiendo la trayectoria típica de Centroamérica, pero en 1960-1980 aceleró la cobertura dentro del sistema general, prácticamente alcanzando la universalidad.

2. Estructura organizativa

Los principios de unidad y uniformidad funcionan relativamente bien en Costa Rica. La institución principal es la CCSS que opera los dos programas de seguro social: el de pensiones (vejez, invalidez, sobrevivientes) y el de enfermedad-maternidad. Además la CCSS administra dos programas de asistencia social financiados con fondos públicos: pensiones no contributivas (para los no cubiertos por el seguro social de pensiones) y atención a la salud para los pensionados asistenciales y sus dependientes así como los indigentes (personas de bajo ingreso no cubiertos por el seguro social de enfermedad y que carecen de recursos para pagar por servicios médico-hospitalarios). Prácticamente toda la medicina curativa es operada por la CCSS que además tiene algunas funciones preventivas como vacunación. La CCSS es una institución autónoma y tuvo participación tripartita (asegurados, empleadores y estado) en la

administración hasta 1970 (la Asamblea Legislativa está considerando ahora la reintroducción de este principio).

El Ministerio de Salud (MS) administra varios programas: medicina preventiva (incluyendo control de ciertas enfermedades contagiosas), atención básica de la salud para personas de bajo ingreso en zonas rurales (Salud Rural) y rubano-marginales (Salud Comunitaria) y nutrición infantil. En 1974-1978 todos los hospitales del MS fueron transferidos a la CCSS y éste asumió la obligación de atender a los indigentes con el correspondiente financiamiento estatal.

El sistema de atención de la salud asume una forma piramidal con los niveles de atención elemental en la base y, según se asciende a la cúspide, los niveles se vuelven más complejos y especializados. Hay cinco regiones de salud y las siete provincias se distribuyen entre ellas. El sistema de atención es directo a través de servicios propios de la CCSS en todo el territorio nacional. Aunque la mayoría de los médicos son empleados por la CCSS y el MS, se permite el ejercicio privado de la profesión y los médicos constituyen un grupo de presión importante.

El Instituto Nacional de Seguros (INS) es un monopolio estatal que tiene a su cargo todos los seguros incluyendo accidentes de trabajo y enfermedades profesionales aunque descansa en gran medida en los servicios médico-hospitalarios de la CCSS. El programa de Asignaciones Familiares (AF) situado en el Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, fue creado inicialmente con el objetivo de abonar prestaciones monetarias a trabajadores de bajo ingreso con niños menores pero, en la práctica, se convirtió en un programa de asistencia social que asigna recursos a otros programas. Los dos más importantes son: pensiones asistenciales (a los viejos, inválidos y niños abandonados sin derecho a las pensiones de seguro social) que administra la CCSS; y atención básica de la salud en áreas rurales y urbano-marginales, que administra el MS. Hay otros programas en desempleo, nutrición y vivienda.

Además, como se ha mencionado, existen 14 fondos independientes de pensiones (vejez, antigüedad en algunos casos, invalides y sobrevivientes) que cubren a empleados públicos. Cada uno de estos fondos tiene su propia legislación y financiamiento por separado; la mayoría son administrados por el Ministerio del Trabajo mientras que el resto tiene una administración autónoma. Algunos asegurados en la CCSS pueden cambiarse a los fondos independientes; los últimos han sido los empleados de los ministerios de agricultura y trabajo, y en 1983 la Asamblea Legislativa estaba considerando la autorización de otro traspaso. Por último, hay un número considerable de pen-

siones de gracia que no envuelven un derecho sino que se basa en una decisión burocrática reconocedora de méritos administrativos.

Aunque el sistema costarricense de seguridad social es relativamente unificado y uniforme, dentro del contexto latinoamericano, aun subsisten desigualdades que deberían corregirse. En 1982 se creó una Comisión Nacional Presidencial con la participación de todas las insitituciones relacionadas con la seguridad social para coordinar ésta e integrar por completo el sistema de salud. La CCSS y el INS están estudiando un intercambio recíproco de funciones (los riesgos profesionales pasarían a la CCSS y las pensiones al INS) y la integración de sus servicios en un nuevo hospital.

En 1983, en consulta con el Ministerio de Planificación, se creó un Sector de Salud presidido por el Ministro de Salud, con poder para determinar toda la política de salud e implementar la integración del sistema de salud. Existe una estrecha relación personal entre el Ministro y el Presidente Ejecutivo de la CCSS y ambos dicen están decidido a proceder con el plan de integración y la búsqueda de un modelo más viable y eficiente de atención a la salud que dé mayor énfasis a la medicina preventiva y a la atención básica de la salud.^{62/} De hecho, ya se ha alcanzado la integración en varias zonas de cuatro provincias y se está implantando en la capital. Esfuerzos importantes se están llevando a cabo para definir mejor los niveles de salud y el sistema de referencia y para descentralizar los servicios a fin de reducir la concentración en la capital, pero aún falta por crear un mapa uniforme entre las regiones de la CCSS y el MS, pues ambas son diferentes.

En el campo de pensiones no parece haber un proceso de unificación de los fondos independientes a pesar de que, por un decenio, la Asamblea Legislativa ha estado estudiando la creación de una comisión nacional que elabore un proyecto de ley unificador, y que el Ministerio de Planificación en el plan cuatrienal (1982-1986) en vigor critica a los fondos independientes por violar los principios de universalidad y solidaridad de la seguridad social.^{63/} Al menos se debería prohibir la creación de nuevos fondos de pensiones y la transferencia de grupos de asegurados de la CCSS a los actuales fondos independientes.

3. Cobertura de la población

a) Cobertura legal y estadística

De acuerdo con la ley, la CCSS debe cubrir obligatoriamente a todos los trabajadores asalariados (incluyendo al servicio doméstico) y voluntariamente a los trabajadores por cuenta propia, tanto en el programa de pensiones como el de enfermedad-maternidad; en este último, además, debe cubrirse a los pensionados y a los familiares dependientes de todos los asegurados. El ámbito de cobertura familiar es generoso pues incluye la cónyuge o compañera (o el conyuge inválido), los hijos menores de edad (o hasta una edad posterior si son estudiantes o sin límite de edad si son inválidos), la madre (o el padre mayor de 65 años o inválido) e incluso hermanos y hermanas (por debajo de cierta edad o inválidos). Los grupos de empleados públicos cubiertos, en pensiones, por los fondos independientes están protegidos en enfermedad-maternidad por la CCSS. Los desempleados y trabajadores sin paga para un familiar no son asegurables por la CCSS pero pueden recibir prestaciones asistenciales.

El cuadro 8 muestra la cobertura estadística poblacional de la seguridad social: en salud el porcentaje cubierto aumentó de 15 a casi 77% en 1960-1982, mientras que en pensiones aumentó de 25 a casi 69%. (Como se desconoce el número de asegurados activos en los fondos independientes -posiblemente un 15% de la cobertura total- se decidió usar, como subrogante de la cobertura de pensiones, a la cobertura de salud por la CCSS, ya que la misma incluye a los asegurados en los fondos independientes). Si a la cobertura de salud en 1982 se le añade el número de indigentes y pensionados asistenciales (177,699) la cobertura se eleva al 84%. Por lo contrario, debe tenerse en cuenta que el cálculo de dependientes de los asegurados en los asegurados en el cuadro 8 se ha hecho tomando la razón de 1.25 mientras que la CCSS, además de ésta, ha usado 0.99 lo que reduciría la cobertura del seguro en 1982 al 70.5% y la total al 78%. El MS, por su parte, cubría en 1982 un 53% de la población (rurales y urbano-marginales) con servicios preventivos y de atención básica de la salud, lo que indica que había cierta duplicación en la cobertura. 64/

La cobertura por riesgos profesionales (administrada por el INS) se limitaba al 38% de la fuerza laboral en 1982. Aunque la ley incluye a todos los trabajadores, hasta hace poco la afiliación al INS era obligatoria sólo para las actividades más riesgosas y, en el resto, el empleador podía asumir la responsabilidad directa. En la práctica muchos empleadores no asegurados eludían dicha responsabilidad y los accidentados laborales terminaban siendo atendidos por la CCSS como casos

de enfermedad o accidente no laboral. Una ley de 1982 ha dado un plazo de 4 años a todos los empleadores para asegurar contra riesgos profesionales en el INS a sus empleados (sólo se excluyen los trabajadores por cuenta propia y los sin paga para un familiar.) La extensión de la cobertura del INS comenzó en 1983 con comercio y servicios y se irá ampliando gradualmente a otras actividades hasta alcanzar la cobertura total en 1987. 65/

b) Factores estructurales determinantes

La rápida extensión y alta cobertura de la CCSS en la década del 70 ha sido facilitada por varios factores estructurales: la alta proporción de trabajadores asalariados (75% de la fuerza laboral); la proporción relativamente pequeña de trabajadores por cuenta propia y sin paga para un familiar (20 y 4% respectivamente); las bajas tasas de desempleo abierto (3.9%) y de subempleo equivalente (9.3%); la baja proporción de la fuerza laboral en la agricultura (27%); y el pequeño tamaño del país y su buena red de comunicaciones 66/ Pero el compromiso político fue esencial para conseguir la universalización como lo prueba el hecho que otros países con características estructurales similares no han sido capaces de lograr esa meta.

c) Diferencias en la cobertura poblacional

Debido a la casi universalidad y unidad del sistema de seguridad social costarricense las diferencias de cobertura entre unidades geográficas y ramas económicas son mucho menores que en otros países. El cuadro 9 provee la única información disponible sobre cobertura de la población total por provincias pero sólo incluye a los asegurados activos excluyendo a los dependientes y pasivos (no hay una distribución reciente de la PEA por provincia que haría más exacta la comparación) por lo que los porcentajes son inferiores a lo que debían ser. La provincia mejor cubierta es San José (donde está la capital) y la peor cubierta es Guanacaste (la más rural); el grado de cobertura en la primera es más del doble que en la segunda. La mayoría de los asegurados están en la región central, alrededor de San José, que concentra el 20% de la población y la mayoría de las actividades del gobierno, la industria y los servicios públicos. La mayoría de los no asegurados están en las provincias más remotas, subdesarrolladas y rurales.

El cuadro 10 muestra el grado de cobertura por ramas económicas en 1973 y 1979; en el primer año se incluye a los trabajadores por cuenta propia o independientes pero en el segundo sólo existen cifras para los asalariados y esto probablemente explica aquellas diferencias entre los dos años, que

no resultan de la extensión de la cobertura. Por ejemplo, la reducción en la relación en el grado de cobertura entre la rama mejor y peor cubierta (de 3.6 en 1973 a 2.6 en 1979) y el incremento de la cobertura agrícola (de 23 al 30%) pueden en parte deberse a la extensión de la cobertura al interior del país, pero también pueden ser resultado de la exclusión de los independientes en 1979, los que se concentran en la agricultura y tienen una cobertura más baja. En todo caso, el cuadro muestra que la agricultura es la rama peor cubierta (aunque Costa Rica tiene uno de los grados de cobertura agrícola más altos de la región) mientras que las ramas de electricidad, gas, agua, transporte y comunicaciones, industria, y servicios son las mejor cubiertas.

d) Población no cubierta

El sector no asegurado en salud por la CCSS está compuesto de cuatro grupos. Quizá el más importante sea el no asalariado con alto ingreso (v.gr., empleadores, rentistas, profesionales por cuenta propia) los cuales o bien no son asegurables o pueden serlo voluntariamente pero, generalmente, costean su propia atención. El segundo grupo, probablemente, es el de trabajadores asalariados que evaden directamente (o por su empleador) la obligatoriedad de la afiliación. Se ha estimado que, en 1979, un 16% de los asalariados no estaba efectivamente asegurado; aparentemente, muchos dueños de pequeñas empresas no inscriben a sus empleados o los contratan por tres meses para evadir la inscripción aunque, en la práctica, un buen número de dichos empleados reciben atención de salud de la CCSS como indigentes. El tercer grupo no asegurado es el de los trabajadores por cuenta propia que han decidido no afiliarse a la CCSS pero que pueden -si son de escasos recursos - recibir atención asistencial. Por último, están los trabajadores sin paga para un familiar, los que no son asegurables directamente pero pueden serlo como familiares dependientes del asegurado o como indigentes, y los desempleados, que no son asegurables pero en su mayoría califican para la atención asistencial. En 1982 cerca de la mitad de la población (en áreas rurales y urbanas marginales) recibía atención básica a la salud en instalaciones del MS. Además, el no asegurado con ciertos recursos (que no califica como indigente) puede recibir atención médico-hospitalaria y medicinas en las instalaciones de la CCSS pagando una suma relativamente pequeña. 67/

e) Medidas para mejorar la cobertura

Cuando se tiene en cuenta todo lo dicho resulta obvio que prácticamente toda la población del país está cubierta, especialmente en la atención a la salud. Pero en la década en curso la cobertura universal debe consolidarse a través de

medidas que ya están en proceso de implantación: i) la extensión de la cobertura contra riesgos profesionales a toda la población asalariada; ii) el mejor acceso a los servicios de salud especialmente en el sector agrícola y en las provincias más subdesarrolladas; y iii) la identificación de todos los usuarios del sistema de seguridad social (CCSS, MS, INS, MS) que permita controlar la evasión y corregir otras irregularidades así como precisar si existe algún grupo de bajo ingreso no cubierto.

4. Financiamiento

a) Fuentes de financiamiento

La CCSS se financia con cotizaciones salariales tripartitas, más impuestos, transferencias del Estado (para programas asistenciales), la venta de servicios y el rendimiento de las inversiones, y préstamos del exterior.

La cotización salarial tripartita (total) impuesta por la ley aumentó gradualmente, en 1973-83, del 20 al 32%; el incremento mayor fue en la cotización del empleador (de 9.25 a 22.66%), seguida por la del asegurado (de 6.5 a 8%), mientras que la del Estado se redujo (de 4.5 a 1.5%). En 1983 el empleador debía legalmente pagar casi tres veces lo que pagaba el asegurado (ver cuadro 11). Si a la cotización total a la CCSS añadimos otras para programas relacionados (como desempleo, ahorro, vivienda) la carga social total asciende a más del 58%. En 1983 la Asamblea Nacional estaba discutiendo varios proyectos de ley para crear un nuevo seguro o fondo de compensación para el desempleo (y apoyo a empresas sociales) que sería financiado por el empleador con una cotización adicional del 8.33%.

A la pequeña cotización salarial que el Estado debe pagar a la CCSS, se deben añadir impuestos sobre la producción doméstica e importación de bebidas alcohólicas y refrescos, la importación de perfumes y artículos suntuarios, la venta de cigarrillos, los bienes raíces y los pagos al Estado, así como ingresos de la lotería. En la década del 70 el BID otorgó un préstamo de US\$30 millones para apoyar la expansión de la red hospitalaria y su integración bajo la CCSS.

Las inversiones del fondo de reserva de pensiones de la CCSS históricamente han generado un rendimiento muy bajo y, si se tiene en cuenta la inflación, puede haber ocurrido una decapitalización del fondo. En 1981 el 42% del fondo estaban atados en préstamos al programa de enfermedad-maternidad que demoraba su amortización y pagaba intereses muy bajos; otro 34% estaba invertido en valores estatales que pagaban la mitad

de la tasa de interés bancario; y un 21% había sido dado en préstamos hipotecarios con rendimiento desconocido. El porcentaje del ingreso total de la CCSS procedente de la inversión aumentó de 8.5% en 1961 a un máximo de 10.6% en 1970 y después descendió gradualmente hasta 2.7% en 1982. Las altas tasas de inflación de la década del 80 deben haber decapitalizado el fondo de pensiones: un 76% del mismo se prestó a tasas de interés de 4 a 8% mientras que el interés bancario era del 22 al 25% y la inflación alcanzó un record de 82% en 1982. Por cuanto los préstamos no se ajustaron a la inflación, su amortización se hizo con moneda devaluada. 68/

En 1980 una ley prohibió el incremento del número de camas de hospital para usuarios privados que pagan a la CCSS por sus servicios y programó la eliminación de los pensionistas privados en dichos hospitales, a pesar de que éstos funcionan sólo con una capacidad del 73%. La venta de servicios a pacientes privados que representó el 3.7% del ingreso total de la CCSS en 1979 se redujo al 2.1% en 1982. 69/

Una comparación de la distribución porcentual del ingreso de la CCSS por fuente, entre 1970 y 1983, indica que el ingreso por pagos del empleador aumentó del 36 al 44%, el del asegurado aumentó del 23 al 30%, el del Estado (incluyendo impuestos y transferencias) bajó del 29 al 18%, y otros ingresos (renta de inversiones, venta de servicios, etc.) declinaron del 12 al 8%. 70/

En los fondos de pensiones independientes la cotización legal del asegurado es el doble que en la CCSS pero la contribución del Estado es también mucho mayor: el doble al fondo de educación y 4.5 veces más al fondo judicial, mientras que en los restantes fondos el Estado paga todos los costos no cubiertos por el asegurado. Más aún, contrario a la tradición de morosidad y deudas con la CCSS, el Estado paga puntualmente lo que debe a los fondos independientes. El financiamiento del MS se hace a través del presupuesto estatal y una cotización salarial del 5% que debe pagar el empleador y se dedica a ayudar a familias de bajo ingreso especialmente niños y ancianos. El INS se financia con las primas que pagan los empleadores y el rendimiento de las inversiones aparentemente mejor colocadas que en la CCSS.

b) Mora y evasión

Una parte sustancial de los recursos que debe recibir la CCSS no se materializan debido a la deuda estatal, así como la evasión y mora de asegurados y empleadores. La deuda acumulada del Estado en 1977-82 se calculó en 2,011 millones de colones equivalente al ingreso total de la CCSS en 1980. Dicha deuda comprendía la cotización salarial del Estado como emplea

dor y contribuyente tripartito (incluyendo la retención del ingreso de impuestos cobrados por el Estado pero no transferidos a la CCSS) y las transferencias para cubrir el costo de la atención de salud de los indigentes. Además, el programa de AF debía a la CCSS 9 millones de colones por la atención de salud a pensionados asistenciales. Las cifras citadas son usualmente ajustadas por la auditoría, por ejemplo, la deuda estatal se redujo en una cuarta parte. 71/

La falta de información acuciosa sobre la cobertura de la CCSS así como la carencia de identificación precisa de los asegurados y empleadores facilita la evasión, la mora y otras irregularidades. Ya se mencionó la técnica evasiva de los dueños de pequeñas empresas. Cuando el asegurado solicita ser vicios de salud debe mostrar un recibo probando que su empleador está al día en las contribuciones, pero este instrumento de control no resulta usualmente en la acción correspondiente. El usuario no asegurado es o bien un indigente o tiene la capacidad de pagar (parcial o totalmente) por los servicios de salud; la condición de indigente debe ser verificada pero, en la práctica, la CCSS carece de personal entrenado para hacerlo y muchos usuarios que pueden pagar pasan como indigentes; más aún, los usuarios que tienen recursos reciben una factura para pagar a plazos pero el control de cobro de la CCSS es muy deficiente. Al parecer, el método de facturas preestimadas usadas por la CCSS subestima el monto de los salarios y benefi cios realmente pagados, por lo que es otra fuente de evasión y pérdida de ingresos. Un estudio preparado por la OPS/OMS en 1980 informó que había una seria falta de información y con trol de la evasión en la CCSS y que el cobro de contribuciones y deudas tenía que ser más rápido y eficiente. A pesar de varias medidas tomadas a principios de la década en curso, en 1983 la mora (principalmente de los empleadores) ascendía a 604 millones de colones (una décima parte del ingreso total de la CCSS). 72/

c) Equilibrio financiero

Hasta mediados de la década del 70 la CCSS gozó de equili brio financiero pero éste se deterioró rápidamente desde fines de el decenio en gran medida por las razones explicadas, más el aumento de los gastos. La CCSS publica usualmente cifras presupuestarias de ingresos y egresos corrientes, exclu yendo la cuenta de capital así como la mora estatal y la emple adores y asegurados. En el cuadro 12 se hacen los ajustes necesarios para comparar los ingresos y egresos efectuados y totales en 1978-83, y aparece que el programa de pensiones normalmente genera un superávit (aunque en 1976 arrojó un pequeño déficit), mientras que el programa de enfermedad-maternidad enfrenta déficits crecientes desde 1980 que totalizaban

1,700 millones de colones en 1983. A fin de cubrir este déficit (similar a la deuda estatal a la CCSS) el programa de enfermedad-maternidad se endeudó con el fondo de pensiones por 2,032 millones de colones (alrededor de la mitad de esa suma por concepto de préstamos e intereses y el resto por retención de contribuciones destinadas al fondo de pensiones) y, además, adeuda US\$22 millones a empresas farmacéuticas extranjeras. Por primera vez, en 1979, el sistema arrojó un déficit neto, el cual se redujo en 1980 y se convirtió en un pequeño superavit en 1981-82 (equivalente al 0.7 ó 0.8% de los ingresos) pero se estima que en 1983 ocurriría un déficit de 800 millones de colones. 73/ La situación financiera se complicará en el resto de la década, pues en 1984 concluye el período de gracia para el pago del préstamo de US\$38 millones otorgado por el BID. Más aún, el programa de pensiones madurará incrementándose los gastos (más sobre esto en la sección 5) mientras que la posibilidad de aumentar los ingresos está limitada por la actual recesión, la casi universalidad del sistema y la pobre rentabilidad de las inversiones.

d) Régimen técnico-financiero

Dentro de la CCSS el programa de enfermedad-maternidad utiliza el régimen de reparto simple con fondo de contingencia, mientras que el programa de pensiones usa, en teoría, el régimen de prima media uniforme (también usado por el INS). Este último, en la práctica, se ha convertido en prima media escalonada, lo que significa que la prima en vez de permanecer fija por tiempo indefinido debe ser aumentada cada cierto número de años. Un estudio actuarial conducido en 1980 aseveró que el pago de las pensiones estaría garantizado con el nivel actual de contribuciones hasta 1992. 74/ Supuestamente, este estudio tomó en cuenta las tendencias demográficas y la inflación pero es probable que no predijera el agravamiento de la crisis económica en 1981-83. Un estudio privado ha calculado que las cotizaciones salariales serán insuficientes para pagar las pensiones en 1993 aún si se asume que el Estado pagará todos sus aportes. 75/

e) Medidas para aumentar los ingresos

Para hacer frente a la crisis se introdujo en mayo de 1982 un Plan de Emergencia 76/ que ha sido complementado con otras medidas posteriores; a continuación se resumen las relativas al ingreso: control de la evasión, pago de la deuda estatal, aumento de cotizaciones y de la eficiencia de las inversiones, y búsqueda de otras fuentes de ingreso.

La CCSS y el MS estaban finalizando en 1983 un estudio para introducir el carnet de identidad del usuario de servicios médicos, que lo clasificará ya sea como asegurado, indigente o no-asegurado con recursos. Este proyecto está siendo coordinado con el establecimiento de un número único a los efectos fiscales, de seguridad social y otros propósitos; se espera que la USAID provea asistencia técnica en estos planes que pueden jugar un papel decisivo en reducir la evasión y mejorar el control de pagos.

El nuevo gobierno instaurado en 1982 ha pagado las obligaciones presupuestarias del Estado (como empleador y contribuyente tripartito) correspondientes a 1981-83, ha hecho un compromiso de pagar 1984, y está negociando con la CCSS el pago de la deuda acumulada (ajustada por la auditoría) hasta 1980 que se espera será efectuada en parte con valores estatales al 7% de interés. (Esto deja aún una deuda que es la diferencia entre la contribución presupuestaria estatal y la que resulta al final del ejercicio fiscal). Desde 1983 todos los organismos públicos deben de demostrar que no deben nada a la CCSS (o que están negociando el pago de sus contribuciones) a fin de recibir sus asignaciones presupuestarias. En 1983 USAID aprobó un préstamo de US\$10 millones que se entregará al gobierno de Costa Rica y éste se hará responsable de su pago y lo pasará a la CCSS para sufragar cerca de la mitad de la deuda estatal acumulada. En esa fecha la CCSS ya había pagado la mitad de su deuda al extranjero y se esperaba que utilizaría los fondos de USAID para pagar el resto. Una ley promulgada en 1982 prohíbe al programa de enfermedad-maternidad de la CCSS tomar nuevos préstamos del programa de pensiones y retener contribuciones destinadas a otros propósitos, de forma que esta práctica inapropiada se ha corregido. Debido a que el grueso del fondo de pensiones ya no puede ser prestado a enfermedad-maternidad, está siendo invertido en certificados de depósitos bancarios con una mayor rentabilidad (800 millones de colones en 1982 y entre 1,500 y 2,000 millones en 1983-84); bajo un programa de asistencia de USAID se está dando asesoría en inversiones a la CCSS. Los valores a ser emitidos por el Estado para pagar parte de la deuda estatal al programa de enfermedad-maternidad serán transferidos por el Estado al programa de pensiones, mientras que el resto de la deuda tendrá que esperar a que culminen las negociaciones para el pago del resto de la deuda estatal. La CCSS espera balancear el presupuesto de 1984 con el incremento neto de la cotización salarial en 4 puntos porcentuales efectuado en 1983 presumiendo que se materializa el pago de la deuda estatal acumulada hasta 1980 y el préstamo de USAID. 77/

Aunque las medidas anteriores son generalmente muy positivas, otras serán necesarias para equilibrar el presupuesto a largo plazo y, más aún, garantizar el equilibrio actuarial del sistema. A más de la urgencia de reducir los costos (a discutir en la sección siguiente) la CCSS necesita incrementar sus ingresos y no parece aconsejable económicamente, ni viable políticamente, un nuevo aumento de la cotización. Una posibilidad es cobrar una suma mínima por el uso de los servicios de consulta y medicinas, la que no sólo aumentaría los ingresos sino también reduciría visitas y medicinas innecesarias y, por tanto, los costos. Dos estudios conducidos por la CCSS ratificaron esta hipótesis e indicaron que un cargo mínimo de 10 colones por visita generaría ingresos de 60 millones de colones anuales y reduciría un millón de visitas por valor de otros 70 millones, mientras que un cargo de 5 colones por medicina (eximiendo al grupo de más bajo ingreso) reduciría el consumo innecesario en un 10% y generaría otros 70 millones de colones anuales en ingreso. En definitiva, la CCSS decidió no introducir cargos aparentemente por temor de una reacción negativa de los usuarios. 78/ No obstante, es usual en centros hospitalarios y postas de salud, que atienden a los grupos de más bajo ingreso, solicitar una donación voluntaria de 5 o 10 colones la cual es abonada por los usuarios sin mayor queja.

La CCSS también debería estudiar la posibilidad de substituir todo o parte de la cotización salarial por otros métodos de financiamiento (v.gr., el impuesto al valor agregado) que simplifiquen la recaudación y el control, y tengan un impacto neutro en el empleo. En 1983 una misión del Banco Mundial propuso realizar un estudio sobre este aspecto y proporcionar asesoría técnica para llevarlo a efecto. 79/

Se debe también estudiar la posibilidad de obtener ingresos por otras vías incluyendo la venta de servicios médico-hospitalarios de la CCSS a usuarios privados, aprovechando que más de una cuarta parte de la capacidad hospitalaria no está siendo usada; en este sentido debería derogarse la ley de 1980 que programó la desaparición de esta actividad.

De acuerdo con la ley, debe hacerse una revisión actuarial del programa de pensiones cada tres años y, por cuanto la última fue efectuada en 1980 la próxima estaba programada para 1983. Esta revisión debía resultar en la adopción formal del régimen de prima media escalonada y determinar si deben introducirse cambios para asegurar el balance actuarial necesario en el período fijado. 80/

5. Prestaciones, gastos y costos

a) Prestaciones y condiciones de adquisición

Los programas de enfermedad-maternidad y riesgos profesionales en Costa Rica tienen un régimen uniforme, tanto de prestaciones como de condiciones de adquisición del derecho a las mismas, aunque existen diferencias en la accesibilidad y calidad de los servicios, especialmente de salud. En el programa de vejez, invalidez y sobrevivientes hay uniformidad de prestaciones dentro de la CCSS, pero existen diferencias notables entre ésta y los fondos independientes.

En enfermedad-maternidad el trabajador asegurado tiene derecho a prestaciones monetarias, como pagos en sustitución del salario y por gastos de transporte y prótesis, así como prestaciones de salud en especie y servicios, tales como atención médico-hospitalaria, cirugía, medicinas, cuidado dental (que incluye empaste y ortodoncia), y parte del costo de gafas y lentes de contacto. Los dependientes asegurados no tienen derecho a las prestaciones monetarias pero sí a las de salud excepto cuidado dental (sólo extracciones) y atención optométrica. La trabajadora asegurada tiene derecho a todas las prestaciones en caso de maternidad (a más de leche para el infante) mientras que la esposa del trabajador asegurado tiene las mismas limitaciones que otros dependientes. En riesgos profesionales los asegurados tienen derecho a similares prestaciones monetarias y de salud más las pensiones por invalidez (total y parcial) y los dependientes sólo tienen derecho a pensiones de sobrevivientes y auxilio funerario. Por último, el programa de vejez, invalidez y sobrevivientes concede pensiones al trabajador asegurado y/o sus dependientes (en caso de invalidez el trabajador también tiene derecho a atención médico hospitalaria).

Dentro del contexto latinoamericano, las condiciones legales del sistema costarricense son bastante estrictas en enfermedad-maternidad, en lo que se refiere al nivel de la prestación monetaria y en el período de duración, pero relativamente liberales en el período de contribución requerido para obtener el derecho. Por otra parte las prestaciones de salud son muy generosas así como el número de familiares con derecho a las mismas. Las condiciones en riesgos profesionales son bastante estrictas y las prestaciones son promedio. Por último en vejez, invalidez y sobrevivientes las condiciones de la CCSS son liberales en la pensión de vejez (que puede solicitarse con sólo 57 años de edad y 34 de servicios) y en el número de familiares que acceden a la pensión de sobrevivientes (hasta los hermanos y hermanas tienen derecho); por otra parte las condiciones son aún más liberales en los fondos independientes. En general,

teniendo en cuenta que la cotización salarial total del sistema es una de las más altas de la región, las prestaciones de la CCSS (salvo excepciones) no están fuera de línea cuando con las otros países.

El cuadro 13 muestra el avance de Costa Rica en servicios y niveles de salud en los dos últimos decenios al que en algo debe haber contribuido la extensión de la cobertura de la seguridad social, pero también otros factores como el desarrollo y programas como nutrición. Debe señalarse que no se incluye los servicios privados por lo que la razón de camas de hospital y médicos por habitante debe ser mayor. Todos los indicadores muestran un avance notable con la excepción de las camas de hospital. La reducción de la mortalidad infantil es impresionante aunque el nivel de 1960 ya estaba muy por debajo del promedio regional. Las tasas de mortalidad en 1980 eran de las más bajas en América Latina y la esperanza de vida era de las más altas. Debe notarse que la tasa de mortalidad infantil es mucho más indicativa del mejoramiento en los servicios de salud que la mortalidad general. El bajísimo porcentaje de la última se debe en parte a la baja mortalidad infantil pero también a que la población de Costa Rica es joven (como se verá en el cuadro 17).

b) Desigualdades en las prestaciones

Como el programa de enfermedad-maternidad de la CCSS es uniforme no se aprecian desigualdades entre grupos ocupacionales, pero sí entre provincias, que sugieren también diferencias entre niveles de ingreso. Por ejemplo, en 1979 la provincia de San José (donde está la capital) tenía 6.5 veces más médicos (por 10.000 habitantes) y 5 veces más camas de hospital (por 1.000 habitantes) que la provincia de Guanacaste. Parte de la concentración en San José es razonable puesto que en la capital lógicamente deben ubicarse los servicios médico-hospitalarios de nivel superior a los que se envían pacientes de los niveles medio e inferior. Pero parte de las diferencias no se deben a esto. Un ordenamiento de las provincias de acuerdo acon los servicios de salud de la CCSS es muy similar al ordenamiento con base a la cobertura de seguridad social (cuadro 9). Además existe un alto coeficiente de correlación positiva entre estos ordenamientos y otro basado en el desarrollo económico de las provincias (ingreso por cabeza, porcentaje de urbanización, y porcentaje de la fuerza laboral en actividades secundarias y terciarias). No obstante, los habitantes de las provincias más rurales y subdesarrolladas se benefician con el programa de atención básica de la salud del MS aunque éste tiene recursos muy limitados en comparación con la CCSS (esto se discute más adelante). 31/

En el programa de pensiones existen desigualdades notables, en las condiciones de adquisición, entre la CCSS y los fondos independientes: tres fondos permiten el retiro con 30 años de servicio sin importar la edad y otros tres fondos permiten retirarse con 7 años de edad menos y de 4 a 10 años de servicio menos que en la CCSS. En el cálculo de la pensión seis fondos pagan 100% del salario base mientras que la CCSS paga 40%; y en seis fondos la base para el cálculo de la pensión es el último mes o año de salario o un promedio de los 36 salarios más altos, mientras que en la CCSS es el promedio de los 48 salarios más altos. 82/ Además ya se ha apuntado en la sección anterior que la contribución del Estado es substancialmente superior a estos fondos que a la CCSS y que se paga sin mora. El cuadro 14 muestra que la pensión promedio de la CCSS es entre una mitad y un cuarto del promedio de pensiones de los fondos independientes. Nótese que los grupos más influyentes (Congreso, Poder Judicial) son los que tienen las pensiones más altas. Si los salarios de estos grupos correspondieran con las pensiones y el régimen de contribuciones y prestaciones de los fondos independientes fuera igual al de la CCSS, podría concluirse que la seguridad social simplemente reproduce las desigualdades generales del ingreso. Pero debido a las ventajas que gozan estos grupos, en cuanto a los aportes estatales y la generosidad de las prestaciones, hay que concluir que el programa de pensiones agrava las desigualdades en el ingreso.

c) Costo creciente de la seguridad social y sus causas

En 1980, el gasto de seguridad social de Costa Rica, en relación al PIB y el gasto fiscal, era el cuarto más alto de América Latina y se aproximaba al de los países pioneros; en relación al PIB era mayor que el de Brasil y en relación al gasto fiscal superaba al de Chile. (Véase el cuadro 6) Si hacemos la comparación sólo con el gasto de salud, Costa Rica se colocaba a la cabeza de América Latina con 6.8% del PIB. Entre 1961 y 1980 el gasto de seguridad social costarricense en relación al PIB aumentó casi cinco veces (de 2 a 9%) y en relación al gasto fiscal creció casi tres veces (de 13 a 36%), sin duda el incremento más notable en la región. (Ver cuadro 15) ¿Cómo puede explicarse este desarrollo, especialmente si se tiene en cuenta que la seguridad social en Costa Rica nació dos décadas después que en los países pioneros y que la población de aquélla es mucho más joven que la de éstos? Revisaremos tres grupos de factores explicativos de esta paradoja: de tipo general, relacionados con enfermedad-maternidad y relacionados con pensiones.

i) Causas generales. La universalización es una de las causas más importantes del incremento del gasto de seguridad social costarricense: en 1960-1982 la cobertura en el programa de enfermedad-maternidad de la CCSS aumentó en más de 60 puntos porcentuales y, si se añade a esto el programa de asistencia social, el aumento fue de casi 70 puntos porcentuales. Por cuanto ya casi se ha alcanzado la cobertura universal, este actor debía de perder importancia en el futuro, pero la tasa de crecimiento de la población es relativamente alta (2.4% en 1975-80) y ella hace que la demanda por los servicios de salud y el gasto continúen creciendo. Otra causa es la cobertura casi completa de todos los riesgos sociales así como la existencia de prestaciones y condiciones de adquisición que a veces sobrepasan los promedios regionales.

Los gastos administrativos de la CCSS en 1977 constituyeron el 7% de los egresos, un porcentaje promedio en la región pero muy alto para niveles internacionales. Más aún, parece que dichos gastos se incrementaron a fines de la década y hasta 1982. El personal se multiplicó casi 8 veces en 1965-81 (de 1 510 a 22 093 empleados) comparado con un crecimiento de casi 4 veces en el número de asegurados (una tasa de 6.2 empleados por 1.000 asegurados en 1965 y de 12.6 en 1981). Pero parte de este aumento se debió a la transferencia de los hospitales y su personal (entre 10.000 y 14.000 empleados) a la CCSS en 1973-78, y al aumento en la atención de los indigentes de un número pequeño a 100.000 otros 2.500 empleados fueron contratados en 1979-82, lo que no se justificó por un incremento proporcional ni de asegurados ni de indigentes. 83/ En 1970, 58% del presupuesto operativo de la CCSS se gastó en salarios y el porcentaje aumentó al 67% en 1978 aunque aparentemente declinó al 57% en 1982. Los salarios reales aumentaron en más de 3 veces en 1975-79 y, además, los empleados reciben beneficios adicionales muy generosos que incluían, hasta hace poco, una exención de la cotización salarial al programa de enfermedad-maternidad. Los sindicatos constantemente precionan por incrementos de salarios y beneficios y bloquean los despidos legales de personal, mientras que los médicos han frecuentemente recurrido a la huelga para conseguir sus demandas. 84/

El cuadro 16 muestra que tres cuartas partes de los egresos de seguridad social en Costa Rica se asignan al programa de enfermedad-maternidad y, si se hubieran incluido los egresos del MS, la proporción sería aún mayor. Pero debe observarse que la proporción más alta se alcanzó en 1970 y después comenzó a declinar, mientras que la proporción del gasto que va a vejez-invalides-sobrevivientes crece constantemente (se multiplicó casi 8 veces entre 1961 y 1982) como efecto del proceso de maduración del programa de pensiones, su componente fundamental. Dentro del programa de enfermedad-maternidad un porcenta-

je creciente del gasto va a las prestaciones médico-hospitalarias (de 58% en 1960 a 77% en 1979), mientras que los porcentajes que van a prestaciones monetarias y otros gastos muestran una tendencia declinante. Así pues los dos componentes más importantes y crecientes del gasto de seguridad en Costa Rica son las prestaciones médico-hospitalarias y las pensiones, y estas últimas muestran la tendencia más dinámica.

ii) Causa relacionadas con el programa de salud. Costa Rica ha salido del período de transición demográfica pues en 1980 tenía la quinta tasa de fecundidad más baja de América Latina pero como también ostentaba la tasa de mortalidad más baja de toda la región, su tasa de crecimiento de la población era sólo ligeramente inferior al promedio latinoamericano. Con el quinto índice de dependencia más bajo de la región (72.4%), la población costarricense tiene un riesgo de enfermedad proporcionalmente menor que en la mayoría de los países latinoamericanos y la carga del costo de salud debía ser también menor.

Una de las principales causas del rápido incremento del costo de la seguridad social es el fuerte predominio de la medicina curativa e intensiva en capital (operada por la CCSS) sobre la medicina preventiva y de atención básica de la salud (operada por el MS). En 1980, la relación de los gastos en la medicina curativa sobre los de la preventiva fue de 4 a 1 y mientras que la CCSS gastó el 70% del total de egresos de salud el MS sólo gastó el 17%. En 1982, el costo por cabeza de los cubiertos por la CCSS (asegurados y asistenciales) era de 2.180 colones (el doble que en 1978) mientras que sólo era de 65 colones en los cubiertos por el MS. Un documento oficial de la CCSS afirma que los programas de atención básica, inmunización y nutrición infantil del MS han hecho más por reducir la mortalidad y morbilidad en Costa Rica, que los programas curativos de la CCSS que tratan enfermedades degenerativas y cardiovasculares. 85/ El director del mejor hospital infantil en el país ha probado que el factor más importante en la reducción de la mortalidad infantil ha sido el control de enfermedades infecciosas en su mayoría prevenibles mediante vacunación y medidas sanitarias. 86/ Y el Ministro de Salud ha comparado la falta de equipo básico y medicinas en extensas áreas rurales con el equipo ultramoderno y de alta tecnología que abunda en la capital para tratar un número pequeño de pacientes. 87/

Parte del problema es que en Costa Rica se ha operado un cambio en el perfil patológico: la mayoría de las causas de muerte no son las "enfermedades del subdesarrollo" (vr.gr., infecciones, gastrointestinales) cuya erradicación es relativamente fácil y poco costosa, sino las "enfermedades del desarrollo" (vr.gr., cáncer, infartos, embolias) que son mucho más difíciles de tratar y requieren un gasto considerablemente

mayor. Pero los altos costos también son el resultado de desperdicio e ineficiencia. Los nuevos hospitales, financiados por el BID en la segunda mitad de la década del 70 y principios de la del 80, no siempre fueron construídos siguiendo criterios de necesidad funcional sino con considerable desperdicio en espacio y detalles decorativos. Por otra parte algunos de los hospitales antiguos necesitan urgentemente reparaciones y equipo básico. 88/ La tasa nacional promedio de ocupación en los hospitales de la CCSS aumentó de 72 a 78% en 1976-79, una mejoría notable en eficiencia pero, en el último año, 11% de los hospitales tenían tasas de ocupación entre 50 y 59%. La reorganización de la atención médica infantil (vr. gr., descentralización, hospitalización selectiva) unida a medidas preventivas hizo posible la eliminación de un número considerable de camas en hospitales pediátricos pero este modo no ha sido imitado en la atención a los adultos. Se estima que con excepción de los hospitales pediátricos y ginecológicos, el volumen de atención médica requerida en la década del 80 crecerá mucho más rápido que la población. Por último, 10% del gasto de salud es en productos farmacéuticos y existe evidencia de excesos innecesarios en la receta y consumo de los mismos, así como de un control deficiente en su suministro. 89/

Antes de concluir la discusión de los factores relacionados con salud que inducen un alto costo de la seguridad social debe mencionarse que parte de los costos registrados por la CCSS se deben a que otros organismos (Estado, INS, AF) responsables de financiar la atención médico-hospitalaria de los no-asegurados bajo la CCSS, no sufragan todo el gasto de dicha atención. De los 177 699 no asegurados atendidos por la CCSS en 1982, el 72% eran indigentes a cargo del Estado y el 28% restantes eran pensionados sin recursos a cargo de A.F. Un estudio comparativo de todos los usuarios de servicios de salud en 1980, demostró que los indigentes tenían tasas entre 1.5 y 12 veces más altas que los asegurados, en admisión hospitalaria, promedio de días de estancia hospitalaria, exámenes de laboratorio y medicinas. Por otra parte, los pensionados a cargo del Programa de Asignaciones Familiares tenían tasas que fluctuaban de 1.5 a 3 veces las de los asegurados. Además los dos grupos de no-asegurados tenían un porcentaje más alto que los asegurados en admisión hospitalaria por enfermedades de tratamiento largo y complejo. Obviamente los no-asegurados, que tienen el ingreso más bajo, sufren una incidencia más alta de enfermedades y, como no pueden pagar por atención privada, descansan por entero en los servicios de la CCSS. Cifras de esta última permiten calcular que, en 1980, el costo de la atención por cabeza de los no-asegurados era el doble que la de los asegurados, aunque esa diferencia se redujo algo en 1981-82. Este cálculo no revela toda la magnitud del problema puesto que la CCSS no lleva un récord de todos los no-asegurados atendidos, ni del costo completo de los servicios correspondientes y, aparentemente,

subestima dicho costo. El Estado y las AF no han cumplido siquiera con sus obligaciones para cubrir el costo estimado por la CCSS para la atención de los no-asegurados: la deuda estatal acumulada por este concepto en 1977-1982 se aproximaba a 1.000 millones de colones (la mitad de la deuda total) y ésta no incluía la deuda de las AF. 90/ Un problema similar ocurre con los asegurados del INS atendidos -por convenio- en instalaciones de la CCSS. Se estima que el 95% de los casos de hospitalización de dichos asegurados (emergencias y cirugía mayor) son atendidos por la CCSS y ésta reclama que el costo real de los servicios excede el estimado convenido. El INS dice estar dispuesto a revisar el estimado y argumenta que el problema se debe a deficiencias en las técnicas contables de la CCSS. 91/

A pesar de su importancia obvia, hasta 1983 no se efectuó un estudio de costos comparativos de la atención de la salud por la CCSS, el MS, el INS y el sector privado. INS mantiene que la consulta y cirugía menor en sus instalaciones es menos costosa que en la CCSS y esta razón es lo que explica la transferencia de estos servicios que en 1977 eran suministrados por la CCSS.

iii) Causas relacionadas con el programa de pensiones.

En cuanto al costo del programa de pensiones, Costa Rica tiene una doble ventaja sobre los países pioneros: un programa más reciente y, por tanto, menos maduro, y una población más joven. Como se requieren 34 años de contribución para retirarse con 57 años de edad (aunque 20 con 60 años y 10 con 65 años) y el programa comenzó en 1941, no hay aún un número grande de pensionistas por vejez, aunque sí por invalidez. Como muestra el cuadro 17, la proporción de la población mayor de 65 años era de 3% en 1960 y sólo había aumentado a 3.6% en 1980, una proporción más baja que la de los países pioneros y similar a la de México y Perú. Por el lado del ingreso, en 1960-1980 Costa Rica extendió la cobertura de pensiones mucho más rápido que en los países pioneros y la eliminación de los topes salariales (primero de incorporación y después de contribución) resultó en un incremento notable de ingresos que probablemente compensó por la extensión de la cobertura a grupos de bajo ingreso. Por último, hasta la década del 80 Costa Rica tuvo un porcentaje bajo de desempleo y los salarios se ajustaron a la inflación.

Pero muchas de las ventajas anteriores han ido gradualmente desapareciendo o se compensan en parte con factores de signo contrario. El cuadro 8 indica que el cociente de carga demográfica aumentó de 0.031 en 1970 a 0.078 en 1982 y no lo hizo más rápido por la aceleración de la cobertura. (El cociente de carga demográfica es probablemente mayor si se tienen

en cuenta los fondos independientes de pensiones -que agrupan una tercera parte de los pensionados- porque la mitad de dichos fondos fueron creados antes de la CCSS y ellos tienen condiciones de retiro más flexibles). Pero el cuadro muestra tasas decrecientes en el crecimiento de la PEA mientras que el crecimiento de los asegurados activos en pensiones, después de acelerarse en 1965-1980, decayó bruscamente en 1981-1982. Esto pudo ser debido en parte a una razón conyuntural, la recesión económica que afectó al empleado, pero también a una tendencia esperada, o sea, la disminución lógica de la tasa de crecimiento de los activos asegurados según el sistema se aproxima a la cobertura universal. Es importante, además, que la población en edad productiva en Costa Rica (15 a 64 años) es menor que la de los países pioneros.

A mediados de la década del 70 el programa de pensiones comenzó a madurar y el cuadro 16 muestra que a medida que se incrementa el número de pensionados también aumenta la proporción del gasto de seguridad social destinado a las pensiones: de 2.7% en 1961 a 22.7% en 1982 (nótese que el porcentaje se duplicó entre 1970 y 1975 y casi volvió a duplicarse entre 1975 y 1982). No sólo hay un número mayor de pensionados mantenido por un número relativamente menor de asegurados activos contribuyentes sino que, además, los pensionados viven más años: en 1980 se estimó que el 73% de los hombres y el 82% de las mujeres llegarían a los 65 años, la segunda proporción más alta en América Latina. En 1950-1955 la esperanza de vida a los 60 años era de 15 años para los hombres y 16 para las mujeres y debió ser aún menor cuando se estableció el programa de pensiones en 1941. En 1975-1980 la esperanza de vida para esos cohortes había aumentado más de 2 años para los hombres y casi 4 años para las mujeres y, si se toman los cohortes de 55 años (ya que es posible retirarse a los 57 años) los aumentos respectivos fueron de 3 años y más de 4 años. ^{92/} Estos aumentos sobrepasaron las proyecciones de los demógrafos pero ignoramos si fueron incorporados por los actuarios. En todo caso el cociente de carga demográfica de Costa Rica es aún muy pequeño y el gasto dedicado a pensiones es mucho menor que en los países pioneros. Por otra parte, debe recordarse que más de un 40% de los fondos de reserva del programa de pensiones se ha utilizado para subsidiar el programa de enfermedad-maternidad y, aunque esos préstamos se amortizaran y se pagara el debido interés, nunca se recuperaría la pérdida resultante de haber colocado los fondos con una rentabilidad bajísima o negativa. La decapitalización del fondo al tiempo que madura el programa de pensiones sugiere que no se podría hacer frente bajo las condiciones originales, a las obligaciones crecientes por pensiones.

Un último factor, de gran importancia en el incremento del costo de las pensiones, es que éstas se han ajustado consistentemente con la inflación, algo inusual en América Latina especialmente en la última década. El cuadro 18 muestra que, con excepción de los años 1975, 1978 y 1980, las pensiones reales aumentaron su valor y en 1981 casi habían duplicado el nivel de 1970. No obstante debe tenerse en cuenta que el costo de las pensiones en Costa Rica representa un porcentaje relativamente pequeño en el gasto de seguridad social, por lo que el ajuste de las pensiones tiene un peso muchísimo menor en el gasto que en los países pioneros.

La crisis económica de fines de la década del 70 y su agravación a comienzos de la década en curso ha acentuado los problemas financieros de la seguridad social costarricense: el desempleo creció de 4.1% en 1979 a 9.9% en 1982 y la evasión también ha aumentado (estos dos factores pueden explicar la caída en la cobertura poblacional en 1981 como muestra el cuadro 8); la mora se ha agravado y el Estado incumplió con sus obligaciones al menos hasta 1982; los salarios reales cayeron 44% entre 1979 y 1982 reduciendo los ingresos de seguridad social; y la inflación aumentó en 180% en el mismo período con un impacto significativo en los costos. 93/ Todo esto, a su vez, debe haber producido un incremento en el número de receptores de programas de asistencia social incrementando los costos del sistema. Los cuadros 13 y 18 indican, sin embargo que hasta 1981 no se había registrado ni un estancamiento ni un deterioro en los niveles de salud y en el valor real de las prestaciones, aunque es posible que esto haya ocurrido en 1982-1983 (en estos años es cuando se produjo el deterioro más fuerte de los salarios reales).

d) Medidas para reducir el gasto

Ya hemos resumido las medidas tomadas por el Plan de Emergencia de la CCSS en cuanto al ingreso, aquí nos referiremos al esfuerzo por reducir el gasto. El Plan congeló el empleo y prohibió la sustitución de personal en vacaciones o con licencias e introdujo el retiro forzoso a los 60 años y estimuló renuncias voluntarias con pago de la indemnización, con lo que redujo 1.500 empleados. Además se ordenó un estudio para determinar el personal innecesario o subutilizado. Sin embargo, hasta mediados de 1983 no se había decidido ningún despido masivo de personal debido al alto nivel de desempleo nacional, la segura oposición sindical y el costo económico considerable de la indemnización por despido. El plan también suprimió numerosos beneficios marginales del personal: exención del pago de la cotización salarial para enfermedad-maternidad, pago de tiempo extra, subsidio de vivienda gratuita para los que prestan el servicio social, becas de estudio

al extranjero y bonos por título universitario; también redujo las comidas subsidiadas. Por otra parte una huelga de médicos en 1982, que duró 45 días, resultó en incrementos salariales que en gran medida compensaron los ahorros anteriores. 94/

Otras medidas para reducir los gastos incluyen: la prohibición a los hospitales de comprar medicinas directamente en el mercado, la reducción del número de medicinas de la lista básica, el desarrollo de la producción doméstica de algunos productos farmacéuticos, la importación de materias primas para ser procesadas domésticamente, la eliminación de prestaciones generosas (como lentes de contacto y ortodoncia), el reciclaje de artículos desechables y la prohibición de compras de vehículos y la duplicación de equipo costosos. Se ha considerado también la posibilidad de cerrar algunas instalaciones y congelar el número de camas hospitalarias: un estudio de las necesidades de salud hecho en 1981 proyectó que había suficientes camas hospitalarias para satisfacer la demanda hasta 1985 si el porcentaje de ocupación se aumentase al 95%. Por último si se cumplen las metas de cambiar el énfasis de la medicina curativa e intensiva de capital a la medicina preventiva y de atención básica, así como integrar completamente todos los servicios, deberá haber ahorros importantes en los costos. 95/

La USAID está financiando un programa de asistencia técnica a la CCSS para mejorar sus prácticas administrativas, como programación de compras, control de inventarios, análisis de costos en las unidades productivas, control de pagos, elaboración de presupuestos, mecanización de información e integración de la contabilidad y el presupuesto. El BID en colaboración con la OPS está también considerando un préstamo para mantenimiento de hospitales y otras instalaciones. 96/

Un estudio computarizado conducido por la CCSS en 1983 estima y compara indicadores seleccionados para evaluar el costo de los servicios de distintos usuarios (asegurados, indigenes pagados por el Estado, pensionados pagados por la AF, pacientes del INS y pensionistas pagos) a fin de proveer una base sólida para reajustar el costo de los servicios provistos por la CCSS a otras instituciones.

Por último se están haciendo algunos experimentos y estudios para transferir parte de los costos al sector privado o incorporar a éste para aumentar la eficiencia. En 1982-83 la CCSS introdujo dos convenios con el sector privado: i) las empresas privadas contratan un médico y le proveen con la infraestructura necesaria (oficina, enfermera) mientras que la CCSS da los servicios de apoyo (laboratorio, medicinas); y ii) el asegurado paga su consulta privada y la CCSS provee los servicios de apoyo. El INS vende un seguro de gastos médicos

mayores con el cual el asegurado puede seleccionar el médico/hospital y después ser reembolsado en un 60 a 80% del costo de acuerdo con una tarifa preestablecida.^{97/} Los médicos están considerando crear cooperativas si se introducen más incentivos privados por la CCSS, entre ellos el reembolso de una parte del costo de la consulta privada, lo que reduciría el cuello de botella más grave en la CCSS y daría empleo a los médicos. Estos tenían antes una actitud contraria a la medicina privada, pero el incremento en el número de médicos existentes (se proyecta un excedente de 1.000 médicos para 1987), la crisis económica, la congelación de plazas en la CCSS y la caída en el ingreso real de los médicos los ha forzado a cambiar su posición.^{98/} Por último en 1983, el Director Ejecutivo de la CCSS visitó el Reino Unido para estudiar los experimentos en materia de atención a la salud, entre ellos el pago a los médicos de acuerdo con el número de familias registradas (no de acuerdo al número de consultas y el pago parcial del médico por el paciente.^{99/}

Otras medidas que podrían introducirse para reducir costos serían: i) la fusión de todos los fondos independientes de pensiones a la CCSS y consiguiente uniformización de las condiciones de adquisición de derecho, eliminando los costosos privilegios que disfrutaban esos fondos; ii) la eliminación del retiro a los 57 años fijando una edad mínima, al menos, de 60 años, así como la fijación de una edad mínima a la viuda para obtener el derecho a pensión y la eliminación de hermanos y hermanas como posibles beneficiarios; y iii) la eliminación del personal innecesario teniendo en cuenta que las necesidades de los asegurados deben tener prioridad sobre las de los empleados; éstos podrían ser reentrenados para otros empleos.

6. El impacto de la seguridad social en el desarrollo

No existen estudios en Costa Rica sobre el impacto de la seguridad social en el ahorro/inversión y en el empleo, aunque sí en la distribución del ingreso.

a) Ahorro e inversión

El programa de pensiones de la CCSS al ser reciente y usar el régimen de prima media uniforme (también el programa de riesgos profesionales del INS) generó un excedente notable. Pero una parte importante de ese excedente se usó principalmente para subsidiar el consumo en el programa de enfermedad-maternidad (aunque también puede haberse utilizado para la construcción de hospitales). Desde mediados de la década del 70 el excedente en el programa de pensiones se compensó con déficit en el programa de enfermedad-maternidad dando lugar básicamente a un equilibrio financiero, o sea, no generó un excedente neto (ver cuadro 12). La carga relativamente pesada que paga el asegurado y la relativa solvencia del sistema (al menos hasta la

década del 80) pueden haber reducido el incentivo para el ahorro individual. Si como se sugirió en la sección 4, el grueso del financiamiento recae realmente en el empleador, esto debe tener un impacto más negativo en la inversión que si incide sobre el asegurado o el consumidor. Por último, hasta 1982 los fondos de reserva de pensiones fueron utilizados en subsidiar el gasto de salud y probablemente en cubrir déficit en el presupuesto estatal (a principios de la década del 80, un 75% de la inversión se destinaba a préstamos al programa de enfermedad-maternidad y al Estado) por lo que el impacto en la inversión debe haber sido probablemente pequeño. A partir de 1982, sin embargo, los fondos de pensiones se colocaron en depósitos bancarios y en el mercado de capitales incrementando se el impacto en la inversión y su rentabilidad.

b) Empleo

Con respecto al impacto en el empleo ya se ha indicado que, legalmente, dos terceras partes de la cotización salarial son pagadas por el empleador (casi un 23% sobre la nómina). Debido a la avanzada legislación laboral protectora de salarios mínimos y otras condiciones de trabajo, así como la militancia de los sindicatos y otras rigideces institucionales y económicas, pudiera asumirse que el empleador paga la mayor parte de la cotización salarial y, por tanto, el empleador posiblemente reduce la demanda de trabajo o transfiere la carga al consumidor. Si esta interpretación es correcta, el aumento del desempleo en la década del 80 (de 4.1% en 1979 a 9.9% en 1982) debía ser un elemento a considerar para no seguir aumentando la cotización del empleador y, sería contraproducente, crear una nueva contribución a pagar por el empleador para establecer un seguro de desempleo. Pero, de nuevo, esta es una materia que requiere un estudio profundo.

c) Distribución del ingreso

El impacto de la seguridad social en la distribución del ingreso parece ser ligeramente progresivo especialmente desde que se eliminaron los topes sobre la cotización salarial, se extendió la cobertura, y se crearon programas de asistencia social que otorgan pensiones y atención de salud a los grupos más bajo ingreso. Desde el lado del financiamiento, la cotización del asegurado es posiblemente neutra y la del Estado es posiblemente neutra o progresiva pues parte de ella proviene de impuestos que gravan bienes suntuarios, pero si el grueso del financiamiento proviene del empleador y éste la transfiere al consumidor o reduce la demanda de trabajo, el impacto global del financiamiento quizás sea regresivo. Por el contrario las prestaciones probablemente tienen un impacto progresivo por la universalidad del sistema, la atención a los indigentes y el hecho que el grueso del gasto va al programa de enfermedad-

maternidad que, usualmente, tiene un impacto más progresivo en la distribución que el programa de pensiones. Posiblemente el impacto neto del sistema sea neutro o ligeramente progresivo.

El primer estudio sobre este tema se efectuó en 1973 y midió sólo el impacto del programa de enfermedad-maternidad de la CCSS en la distribución del ingreso personal. A más de que este estudio tiene serias definiciones, se llevó a cabo antes de que se eliminaran los topes a la cotización salarial, se completara la extensión de la cobertura y se introdujeran los programas asistenciales. No obstante, el estudio mostró que el impacto neto era ligeramente progresivo, una transferencia de 2.1% del 2% de la población con más alto ingreso y de 0.2 del 20% siguiente, que se transferían como sigue: un 1.2% al 20% de más bajo ingreso, un 0.7% al 20% siguiente y el restante 0.4% al 20% intermedio.^{100/} El segundo estudio se condujo en 1978 (cuando se habían introducido las reformas progresivas indicadas arriba) y midió el impacto de los programas de salud (incluyendo no sólo la CCSS sino también el MS y la AF) en el ingreso familiar, por lo que no es comparable con el anterior. El impacto del financiamiento resultó regresivo ya que las familias en la mitad de la población con más bajo ingreso contribuían 3.6% más que la mitad con ingreso superior. Por el contrario, el impacto del sistema total era francamente progresivo aunque menos si se limitaba al programa de la CCSS: en el sistema total el 50% más pobre recibía 6.3% más que en la CCSS mientras que el 10% de más alto ingreso recibía 1.3% menos en el sistema total que en la CCSS. El efecto neto del sistema total era ligeramente progresivo (pero más que en 1973) con una transferencia de 2.3% del 30% de ingreso superior que en su mayoría se transfería al 30% de ingreso inferior. (Ver cuadro 19). Debe apuntarse, sin embargo, que si el estudio hubiera incluido el programa de pensiones de la CCSS y el de los fondos independientes se hubiera probablemente reducido el impacto progresivo del sistema.

Se ha mantenido, con razón, que la transferencia del 2.3% del ingreso familiar por medio del programa de salud en Costa Rica es más progresiva de lo que luce en el cuadro 19 por varias razones: i) el gasto total de salud es pequeño para tener un impacto muy significativo en la distribución del ingreso; ii) si se comparan la distribución del ingreso con la distribución del gasto de salud la segunda es mucho más progresiva que la primera; y iii) probablemente el gasto de salud per cápita en los deciles de más bajo ingreso es mucho mayor que en los deciles de más alto ingreso.^{101/} Otro argumento menos válido es el que plantea que la referida transferencia puede prácticamente eliminar o reducir notablemente el déficit de pobreza crítica (vr.gr., la transferencia anual del PIB necesaria para eliminar a la pobreza crítica) que se estimaba en 2.7% en 1980.

Este argumento, sin embargo, no tiene en cuenta que: i) la transferencia del 2.3% del ingreso familiar es substancialmente menor que la necesaria transferencia del 2.7% del PIB; ii) el programa de salud sólo transfiere 0.6% del ingreso familiar al 20% de la población en el estrato de más bajo ingreso (el déficit de pobreza se refiere al 22% de la población); iii) el déficit de pobreza sólo se refiere a transferencias corrientes y al gasto privado, por tanto excluye gastos de inversión y otros componentes del gasto del programa de salud; y iv) la transferencia del programa de salud posiblemente satisface necesidades por encima de las básicas que son las únicas consideradas en el déficit de pobreza. 102/

Es imposible analizar el impacto en la distribución de las medidas introducidas por la CCSS en 1982-83 para aumentar los ingresos y reducir los egresos del sistema. Este aspecto como otros discutidos en esta sección demandan un estudio a fondo que permita evaluar más acuciosamente las repercusiones de la seguridad social, a los efectos de programar más eficientemente sus políticas.

Capítulo III

. CUBA

Como uno de los países pioneros, a fines de la década del 50, Cuba tenía uno de los sistemas de seguridad social más desarrollados de la región y ocupaba los primeros lugares en niveles de salud. Pero el sistema sufría de estratificación extrema, desigualdades irritantes y grave desequilibrio financiero, a más de que dejaba fuera de protección al sector más necesitado.

El avance de la seguridad social cubana en el último cuarto de siglo constituye uno de los logros más relevantes del proceso revolucionario; entre las mejoras más notables se encuentran: la creación de un sistema nacional de salud de ámbito universal que ampara a toda la población residente; la extensión de la cobertura del programa de pensiones de un 63 a un 93%; la unificación y uniformidad del programa de pensiones eliminando sus desigualdades extremas; la integración del sistema de salud; la reducción de los gastos administrativos y la simplificación del sistema; y el apoyo financiero substancial y constante del Estado. En cuanto a servicios y niveles de salud, Cuba se coloca en segundo lugar de América Latina en la disponibilidad de médicos y camas de hospital para la población, en primer lugar en la esperanza de vida, y ocupa, con Costa Rica, el primer lugar en cuanto a la más baja mortalidad infantil.

Sin embargo Cuba comparte dos de los problemas típicos de los países pioneros: el altísimo costo de la seguridad social y su desequilibrio financiero. El gasto de seguridad social como porcentaje del PIB se duplicó en 1958-1971 (del 6 al 12%) y, aunque luego descendió, en 1980 era el cuarto más alto de América Latina. Desde mediados del decenio del 70 la seguridad social arroja un déficit creciente el que en 1980 equivalió a casi la mitad de los ingresos de seguridad social (el segundo más alto de la región) y tomó el 1.6% del PNB. Este desequilibrio ha sido el resultado de la universalización de la cobertura poblacional, la generosidad de las prestaciones y liberalidad en sus condiciones de adquisición, la maduración del programa de pensiones y un sistema de atención de la salud que -aunque enfatiza más la medicina preventiva que la mayoría

de los países de la región- descansa aún en una medicina curativa altamente intensiva en capital.

La seguridad social se financia con un porcentaje de cotización salarial pagado por la empresa, obviamente insuficiente para financiar el sistema. Las posibilidades de restablecer el equilibrio mediante el incremento de ingresos parecen ser remotas y las escasas medidas tomadas en los últimos años han tratado de reducir el costo de las prestaciones monetarias: postergación temporal de pensiones, eliminación del pago de prestaciones equivalentes al 100% del salario base, erosión del valor real de las pensiones. Estas medidas no han conseguido eliminar el déficit por lo que otras más drásticas deberían ser estudiadas, como el establecimiento de condiciones más estrictas de adquisición del derecho a las prestaciones monetarias y el cambio en el enfoque del sistema de salud a fin de mejorar su eficiencia y reducir su alto costo.

Paradójicamente aunque Cuba tiene uno de los mejores sistemas de seguridad social de América Latina, la información estadística y estudios técnicos de que se dispone sobre el mismo, son de los más escuetos. Es importante mejorar este aspecto no sólo para proporcionar una mayor difusión y análisis de un modelo único en la región, sino además para poder diseñar políticas más efectivas a fin de resolver sus problemas remanentes.

1. Evolución histórica

a) El sistema estratificado

Cuba es uno de los países pioneros de la seguridad social en la región y, aunque ésta alcanzó un desarrollo notable antes de la Revolución, lo hizo en una forma estratificada con desigualdades extremas y agudo desequilibrio financiero.¹⁰³ Entre 1913 y 1958 se crearon 52 fondos de pensiones autónomos: 21 cubrían a trabajadores asalariados en el sector privado (bomberos y empleados), 20 protegían a profesionales, y 11 amparaban a empleados y obreros en el sector público. (Ver cuadro 20) Cada fondo cubría un grupo de asegurados en una profesión, oficio o sector (vr.gr., ferroviarios, azucareros, periodistas, abogados, médicos, militares) y tenía su propia legislación, administración, recursos financieros y prestaciones, sin que existiera coordinación entre ellos y mucho menos una transferencia de fondos. Los grupos de presión más poderosos (vr.gr., congresistas, gobernadores y alcaldes) generalmente tenían los fondos más solventes y las prestaciones más generosas, mientras que los grupos menos poderosos (vr. gr., choferes, barberos) tenían los fondos más chicos y los peores beneficios. El Estado, mediante impuestos especiales o la renta general contribuía sustancialmente al financiamiento de los fondos mayores pero

no aportaba o la hacía con más frugalidad o con mora a los fondos más chicos. Las diferencias en las condiciones legales eran notables; por ejemplo, la pensión máxima fluctuaba entre 60 y 400 pesos mensuales y las mínimas entre 30 y 200 pesos mensuales (en algunos casos se pagaban pensiones inferiores al mínimo); unos fondos permitían el retiro con 45 años de edad y 15 de empleo, otros requerían 60 años de edad y 30 de empleo y unos pocos autorizaban el retiro con 30 años de empleo y cualquier edad. Se ha estimado que todos los fondos cubrían entre un 55 y un 63% de la PEA, el segundo o tercer porcentaje más alto de la región en 1958, pero dejando al descubierto a los grupos más necesitados: el grueso de los trabajadores agrícolas (sólo los sectores con fuertes sindicatos -como el azúcar, el tabaco y la ganadería- estaban cubiertos), la mayoría de los trabajadores por cuenta propia (especialmente marginales urbanos en servicios, y agrícolas) y los servidores domésticos.

No existía un seguro de enfermedad común, aunque, como en otros países (vr. gr., Argentina y Uruguay), se había desarrollado una importante red urbana de clínicas mutualistas y cooperativas no lucrativas, suplementadas por hospitales públicos y clínicas privadas. Como en el caso de las pensiones, el sector de más bajo ingreso -especialmente en zonas rurales- no tenía atención de salud o recibía la de más baja calidad. Los funcionarios públicos tenían derecho a una licencia por enfermedad de un mes con salario completo (más otro mes con la mitad del salario), mientras que los trabajadores en el sector privado tenían sólo 9 días de licencia por enfermedad y la obligación legal no siempre se ejecutaba, especialmente en el sector agrícola no sindicalizado. Todas las trabajadoras con empleo estaban cubiertas por el seguro de maternidad establecido en 1934 que concedía licencia con salario y prestaciones de salud, mientras que las esposas de los asegurados tenían derecho a la atención médico-hospitalaria. Aunque Cuba no tuvo un seguro de enfermedad temprano -como Chile, Perú, México o Costa Rica- sus niveles generales de salud estaban entre los más altos de la región (ver cuadro 25, superando a los de los países citados y similares a los de países más avanzados como Argentina y Uruguay. No obstante, las diferencias entre los sectores urbanos y rurales eran muy acentuadas, así sólo había un hospital rural en 1958 y el 60% de los médicos y de las camas de hospital se ubicaban en la ciudad de la Habana que tenía un 20% de la población.

Toda la fuerza laboral estaba legalmente cubierta contra riesgos profesionales desde 1916, a través del seguro comercial manejado por 25 compañías privadas que cobraban altas comisiones y a menudo cometían abusos en sus arreglos con los accidentes.

Aunque nunca se midió rigurosamente el efecto de la seguridad social en la distribución del ingreso, se ha considerado que era regresivo. Los fondos que cubrían a los grupos de más alto ingreso tenían una cotización más baja del asegurado y una contribución sustancial del Estado, mientras que los fondos que cubrían a los grupos de más bajo ingreso tenían una cotización más alta del asegurado y una contribución nula o magra del Estado. La mitad o la tercera parte de la población no asegurada, contribuía mediante impuestos a la cobertura de los asegurados y no recibía del sistema nada en cambio. La reserva de los fondos de pensiones, especialmente la de los asalariados privados, estaba en su mayoría invertida en valores del Estado -usualmente utilizados para cubrir déficit presupuestales- los que además de tener un valor real ínfimo abonaban un rendimiento muy bajo. El Estado además no cumplía con muchas de sus obligaciones financieras con los fondos de pensiones. Alrededor de la mitad de estos fondos tenían déficit contables (varios tuvieron que prorratear los pagos de prestaciones) y sólo un 10% seguía prácticas actuariales sólidas. En 1957 la auditoría (Tribunal de cuentas) predijo que todos los fondos, con pocas excepciones, enfrentarían una crisis severa y la insolvencia en el futuro próximo.

Entre 1944 y 1957 se efectuaron no menos de ocho estudios sobre la seguridad social en Cuba y prácticamente todos recomendaron su reforma en base a la unificación. Uno de ellos, elaborado en 1950, como parte de un informe general del Banco Mundial sobre la economía cubana, aconsejó la creación de un organismo único en la administración, legislación uniforme, eliminación de impuestos regresivos y realización de balances actuariales 104/. Otro, el más comprensivo y técnico, efectuado por una misión de la OIT, se concentró en los programas de pensiones y recomendó la unificación de los fondos del sector público y soluciones alternativas para los fondos del sector privado que iban desde la unificación total -bajo un organismo autónomo- hasta el mantenimiento de los fondos aunque con medidas de coordinación y reforma.105/ Pero los grupos de presión se opusieron sistemáticamente a la reforma y el Estado no fue capaz de actuar para corregir la estratificación, desigualdades y crisis financiera del sistema.

b) Unificación y uniformidad del sistema

La Revolución reforzó los poderes del Estado y debilitó a los grupos de presión, haciendo así posible un proceso gradual de unificación y uniformidad del sistema. Los distintos programas y fondos fueron absorbidos por el Estado en varias etapas: en 1959 los fondos de pensiones de trabajadores asalariados privados; en 1960 los fondos de pensiones del sector público y el seguro de maternidad; y en 1962 los fondos de pensiones de profesionales y el seguro contra riesgos profesionales.

Estos programas cesaron de ser autónomos y pasaron a ser directamente administrados por el Ministerio del Trabajo. Este uniformó la contribución y estableció un mínimo general para todas las pensiones (40 pesos en 1960 y 60 pesos en 1969), lo cual representó un incremento sustancial para un sector amplio de la población con bajos ingresos. Una reforma constitucional otorgó al Ejecutivo poder para prestar los fondos de reserva a programas nacionales de desarrollo económico-social como la reforma agraria y la vivienda. En el sector de salud la estatización total de los hospitales privados y de las clínicas mutualistas y cooperativas se llevó a cabo en el decenio de 1960 y se unificó bajo el Ministerio de Salud Pública (MINSAP). También se estatizó la incipiente industria farmacéutica y, a partir de 1965, todos los médicos comenzaron a prestar un juramento en su graduación en que prometen renunciar a la práctica privada de la profesión.

La uniformidad y extensión de la cobertura del sistema de seguridad social se realizó con una ley de 1963 que: universalizó la cobertura en pensiones a toda la fuerza laboral asalariada y creó el programa de enfermedad cubriendo a toda la población; estableció la responsabilidad exclusiva del Estado en el financiamiento de la seguridad social; y uniformó las condiciones para adquirir las prestaciones y la forma de calcularlas. Disposiciones legales subsiguientes regularon las condiciones de las pensiones y otras prestaciones monetarias para grupos especiales: en 1964 los profesionales, trabajadores por cuenta propia, pequeños empresarios y miembros de cooperativas pesqueras y carboníferas; en 1966 los granjeros privados que por edad o incapacidad venden sus tierras al Estado; en 1976 las fuerzas armadas; y en 1983 los miembros de cooperativas agrícolas de producción. Además en 1974 y 1977 se introdujeron normas unificadas para maternidad y riesgos profesionales. Por último, una ley de 1979 -actualmente en vigor- integró todo el sistema de seguridad social que quedó bajo la administración del Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social (CETSS) el cual sustituyó al Ministerio del Trabajo^{106/} (Ver el cuadro 20).

En resumen, como en otros países pioneros, la seguridad social se desarrolló temprano en Cuba pero de manera fragmentada, respondiendo a la presión de grupos con diverso poder, lo que dio lugar a un sistema relativamente avanzado para su época pero muy estratificado y desigual, carente de coordinación. La Revolución, reforzando el poder del Estado, logró la unificación y uniformidad del sistema (con algunas excepciones) y universalizó la cobertura.

2. Estructura organizativa

El sistema actual de seguridad social en Cuba, como es típico en economías centralmente planificadas, está completamente operado por el Estado, tiene un alto grado de unidad y uniformidad y está incorporado a la planificación nacional. No obstante se informa oficialmente que existen vacíos en el proceso de planificación que requieren llenarse para lograr una mayor racionalidad y calidad de los planes y mejor evaluación de la eficacia de la gestión administrativa ^{107/} El sistema integra el seguro social, la asistencia pública y la atención a la salud aunque estos programas están a cargo de diferentes organismos estatales.

El organismo principal es el CETSS, una agencia de nivel superior a un ministerio, a cargo de todos los aspectos laborales y de la seguridad social en general, como ejecución, control e inspección. El CETSS administra el programa de pensiones de vejez, invalidez y sobrevivientes financiado por el presupuesto estatal de seguridad social y formula la política de asistencia social y controla su ejecución.

El Sistema Nacional de Salud está administrado por el MINSAP, con cargo al presupuesto estatal de salud, y cuenta con una extensa red, en todo el territorio nacional, de hospitales, policlínicos, clínicas y puestos de salud organizados en forma piramidal con varios niveles: nacional, provincial, regional y local. El sistema brinda atención médica, hospitalaria, rehabilitadora, odontológica y de medicamentos en casos de enfermedad y accidente común o laboral y de maternidad. El MINSAP no sólo está a cargo de la medicina curativa sino también de la preventiva y ambas están bien integradas. Además el MINSAP opera las instituciones asistenciales (como asilos de ancianos y de incapacitados) y las empresas de productos farmacéuticos que satisfacen la mayoría de la demanda nacional. Por otra parte, existen centros de rehabilitación laboral con su propia administración y presupuesto.

Los subsidios monetarios por enfermedad común maternidad y riesgos profesionales, así como las pensiones por invalidez parcial y pensión provisional, y el auxilio de funeral son administrados por las empresas estatales con cargo al presupuesto de seguridad social.

Los Organos de Poder Popular (OPP: agencias municipales y provinciales con participación popular) administran -con cargo al presupuesto estatal de seguridad social- pensiones provisionales a la familia de los retirados, ciertas pensiones por invalidez parcial y el auxilio de funeral. Los OPP tienen también a su cargo la concesión de prestaciones monetarias de asistencia social así como algunas en especie.

Los ministerios de las fuerzas armadas (MINFAR) e interior (MININ) administran todas las pensiones y prestaciones monetarias de estos dos grupos, con cargo a sus propios presupuestos. Estos dos grupos sólo están integrados con el resto en el Servicio Nacional de Salud.

Los trabajadores o asegurados no tienen participación directa en la administración de seguridad social salvo en los OPP. También existen consejos de trabajo que resuelven en primera instancia las reclamaciones contra decisiones de las empresas estatales en cuanto a prestaciones a corto plazo pero si la empresa no está de acuerdo con la resolución de los consejos ésta queda sin efecto y pasa a los tribunales ordinarios. Varios organismos de masas, como los Comités de Defensa de la Revolución (CDR), la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños (ANAP), la Federación de Mujeres Cubanas (FMC) y los sindicatos, participan en campañas de vacunación educación de la salud, control de enfermedades contagiosas, donación de sangre y actividades comunitarias.

El sistema de seguridad social cubano es el más unificado y uniforme de América Latina. No obstante existen regulaciones especiales más favorables para ciertos grupos y menos favorables para otros. Estas diferencias serán discutidas en las secciones siguientes.

3. Cobertura de la población

a) Cobertura legal

Cuba no publica estadísticas de cobertura poblacional de la seguridad social por lo que el análisis de esta sección se tiene que basar forzosamente en la cobertura legal 108/ De acuerdo con la ley toda la población está cubierta en el programa de enfermedad-maternidad en cuanto a prestaciones de salud en especie y servicios (no monetarias). Por otra parte, todos los trabajadores asalariados (en los sectores estatal, cooperativo y privado) están cubiertos en cuanto a prestaciones monetarias, tanto pensiones como temporales, o sea, subsidios substitutivos del salario por enfermedad o accidente (común o laboral) y maternidad. Además los familiares dependientes del asegurado tienen derecho a las pensiones de sobrevivientes y auxilio de funeral. El ámbito de cobertura familiar en pensiones es generoso (pero no tanto como en Costa Rica) incluyendo a la viuda (pero sólo con derecho a pensión por dos años si es menor de 40 años, no tiene hijos y es apta para el trabajo) y al viudo (mayor de 60 años o inválido), los hijos menores de edad y solteros (o incapacitados) y los padres. No existe seguro de desempleo ni programa de asignaciones familiares. 109/

Los miembros de cooperativas de producción agropecuaria y de cooperativas pesqueras y carboníferas que venden sus productos al Estado, aunque no son asalariados tienen cobertura obligatoria y derecho a todas las prestaciones monetarias del mismo modo que los asalariados. Los miembros de las fuerzas armadas también tienen cobertura obligatoria y derecho a todas las prestaciones monetarias pero bajo un subsistema separado del sistema general.

b) Población no cubierta

Hay tres grupos que no tienen derecho a todo o parte de las prestaciones monetarias:

i) Los propietarios de pequeñas granjas llamados "agricultores pequeños" porque poseen granjas con un promedio de 12 hectáreas y que constituyen el sector de propiedad privada más importante que queda en Cuba -si no están integrados en cooperativas de producción agropecuaria quedan excluidos de además las prestaciones monetarias. No obstante, aquellos propietarios que son viejos o están enfermos o incapacitados y venden sus granjas al Estado reciben en cambio una pensión vitalicia que al tiempo de su muerte puede ser transmitida a los familiares dependientes.

ii) Los trabajadores independientes, o sea, profesionales universitarios y no universitarios, trabajadores por cuenta propia y pequeños empresarios (sólo en el sector de servicios) tienen cobertura voluntaria en pensiones y están excluidos de las prestaciones monetarias temporales.

iii) Los desempleados, trabajadores familiares no remunerados y -aparentemente- los servidores domésticos, no tienen derecho a ninguna prestación monetaria. Los no cubiertos en prestaciones monetarias aseguratorias pueden recibir, si carecen de recursos, prestaciones de asistencia social; este es el caso de los ancianos, incapacitados, madres solteras con hijos y todos aquellos cuyas necesidades esenciales no estén aseguradas.

La ley despliega un trato diferencial puesto que excluye total o parcialmente de la cobertura obligatoria en prestaciones monetarias aseguratorias, a grupos que desempeñan una actividad que el Estado considera que debe desaparecer en la futura sociedad comunista y que se permiten en la transición socialista -apesar de que no se ajustan al ideal de las relaciones de producción- por razones prácticas. Los excluidos son aquellos que se apropian del producto de su trabajo, ya sean los propietarios de granjas o los trabajadores por cuenta propia, que el Estado permite temporalmente por su contribución a la producción pero que a largo plazo prevé que desaparezcan. La equiparación de los cooperativistas (sector intermedio entre el trabajo privado y el estatal) al sector completamente cubierto es

un incentivo para estimular la transición a un nivel considerado ideológicamente superior en las relaciones de producción.

c) Estimación de la cobertura estadística

En el cuadro 21 se ha estimado a groso modo la cobertura basándose en las disposiciones legales vigentes y en la composición de la fuerza laboral de acuerdo con los censos de 1970 y 1981 y una encuesta nacional demográfica de 1979. Se presume que la población total está cubierta por entero en enfermedad-maternidad aunque más adelante se discuten las diferencias de acceso y calidad de servicios médico-hospitalarios. Para calcular la cobertura por pensiones de la PEA en 1981 (3.617 600) se sustrajo del grupo de asegurados activos a los granjeros privados no integrados en cooperativas (124.904), a los desempleados (121 700) y a los familiares no remunerados (7.025); el residuo es la población cubierta en pensiones (3.364 000). Además, 46.511 trabajadores independientes no tenían en 1981 cobertura en prestaciones monetarias temporales y eran asegurados voluntarios en pensiones por lo que la cobertura de la PEA debe ser algo menos de los que aparece en el cuadro (91.7% si ninguno de estos trabajadores estuviera asegurado) 110/

De acuerdo con los estimados del cuadro 21, Cuba aumentó la cobertura en enfermedad-maternidad de su población total de 4.2% en 1958 (cero si sólo se consideraba en enfermedad) al 100% en 1970, la expansión más rápida y universal en toda la región. En cuanto a la cobertura de la PEA se aumentó de casi 63% en 1958 a 93% en 1981, colocándose en el segundo lugar de la región y alcanzando también una cobertura universal si se tiene en cuenta el programa de asistencia social. Cuba es uno de los pocos países en América Latina en que el grupo de pobreza crítica está cubierto por el sistema de seguridad social 111/

d) Factores estructurales determinantes

En Cuba se sustituyó en el decenio del 60, el antiguo modelo bismarckiano de seguro social por el de seguridad social. Por cuanto esta última se financia básicamente por contribuciones de las empresas estatales, pudiera considerarse que no existen las barreras a la extensión de la cobertura típicas del régimen de cotización tripartita. Pero de hecho Cuba no incluye en la cobertura de prestaciones monetarias (o la hace voluntaria) a los sectores no asalariados que son los típicamente excluidos por otros países con financiamiento tradicional. Así pues, como en el caso de Costa Rica, la alta cobertura y rapidez de la extensión en Cuba fue facilitada por un altísimo porcentaje de trabajadores asalariados (el más alto de la región: 92% en 1981) y porcentajes bajísimos de trabajadores por cuenta propia y granjeros privados (4.4%), trabajadores sin

paga para un familiar (0.2%) y desempleados (3.4%). Además Cuba es un país relativamente pequeño, con una excelente red de comunicaciones y un porcentaje de urbanización muy alto (6.9). Pero estas características estructurales favorables no restan importancia al logro notable que representa alcanzar la universalidad en la cobertura de salud en menos de una década.

e) Diferencias en la cobertura poblacional

Debido a la alta universalidad, unidad y uniformidad del sistema de seguridad social cubano, las diferencias de cobertura entre ramas ocupacionales y unidades geográficas probablemente son pequeñas. Desgraciadamente esto no se puede comprobar, como en otros países, debido a la carencia de estadísticas de cobertura en Cuba. Como alternativa hemos estimado en el cuadro 22 las diferencias en las prestaciones monetarias y servicios de salud entre las 15 provincias de Cuba en 1982. El cuadro muestra que la provincia Ciudad de la Habana (la más desarrollada y urbana que concentra el grueso de la industria y los servicios) recibe el doble de las prestaciones por cabeza y tiene casi seis veces el número de médicos por 10.000 habitantes y casi tres veces el número de camas de hospital por 1.000 habitantes que la provincia de Granma (una de las más rurales y subdesarrolladas). Otras provincias rurales y agrícolas, como las Tunas, Holguín y Guantánamo tienen índices muy inferiores a la Habana y otras provincias más urbanas e industriales. No obstante, en el decenio del 60, Cuba llevó a cabo con éxito un programa para desarrollar servicios médico-hospitalarios en zonas rurales, reduciendo notablemente las diferencias: en 1978 existían 57 hospitales rurales y la concentración de camas y médicos en la Habana se había reducido del 60% a respectivamente el 39 y el 36% para un 21% de la población. Además -como ya se apuntó en el caso de Costa Rica- cierta concentración de servicios médico-hospitalarios en la capital y ciudades más populosas es explicable por la ubicación en aquéllas de los niveles superiores de atención que legalmente sirven a toda la población.

En cuanto a las desigualdades en prestaciones monetarias éstas vienen derivadas de las diferencias en el ingreso que, aunque muy pequeñas en el ámbito regional, aún subsisten y sirven de base al cálculo de dichas prestaciones. Cuando se desglosa el gasto de prestaciones monetarias entre las de tipo aseguratoria (vr. gr. pensiones) y de asistencia social, se confirma que las provincias más desarrolladas reciben una proporción muy alta de las aseguratorias y muy baja de las asistenciales, mientras que en las provincias más subdesarrolladas ocurre lo contrario. Por ejemplo, la provincia Ciudad de la Habana recibió en 1982 la pensión per cápita más alta (98 pesos) y el pago asistencial per cápita más bajo (1.70 pesos)

de todo el país, mientras que la provincia Granmá recibió la pensión más baja (34 pesos) y el pago asistencial más alto (5.40 pesos) 112/

Lo dicho anteriormente muestra que a pesar del avance notable realizado, subsisten en Cuba diferencias en el acceso a (o la calidad de) los servicios de salud y a las prestaciones monetarias aseguratorias, las cuales sugieren la existencia de disparidades en la cobertura efectiva, si bien dichas diferencias han sido reducidas significativamente en los dos últimos decenios. Aunque las diferencias en servicios de salud entre la provincia mejor y peor dotadas son a veces mayores en Cuba que en otros países estudiados aquí esto se compensa porque los niveles inferiores cubanos son generalmente más altos que los de los otros países y lo mismo ocurre con los niveles superiores.

f) Medidas para mejorar la cobertura

Aunque Cuba tiene la cobertura legal más amplia de América Latina y probablemente también haya alcanzado la universalidad efectiva, sería importante que se publicaran estadísticas de cobertura y que se extendiera dicha cobertura en prestaciones monetarias al pequeño sector actualmente excluido, así como que se continuara el esfuerzo por reducir las diferencias entre las provincias del país.

4. Financiamiento

a) Fuentes de financiamiento

Con anterioridad a la Revolución había una gran diversidad en la cotización salarial, tanto global como desagregada, entre los 52 fondos de pensiones. Como promedio, en los fondos de asalariados de los sectores privado y público, el asegurado contribuía legalmente cerca de la mitad del ingreso, el empleador un poco más de una tercera parte y el Estado algo más de un décimo. Por el contrario, los profesionales, con un ingreso más alto que los asalariados, sólo contribuía una cuarta parte del ingreso y, como la mayoría trabajaba por cuenta propia, la contribución del empleador era mínima, mientras que el Estado subsidiaba fuertemente a este grupo contribuyendo con las tres quintas partes del ingreso. 113/

En el proceso gradual de unificación de los fondos de pensiones se uniformó la cotización salarial eliminándose en gran medida las inequidades anteriores: en los fondos de asalariados privados se fijó una cotización salarial de 5% al asegurado y otro 5% al empleador (sin aporte estatal); en los fondos de asalariados del sector público toda la cotización (10%) se cargó al asegurado; y en los fondos de profesionales también

se impuso toda la cotización (10%) al asegurado. Por último, en 1962, se igualó toda la cotización de los fondos de asalarados (de ambos sectores) en un 10% exclusivamente a cargo de los empleadores. 114/

El cuadro 23 muestra la situación actual de las cotizaciones salariales en el sistema general y los sistemas especiales de prestaciones monetarias (no se tiene información de las fuerzas armadas y seguridad interior): i) el asegurado asalariado (y el cooperativista pesquero y carbonífero) no paga nada y el 10% lo aportan las empresas, prácticamente todas estatales puesto que el sector privado en Cuba es minúsculo; */ ii) el asegurado por cuenta propia, impone toda la cotización que es también del 10% pero de un estimado del ingreso; iii) los cooperativistas agrícolas aportan sólo un 3% sobre el anticipo medio diario de ingreso; y iv) el Estado cubre cualquier déficit resultante del sistema. Mediante la diferencia legal en la carga y cuantía de la cotización el sistema de seguridad social establece incentivos para la transferencia del trabajo independiente al estatal.

No hay cotización salarial para financiar las prestaciones médico-hospitalarias cuyo costo total es sufragado por el presupuesto estatal asignado al MINSAP. Puesto que no existe un programa separado de riesgos profesionales, sino que éste está integrado a los dos tipos básicos de prestaciones, no hay una cotización adicional por este concepto.

De acuerdo con la teoría marxista del valor, éste es totalmente creado por el trabajo. Del "producto social global" se deduce una suma o fondo para acumulación y otra suma o fondo para consumo; parte de este último se usa para satisfacer necesidades colectivas ("salario social") como la seguridad social y la salud. La parte del producto que no se devuelve al trabajador se denomina "plus producto" (plusvalía en el sistema capitalista) y de ahí sale la contribución de seguridad social. 115/ El CETSS dice al respecto: "la seguridad social forma parte de los fondos de consumo que se desglosan en salario y seguridad social y que se extraen del producto social global y se expresan en el presupuesto anual de la nación". 116/

Aparte de la cotización sobre el salario (o el ingreso) no hay otras fuentes de financiamiento de la seguridad social cubana: no existen reservas y, por tanto, no hay inversiones;

*/ Menos de un 20% de la propiedad agrícola, un 2% del transporte, y un pequeñísimo porcentaje de servicios profesionales y personales.

no hay impuestos especiales ni rentas de lotería; y tampoco existen préstamos del exterior directamente asignados al sistema. No obstante Cuba recibe una ayuda económica muy cuantiosa y en términos generosos de la Unión Soviética y parte de esa ayuda pudiera haber sido utilizada para financiar el sistema de seguridad social. 117/

b) Evasión y mora

Aunque carecemos de información sobre estos aspectos, puede presumirse que ambos tienen poca importancia en Cuba por las razones siguientes. Según el censo de 1981 el 93% de la fuerza laboral estaba empleada como asalariada en el sector estatal y sólo el 0.7% era asalariada en el sector privado y el 0.9% era cooperativista. El Banco Nacional de Cuba es el encargado de recaudar todas las cotizaciones y ejercer la auditoría del sistema, además los balances fiscales periódicos y el control computarizado a nivel nacional deben detectar irregularidades en el pago, especialmente en el sector estatal. Los déficits del sistema son cubiertos automáticamente por el Estado en el presupuesto nacional.

El sector de cooperativistas está integrado a los planes estatales pero la contribución se descuenta directamente de las ganancias; aunque aquí parece ser también difícil la evasión y la mora, es posible que existan más brechas e incentivos de evasión que en el sector estatal. El grueso de los asalariados privados trabaja para los propietarios de pequeñas granjas que están asociadas y supervisadas por la ANAP. Sin embargo, en 1982, se informó que cierto número de esos trabajadores operaba clandestinamente 118/ así que es posible que la evasión sea mayor en este sector.

En todo caso, la alta centralización y fuerte control, la simplicidad en el método de contribución y la agencia única cobradora probablemente hacen que el sistema de seguridad social cubano sea el más eficiente en la región en cuanto a minimizar la evasión y la mora. Por último, de acuerdo con la legislación, la evasión y la mora del empleador no afectan los derechos a las prestaciones monetarias del trabajador siempre que éste pueda probar que tiene una relación de empleo.

c) Régimen técnico financiero

Todas las contribuciones de seguridad social se vuelcan en el presupuesto estatal como uno de sus ingresos y, a su vez el presupuesto asigna partidas de gastos al CETSS, el MINSAP, los OPP, los centros de rehabilitación y las empresas. El CETSS afirma que "el financiamiento de la seguridad social cubana está basado en un régimen financiero que se aproxima al

que denominamos reparto simple con cargo al presupuesto estatal" 119 Pero nótese que es un régimen de reparto sui generis, ya que el Estado absorbe cualquier superávit y cubre cualquier déficit en el sistema y que en más de dos decenios no se ha aumentado el porcentaje de cotización. De forma que el equilibrio financiero no se produce dentro del sistema de seguridad social (puesto que no tiene una contabilidad independiente) sino dentro del marco macroeconómico.

Como además en Cuba no se lleva una cuenta individual del asegurado, la cotización empresarial podría ser sustituida por una partida en el presupuesto nacional, lo que contablemente sería más sencillo y eliminaría el costo de la recaudación. La única razón ofrecida para mantener la cotización de la empresa fue dada en 1965 en el sentido de que el costo de la seguridad social debía cubrirse con un incremento de la productividad laboral.120/ Pero el aumento del costo de la seguridad social en el período 1978-82 superó en un 3% al incremento en la productividad laboral nacional 121/ Más aún, la conexión entre el costo de la seguridad social y la productividad laboral en Cuba puede controlarse mejor a nivel macro que microeconómico, puesto que los salarios son fijados centralmente y, aunque las empresas tienen desde fines del decenio pasado mayor flexibilidad en la contratación y despido del personal, su poder en este campo es muy inferior al de la mayoría de las empresas en economías de mercado en América Latina. Así pues, el mantenimiento de la cotización en la empresa parece obedecer a razones simbólicas más bien que prácticas.

Con anterioridad a la ley de 1963 la OIT realizó un estudio actuarial del posible costo del sistema. No obstante en 1965, en un documento oficial, se aseguró que el balance actuarial periódico carecía de sentido en Cuba como instrumento financiero, puesto que cualquier desequilibrio se ajusta en el presupuesto del período siguiente. 122/ Con anterioridad a la ley de seguridad social de 1979 -actualmente en vigor- se hizo un estudio actuarial para determinar el costo probable del nuevo sistema.123/ Si bien el sistema de seguridad social no está presionado al equilibrio como los sistemas convencionales de reparto, los balances actuariales (que tienen en cuenta cambios en las condiciones legales, biométricas, económicas, etc.) deberían ser importantes para determinar la carga futura de la seguridad social sobre la economía nacional y tomar las medidas necesarias en la planificación para adecuar dicha carga de acuerdo con la capacidad económica del país.

d) Equilibrio financiero

Cuba ha publicado esporádicamente cifras sobre el costo parcial de las prestaciones económicas y el costo de la salud, pero no hay información reciente sobre los ingresos generados

por cotizaciones. En el presupuesto del Estado se reportó el ingreso de la cotización de seguridad social en 1962-1966, pero el presupuesto dejó de publicarse por más de diez años y, al reanudarse su publicación en 1978, ya no desagregó el ingreso de seguridad social. Por otra parte, el presupuesto siempre ha publicado el gasto de prestaciones monetarias de seguridad social y asistencia pero dentro de una partida general, agregado con el gasto de servicios culturales y científicos mientras que el gasto de salud se reporta en el presupuesto unido al de educación. ^{124/} En algunas publicaciones oficiales se ha desglosado el gasto de las prestaciones monetarias para 1959-1982 pero la información del gasto de salud es menos sistemática y detallada.

El cuadro 24 ofrece una reconstrucción del balance de ingresos y egresos de las prestaciones monetarias de la seguridad social; la misma se basa en estadísticas oficiales en 1962-1974, pero sólo sobre los egresos en 1978-1982. Los ingresos en 1978-82 fueron estimados por el autor como 10% del fondo de salarios, este último basado en cifras oficiales. Se presumió que la evasión y mora fueron inexistente por lo que los ingresos probablemente están algo sobrestimados. Por otra parte los egresos totales deben ser mayores puesto que el cuadro no incluye ni los gastos de prevención y rehabilitación de riesgos profesionales ni los gastos administrativos. Por último, puede presumirse que la partida presupuestal (ingresos y egresos) de salud está balanceada por lo que no afecta el balance global del sistema. Con base a lo dicho puede concluirse que las cifras estimadas del déficit son conservadoras.

El cuadro 24 muestra que el balance de la seguridad social generó un superávit decreciente en la primera mitad del decenio del 60 y un déficit creciente en la segunda mitad del decenio del 70. En 1980 el déficit casi llegaba a la mitad de los ingresos: 224 millones de pesos, que representaban un 1.3% del producto social global (PSG) ascendente a 17.590 millones de pesos. ^{125/} Cuba sigue el sistema de balances de la economía nacional (SBEN) en vez del sistema de cuentas nacionales (SCN). El PSG excluye el valor de los servicios no materiales ("no productivos"), o sea, los servicios que no están directamente ligados a la producción material, como seguridad social, salud, educación, finanzas, administración y defensa. En este sentido el PSG debe ser menor que el PIB. por otra parte, el SBEN envuelve una duplicación en la contabilidad puesto que no sigue el método del valor agregado usado por el SNC. En este sentido el PSG debe ser mayor que el PIB. ^{126/} El PSG de 1974 fue reportado en 13.424 millones de pesos y un estimado del PIB hecho para ese año en Cuba lo fijó en 9.239 millones de pesos. ^{127/} Esto sugiere que el efecto de duplicación en la contabilidad era mucho mayor que el de la omisión de los servicios no materiales, aunque esa discrepancia parece haberse reducido algo

a partir de un cambio de metodología en el SBEN introducido en 1977. Más recientemente Cuba reportó el PNB de 1980 en 14.230 millones de pesos^{128/} por lo que el déficit de seguridad social en ese año ascendería al 1.6% del PNB, y como porcentaje del ingreso sería el segundo más alto en América Latina.

La aceleración de la inflación en Cuba en 1981-82 y la erosión del valor real de las prestaciones (que se discutirá más adelante) redujeron el déficit en 1981 al 29% de los ingresos pero volvió a aumentar al 33% en 1982. Esta reducción de la tasa de incremento del gasto se discutirá en la sección siguiente, pero las posibilidades de que se mantenga dicha reducción en el futuro parecen ser bajas.

e) Medidas para aumentar el ingreso

Dentro del contexto de la seguridad social latinoamericana en 1980 Cuba tenía el segundo déficit mayor y el tercer costo (egresos/PIB) más alto, pero el porcentaje de cotización salarial global más bajo; el porcentaje de cotización que seguía al cubano era el de Haití (12%) el país que tenía el sistema de seguridad social más subdesarrollado de la región (ver cuadro 6). La seguridad social cubana no ha hecho crisis porque, desde mediados del decenio del 70, el Estado ha cubierto sus déficits crecientes. Pero, obviamente, esto no resuelve el problema de la pesada carga del sistema y su desequilibrio financiero. Para hacer frente a este problema habría que elevar los ingresos y/o reducir los egresos del sistema.

El gobierno cubano podría aumentar la cotización salarial de los empleadores (y la de los trabajadores independientes) sin enfrentarse a la poderosa oposición empresarial y sindical típicas de América Latina. Por cuanto el Estado es casi el empleador único y tiene control total sobre la economía, esto básicamente envolvería una decisión del Ejecutivo. Sin embargo, el aumento de la cotización salarial sería un mero instrumento contable o formal que podría balancear el presupuesto de seguridad social pero que realmente no resolvería el problema de fondo.

El establecimiento de una cotización al asegurado asalariado (o el incremento de la cotización del trabajador independiente o del cooperativista) que redujera su salario (ingreso) real y, por tanto, su consumo, sí sería una posible solución al desequilibrio de la seguridad social. Otra alternativa sería introducir un cargo mínimo por el uso de servicios médico-hospitalarios y medicinas (eximiendo a la población de más bajo ingreso) lo que tendría además la ventaja de controlar el uso excesivo de dichos servicios. Pero estas medidas tendrían serias repercusiones políticas, irían en contra de la imagen

cuidadosamente preservada de gratuidad del sistema, y afectarán el nivel de consumo de la población. 129/ De ahí que todo intento de equilibrar financieramente el sistema tendría que orientarse a la reducción del gasto.

5. Prestaciones, gastos y costos

a) Prestaciones y condiciones de adquisición

Las prestaciones médico-hospitalarias en Cuba tienen un régimen uniforme aunque existen diferencias de accesibilidad y calidad de los servicios. En las prestaciones monetarias hay uniformidad dentro del régimen general pero existen regímenes especiales (como fuerzas armadas) que tienen condiciones de adquisición diferentes.

Las prestaciones médico-hospitalarias -a las que tiene derecho toda la población salvo las derivadas de riesgos profesionales- incluyen: atención médica preventiva y curativa, así como odontológica, cirugía, hospitalización, medicinas (sólo durante la hospitalización si se trata de accidente o enfermedad común pero en todo caso cuando se trata de riesgos profesionales, ancianos en asilo y los pobres), rehabilitación y ortopedia y prótesis (éstas últimas sólo en caso de riesgos profesionales). Las prestaciones monetarias -a las que tienen derecho los asegurados activos, salvo las pensiones de sobrevivientes que reciben los familiares dependientes- incluyen: el subsidio por enfermedad, maternidad o accidente (con un porcentaje mayor del salario si es resultante de riesgo profesional) y las pensiones por vejez, invalidez y sobrevivientes. Además se concede una ayuda financiera consistente en el ataud, el transporte y el entierro del asegurado.

No hay prestaciones monetarias por desempleo (aunque el desempleado tiene derecho a las prestaciones médico-hospitalarias) porque se aduce que hay pleno empleo en Cuba. 130/ De acuerdo con cifras oficiales el desempleo abierto se redujo del 13.6% en 1959 a 1.3% en 1970 (uno de los logros más positivos de la Revolución), pero luego aumentó hasta 5.4% en 1979 para caer el 3.4% en 1981. 131/ Aunque estas últimas tasas son muy bajas es obvio que hay desempleados en Cuba. Estos, en ocasiones, han sido mantenidos temporalmente en la nómina de la empresa o en fondos especiales mientras eran reentrenados o se les encontraba otra ocupación. Con una mayor presión de desempleo en el decenio del 70 -presión que se espera continúe en el decenio en curso- se ha reconocido oficialmente el problema e introducido algunos paliativos para hacerle frente.

132/.

La seguridad social cubana no incluye un programa formal de asignaciones familiares en el sentido de prestaciones monetarias por hijos. No obstante, existe un programa nacional de círculos infantiles que atienden a los hijos (de 45 días a 5 años) de madres trabajadoras, proveyéndoles alimentos y educación. Originalmente el programa era gratuito, actualmente los padres contribuyen parcialmente a su financiamiento. 133/

Dentro del contexto latinoamericano, las prestaciones cubanas son de las más generosas y las condiciones de adquisición entre las más flexibles. No existe un período de calificación ni límite de tiempo para recibir las prestaciones médico-hospitalarias; tampoco hay un período de calificación para recibir el subsidio por enfermedad y el existente para el subsidio de maternidad es bajo; y el porcentaje del salario que se paga como subsidio sobrepasa el promedio regional. Aun que no existe retiro por antigüedad en Cuba (excepto para las fuerzas armadas) las edades de retiro de vejez son similares a los promedios legales para la región (60 años de edad el hombre y 55 años la mujer, ambos con 25 años de empleo) pero dichas edades resultan muy bajas cuando se tiene en cuenta que Cuba tiene la esperanza de vida más alta de América Latina y que la mujer vive un promedio de tres años más que el hombre (lo que se aumenta aún más con la diferencia en la edad de retiro). Más aún, Cuba exige 5 años de empleo menos para el retiro que otros países que tienen una estructura etárea similar y edades de retiro iguales (Argentina y Uruguay). Además es posible, bajo ciertas condiciones de trabajo más duras, el retiro a los 55 años para el hombre y 50 años para la mujer también con 25 años de empleo. Por último, el sistema establece mínimos en la pensión que son relativamente altos en relación con el salario mínimo y concede otros beneficios como la exención del pago de alquiler de viviendas (fijado normalmente entre el 6 y el 10% del salario o ingreso familiar) al retirado con un ingreso familiar inferior a 25 pesos mensuales.

El cuadro 25 muestra el avance de Cuba en servicios y niveles de salud en las dos últimas décadas. Como no existe sector privado en la medicina el cuadro reporta la totalidad de los servicios disponibles en el país. Los indicadores muestran un avance notable y sistemático con tres excepciones: i) una ligera reducción relativa en camas de hospital después de 1970 (que no tiene consecuencias mayores porque la capacidad instalada no se utiliza a plenitud); ii) una caída en el índice de médicos por 10.000 habitantes en 1960-1970 provocada por el éxodo de una tercera parte de los médicos después de la Revolución; y iii) un incremento en el índice de mortalidad infantil en 1960-1970 (menor en mortalidad general) que posiblemente fue resultado de una disminución del personal médico y epidemias infantiles combinados con un mejor registro estadístico. En todo caso el deterioro de los índices en el primer decenio

revolucionario fue corregido en el segundo decenio mejorándose con creces los niveles pre-revolucionarios. A principios del decenio en curso, Cuba se colocaba la cabeza de la región con la esperanza de vida mayor, la tasa de mortalidad infantil más baja (similar a la de Costa Rica) y proporciones de médicos y hospitales por habitante entre los más altos. Pero debe notarse que los niveles de salud de Cuba al final de la década del 50 eran también de los primeros en la región, por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil en 1960 era casi la mitad de la de Costa Rica. El índice de mortalidad general no se ha reducido significativamente (y probablemente aumente algo en el decenio en curso) debido al gradual envejecimiento de la población. 134/

b) Desigualdades en las prestaciones

Ya hemos analizado las desigualdades en el acceso o calidad de las prestaciones entre las provincias en Cuba (Ver sección 3d), aquí analizaremos las diferencias legales en las condiciones de adquisición de los derechos a las prestaciones monetarias.

La legislación del sistema general regula de manera uniforme las prestaciones pero éstas son proporcionales al salario de acuerdo con el principio socialista "a cada cual según su trabajo". En la ley de 1963 se establecía un tope fijo a las pensiones (250 pesos) el que unido al mínimo fijo (60 pesos) las hacía bastante iguales en su cuantía. La ley de 1979 -en vigor- sustituyó el tope fijo por un 90% del salario, a fin de favorecer a los trabajadores con alta calificación, y estableció una escala para el monto mínimo también de acuerdo con el salario (de 60 a 36 pesos -y menos- según disminuye el salario anual de 800 a 540 pesos o menos). 135/ El resultado de estos cambios ha sido aumentar las diferencias en la cuantía de las pensiones, así mientras antes de 1979 la razón entre la pensión más baja y la más alta era de 4 a 1, ahora puede llegar a ser de 20 a 1.

La ley también establece diferencias en prestaciones y condiciones de adquisición entre grupos. Los miembros de las fuerzas armadas y seguridad interna tienen un régimen especial, diferencia que se justifica por "las condiciones del servicio, singularizado por un constante sacrificio", y que provee condiciones superiores al sistema general: i) una pensión por antigüedad, la única que existe en Cuba y que permite el retiro con 25 años de servicio y cualquier edad o con menos edad y años de servicio que en el sistema general; ii) en el cálculo de la pensión se utiliza una base salarial promedio mayor y un porcentaje más alto; y iii) en el cálculo de los años de servicio se puede en ciertos casos contar cada año como 2 o como 3.

A la pensión por invalidez resultante de "actos heroicos en defensa del centro de trabajo" o de "misiones internacionalistas" se le añade un 20% sobre el porcentaje normal calculado. 136/ En 1964-1974 los "trabajadores de vanguardia" (o sea los que trabajaban en empresas que sobrecumplían las metas de producción, eliminaban el ausentismo y reducían el pago por horas extras) obtenían el derecho a recibir el 100% de su salario en todas las prestaciones monetarias (esta concesión se eliminó más tarde por razones económicas). Por otra parte los trabajadores independientes están sometidos al régimen especial (bajo la antigua ley de 1963) cuyas condiciones son inferiores a las de la ley vigente. Como apreciamos en el análisis de la cobertura, el Estado establece diferencias en el tratamiento para favorecer a ciertos grupos claves y desincentivar a otros.

c) Costo creciente de la seguridad social y sus causas

Según muestra el cuadro 26, el costo de la seguridad social en Cuba, como porcentaje del PIB, se duplicó entre 1958 y 1971 (del 6 al 12%), pero descendió en los años subsiguientes de forma que en 1980 estaba por debajo del 9%. (El gasto de seguridad social como porcentaje del gasto fiscal es muy inferior en Cuba al de casi todos los países latinoamericanos, debido a la enorme magnitud del gasto estatal cubano que abarca toda la economía nacional). A pesar de esta reducción, en 1980 el porcentaje del gasto de seguridad social de Cuba sólo era superado por el de tres países (Uruguay, Argentina y Chile) todos con sistemas más antiguos. Debe tenerse en cuenta que el costo de la seguridad social sería mayor que el que aparece en el cuadro si se añadieran los gastos de prevención y rehabilitación de riesgos profesionales, auxilio de funeral, subsidios de las fuerzas armadas y gastos administrativos. A continuación analizamos las causas del incremento del costo para luego revisar las medidas encaminadas a reducirlo.

i) Causas generales. La universalización de la cobertura poblacional es una de las causas más significativas del incremento de los costos especialmente en el programa de salud. Además se cubren los principales riesgos con prestaciones muy generosas y condiciones de adquisición más liberales que las de la mayoría de los países de la región.

Se carece de información sobre los gastos administrativos del sistema cubano pero su unidad, uniformidad y simplicidad en el cobro de pago de prestaciones (realizado a través del Banco Nacional y las empresas) así como en su tramitación, deben sin duda reducir substancialmente los costos burocráticos. De acuerdo con cifras oficiales, el número de empleados de la Dirección de Seguridad Social del CETSS en 1982 era de 173, comparado con 5.000 empleados de los fondos de pensiones en

1958 cuando el número de asegurados era muchísimo menor. Aunque estas cifras son impresionantes, debe tomarse en cuenta que una buena parte de la administración de las prestaciones monetarias se hace por otras instituciones como el Banco Nacional, las empresas y los OPP. Además la mayor parte del empleo se encuentra en el programa de salud, así en 1980 los empleados del MINSAP llegaban a 157.933, o sea 3.6 empleados por cama de hospital, una proporción mucho más alta que la de Costa Rica pero muy inferior a la de México. Aunque los médicos cubanos no constituyen un grupo de presión poderoso como en otros países, de todas formas su remuneración es de las más altas en la escala de salarios nacional. En resumen, los costos administrativos del sistema cubano son probablemente muy bajos en comparación con los de la región pero no deben ser un componente despreciable del costo de seguridad social si se hacen todos los ajustes necesarios.

El cuadro 27 muestra que los dos componentes fundamentales del gasto de seguridad social son las pensiones y las prestaciones de salud. Aunque las primeras toman un porcentaje superior a las segundas, no parece haber una clara tendencia en ambas, especialmente en el último decenio. (información recibida del CETSS en 1984 indica, sin embargo, que el porcentaje destinado a pensiones en 1983 rebasaba el 50%. 137) Por otra parte las prestaciones monetarias muestran una tendencia declinante y la asistencia social parece estar estancada.

ii) Causas relacionadas con el programa de salud. El presupuesto de la salud aumentó 25 veces entre 1959 y 1983.138/ Pero como en otros aspectos, la falta de información estadística detallada hace difícil la evaluación del costo de salud puesto que se carece de cifras sobre la distribución del gasto entre medicina preventiva y curativa, el costo de los salarios de las medicinas, etc.

En el período revolucionario, Cuba ha dedicado una atención substancial a la medicina preventiva y, a través de campañas de vacunación masiva, ha logrado erradicar ciertas enfermedades contagiosas como poliomelitis y difteria, así como reducir fuertemente las tasas de otras como tuberculosis, tifoidea y paludismo. Por el contrario, las tasas de otras enfermedades no controlables por vacunación como hepatitis, diarrea, sífilis y blenorragia se han incrementado aparentemente por un inadecuado control higiénico y mayor libertad en las relaciones sexuales. 139/ Además Cuba ha experimentado, aun en mayor grado que Costa Rica, un cambio en el perfil patológico; así en 1982 el 70% de las causas de muerte eran "enfermedades del desarrollo" como cardiovasculares, cerebrovasculares y tumores malignos. En resumen, se ha logrado erradicar o reducir substancialmente las enfermedades más fácilmente controlables y de tratamiento de más bajo costo y

ahora se enfrenta a las enfermedades más difíciles y costosas de tratar.

Aunque Cuba ha prestado gran atención a la medicina preventiva, su medicina curativa es altamente intensiva en capital con énfasis en grandes hospitales, equipo complejo y costoso, y abundante personal médico. El consumo de medicinas por cabeza es uno de los más altos en la región, aunque el 81% del consumo nacional de medicinas se produce domésticamente y existe un estricto petitorio básico, lo que debe reducir los costos. A fines del decenio del 70 Cuba tenía uno de los índices de ocupación hospitalaria más altos de América Latina (81%) pero aún una quinta parte de esa capacidad no era utilizada; por lo contrario tenía un promedio nacional de estancia hospitalaria de 9.6 días, uno de los más altos, y un promedio anual de tres consultas por habitante con una tendencia creciente.

140/ En 1982 se concluyó un nuevo hospital en la Habana, que tiene 24 pisos, costó 45 millones de pesos, un 10% del presupuesto anual de salud y 0.5% del presupuesto nacional de 1982.

141/

iii) Causas relacionadas con el programa de pensiones.

El costo del programa de pensiones en Cuba debe exhibir una tendencia creciente debido a tres factores: una población en proceso de envejecimiento, una esperanza de vida en aumento y edades de retiro relativamente bajas. Aunque el nuevo programa de pensiones fue introducido en 1963, y por tanto es uno de los más recientes en la región, alrededor de dos terceras partes de la población ya estaban cubiertas con anterioridad y una buena parte de la misma bajo programas maduros con condiciones muy flexibles.

El cuadro 21 muestra que el cociente de carga demográfica de Cuba en 1958 era más alto que el de Costa Rica en 1982, y que se duplicó en las dos últimas décadas. En 1981 el cociente cubano sólo era superado por tres países pioneros: Uruguay, Chile y Argentina. El nuevo programa de pensiones requiere 25 años de empleo (no de contribución) y éste puede haber sido prestado con anterioridad a la introducción del programa, además es relativamente fácil la acreditación de los servicios prestados.

El cuadro 28 indica que en 1960-1980 el porcentaje de la población mayor de 65 años aumentó de 4.8 al 7.3% y llegará al 10.9% en 2010. Estos porcentajes son superiores a los de Chile similares a los de Argentina y sólo inferiores a los de Uruguay, los más altos de América Latina. Por otra parte se estimó en 1980 que el 76% de los hombres y el 82% de las mujeres arribaría a los 65 años de edad, los porcentajes más altos de la región. Ya se ha visto, por último, que la esperanza de vida de la mujer es 3 años más que la del hombre y pudiendo reti-

se 5 años más joven, esto tiene un impacto notable en el costo del programa de pensiones, especialmente en Cuba donde la mujer tiene una participación en la fuerza laboral de las más altas de la región.

Desde un punto de vista positivo, siendo la estructura etárea de Cuba similar a las de Chile y Uruguay (más envejecida que la población costarricense), la proporción de la población en edad productiva (15 a 64 años) es muy alta (61.4%) y el índice de dependencia mucho más bajo que los de Costa Rica, México y Perú. Esto significa que en términos relativos hay menos costos en la atención de la población menor de edad y una proporción mayor de adultos en edad productiva que sufren una incidencia menor de enfermedades.

d) Medidas para reducir el gasto

Como se ha apuntado anteriormente, es por el lado de la reducción del gasto que Cuba podría lograr el equilibrio financiero del sistema de seguridad social. Después del salario, las prestaciones monetarias de seguridad social constituyen la fuente principal de ingreso de la población y al promulgar las leyes de 1963 y 1979 se afirmó que el nivel de dichas prestaciones debía ser adecuado con la situación económica del país y su nivel de desarrollo. 142/ Tres medidas han sido aplicadas para lograr dicho objetivo.

A principios de la Revolución se dieron facilidades para el retiro por razones políticas, cambios administrativos y nacionalizaciones lo que generó una ola de 56.000 nuevas pensiones en 1959-61. Una segunda ola de pensionados (85.000) ocurrió en 1963-65 cuando comenzaron a recibir pensiones los cubiertos por la ley de 1963 y los dueños de granjas afectados por la ley de reforma agraria de 1963. El número de solicitudes de pensiones aumentó de 20.000 en 1959 a 110.000 en 1964. Esto explica por qué, en el cuadro 27, la proporción mayor del egreso destinado a pensiones ocurre en 1965: más del 51%. En parte para reducir este costo y también para enfrentar un déficit de mano de obra en sectores vitales de la economía, en 1965-67 se lanzó una campaña nacional para posponer el retiro. Como resultado de la misma 60.000 asegurados que habían solicitado pensiones en 1964 cancelaron sus pedidos y volvieron a sus labores. En 1971, la proporción del gasto de seguridad social dedicado a pensiones se redujo a menos del 40%. Por el contrario en el decenio del 70, con la presión del desempleo, se revirtió la política previa dando lugar a que se jubilaran 200.000 personas. 143/ Consiguientemente el gasto de seguridad social dedicado a pensiones aumentó en la segunda mitad del decenio pasado (ver cuadro 27).

Tradicionalmente Cuba ha sido un país de muy baja inflación y en el período revolucionario se ha controlado fuertemente este fenómeno, al menos hasta el decenio en curso. Aunque no existen cifras oficiales de inflación, el cuadro 29 muestra un índice inflacionario calculado por el autor basado en estadísticas oficiales del crecimiento económico a precios constantes y corrientes. Dicho índice permite calcular el valor real de las pensiones en 1962-1981. En 1962-68 la pensión real declinó pero subió algo en 1970 debido al incremento de la pensión mínima en 1969. A partir de entonces la pensión real ha decaído gradualmente (salvo un período de estancamiento en 1978-1980) y en 1981 era aproximadamente la mitad del nivel de 1962. La mayor caída en el valor de la pensión real ocurrió en 1981 cuando debido al aumento de los precios mayoristas se registró una tasa de inflación de más del 10%, la más alta del período revolucionario. A fines de 1981 hubo otro aumento substancial de los precios el que posiblemente haya generado un segundo incremento del 10% en la inflación. En ese entonces se estaba considerando un incremento de las pensiones al menos para compensar por el alza del costo de la vida, pero no hay información estadística para poder hacer el cálculo de 1982. 144/ En todo caso aparentemente una forma de controlar el gasto de pensiones ha sido no ajustar por completo éstas al costo de la vida, especialmente en el último decenio.

Los gastos en prestaciones monetarias temporales aumentaron del 10% de los egresos de seguridad social en 1965 a casi el 16% en 1971. Ello se debió en parte a la concesión de prestaciones equivalentes al 100% del salario a los trabajadores de vanguardia, pero en 1974 se decidió que ese gasto era excesivo e inflacionario y se suprimió, con lo cual el porcentaje de estas prestaciones monetarias descendió en 1975.

Las dos últimas medidas explicadas contribuyeron a reducir el gasto de seguridad social como porcentaje del PIB en la segunda mitad del decenio pasado (ver cuadro 26) pero no fueron capaces de frenar el incremento del déficit, al menos hasta 1982 (ver cuadro 24). Más aún, dichas medidas tienen sus límites (especialmente la falta de ajuste de las pensiones) y otras presiones explicadas en este capítulo probablemente aumentarán los costos en el decenio en curso. De forma que Cuba tendría que aplicar otras técnicas para reducir el gasto.

Una área clave de reducción del gasto está en las prestaciones con condiciones de adquisición demasiado flexibles. Por ejemplo, la edad de retiro de la mujer podría aumentarse de 55 a 60 años, equiparándola a la del hombre, como en Nicaragua y la República Dominicana, ambos con una esperanza de vida muchísimo menor que la de Cuba. Una medida más drástica sería aumentar ambas edades de retiro a 65 años -como en

México- o a 60 años para la mujer y 65 para el hombre -como en Brasil- de nuevo, países con una esperanza de vida menor que la de Cuba. Estas medidas serían difíciles de implantar en el decenio en curso debido a la presión del desempleo pero serían más factibles en el decenio del 90 cuando se proyecta que ese problema perderá importancia una vez que el mercado laboral haya absorbido el "baby boom" de 1960-1966. Ciertas prestaciones que además de costosas envuelven un trato diferenciado podrían ser eliminadas como la pensión por antigüedad en las fuerzas armadas.

Por cuanto Cuba tiene un gasto administrativo relativamente bajo es difícil hacer recortes en este renglón. Sin embargo parece haber espacio para mejoras en la eficiencia, por ejemplo, podrá congelarse el número de camas de hospital para aumentar la capacidad utilizada, así como reducir el período de estancia hospitalaria y restringir el uso excesivo de medicamentos. Es posible que exista una subutilización del personal de salud y parece obvio que hay un uso excesivo de los médicos que realizan funciones que podrán ser ejecutadas a más bajo costo por personal paramédico. Por último, Cuba tiene posiblemente la mejor planta hospitalaria de la región la cual parece ser más que suficiente para cubrir sus necesidades; aunque ya se ha hecho mucho, podría ponerse un mayor énfasis en el desarrollo de postas rurales y otras instalaciones menores que además mejorarían el acceso a los servicios médicos en las áreas más aisladas del país.

6. El impacto de la seguridad social en el desarrollo

La información publicada en Cuba sobre empleo y ahorro/inversión es muy deficiente y nunca se han publicado cifras oficiales sobre distribución del ingreso. A esta base endeble deben añadirse otros problemas como la naturaleza sui generis de la seguridad social cubana y la falta de estudios especializados sobre el tema, todo lo cual hace difícil un análisis serio sobre el mismo. Esta sección, por tanto, es sólo reflexiva y plantea más preguntas que respuestas.

a) Ahorro e inversión

Como hemos visto la seguridad social cubana sigue un régimen técnico financiero que se asemeja al de reparto pero con un equilibrio a nivel macroeconómico, sin que tenga siquiera una reserva de contingencias. No existen cuentas individuales de los asegurados y el sistema ha generado un déficit en los últimos años. El programa de pensiones goza de la sólida garantía estatal y es de suponer que los asegurados tengan gran confianza en el mismo. A lo que debe añadirse que en Cuba existen poquísimos incentivos para el ahorro individual;

sólo recientemente se comenzó a pagar un 2% de interés en las cuentas de ahorro. La conclusión parece ser que la seguridad social, al menos, no contribuye al ahorro y la inversión y posiblemente tiene un efecto negativo en los mismos.

b) Empleo

En economía centralmente planificadas, la cotización salarial, aunque realmente la pagase el empleador, debería tener un impacto neutro sobre el empleo o menor que en las economías de mercado. El ligero incremento del desempleo en Cuba en la segunda mitad del decenio del 70 se debe a factores aparentemente ajenos a la seguridad social, o sea, el aumento de la oferta laboral (por la entrada al mercado laboral de los nacidos durante el "baby boom" de 1960-66) combinado con una desaceleración económica y un mayor énfasis en la productividad laboral.

En la formación de los precios en Cuba se consideran tres componentes: el costo de producción, los impuestos y la ganancia. Entre los impuestos se encuentra el de circulación, el de utilidades y el de seguridad social. Así pues el costo de seguridad social debe cargarse al precio. 145/ Pero debido al carácter monopolístico de las empresas estatales y la escasa o nula competencia entre ellas, así como al papel crucial que juega el Estado en la fijación de precios, asignación de capital y regulación del empleo, la diversa combinación de los factores en la producción no debe afectar la ganancia de la empresa y, por tanto, influir en la demanda de trabajo.

Sin embargo, desde mediados del decenio pasado comenzó a introducirse en Cuba un nuevo Sistema de Dirección y Planificación de la Economía (SDPE) que otorga mayores poderes de decisión al administrador de la empresa en las áreas de contratación de personal e inversión, a más que estimula la competencia entre las empresas. Aunque el SDPE no está aún funcionando a plenitud, pudiera suponerse que cuando lo estuviese el administrador podría tener un estímulo para cortar su costo de producción, reduciendo el monto de la cotización salarial de seguridad social mediante la substitución de mano de obra por capital. Pero esta probabilidad parece ser baja puesto que el Estado aún controlará el grueso de la asignación de capital para inversión (inicialmente se había considerado que bajo el SDPE la empresa tuviera un fondo de desarrollo o inversión, pero este luego se descartó) y mantendrá una alta prioridad en la meta de pleno empleo.

c) Distribución del ingreso

Estimados gruesos de la distribución del ingreso en Cuba antes y después de la Revolución indican una reducción muy notable de las desigualdades 146/y en una economía tan igualitaria el impacto de la seguridad social debe ser marginal. Es obvio que el nuevo sistema de seguridad social es mucho más progresivo que el pre-revolucionario, pero no está claro que el sistema actual (especialmente desde 1979) redistribuya de los grupos de más alto a más bajo ingreso. El asegurado legalmente no paga la cotización y las prestaciones monetarias están relacionadas con el salario o ingreso. A partir de 1979 se han ampliado las diferencias entre las pensiones, al eliminarse los topes fijos mínimo y máximo y relacionarlos con el salario. Las prestaciones médico-hospitalarias son uniformes aunque hay diferentes grados de acceso y calidad de los servicios y las provincias más subdesarrolladas son las que tienen los servicios más escasos. Por último hay prestaciones que son claramente redistributivas como la exención del pago de arriendo de viviendas a los retirados de bajo ingreso, así como la concesión gratuita de medicinas (fuera del hospital) y otras prestaciones de asistencia social a los grupos de más bajo ingreso. En resumen, la seguridad social posiblemente tiene un impacto neutro en la distribución, pero a la postre esto no resulta tan importante en Cuba donde la distribución del ingreso (antes de los pagos de seguridad social) es probablemente la más igualitaria de la región.

Capítulo IV

CHILE

Chile es el país pionero de la seguridad social en el hemisferio occidental y a principios del decenio del 70 su sistema se colocaba en los primeros lugares de América Latina: comprendía todos los riesgos sociales, cubría más del 70% de su población (y era prácticamente universal cuando se tenía en cuenta la atención de salud y pensiones asistenciales), otorgaba uno de los conjuntos de prestaciones más generosos y condiciones de adquisición más liberales, y sobresalía en sus servicios y niveles de salud.

Pero la seguridad social chilena (más aún que la cubana y uruguaya) se desarrolló de forma fragmentaria, mediante concesiones estatales a grupos de presión que florecieron en el largo período de democracia pluralista, fraguando uno de los sistemas más estratificados de la región, con desigualdades notables entre los múltiples grupos cubiertos. La antigüedad, universalidad y generosidad del sistema, así como el envejecimiento de la población alta, esperanza de vida (con bajas edades de retiro) y la masificación del privilegio, provocaron un costo creciente del sistema que, en 1971, alcanzó el 17% del PIB, un record histórico no igualado desde entonces. No obstante su pesada carga, el sistema estaba equilibrado financieramente, un fenómeno explicable en gran medida porque el porcentaje de cotización máximo llegaba al 66% de los salarios, también el más alto de la región conjuntamente con el de Uruguay. El Estado efectuaba un aporte sustancial al sistema, pero se discute si lo hacía en carácter tripartito -contribuyendo al equilibrio- o como parte de sus obligaciones como empleador y proveedor de la asistencia social. En todo caso el régimen de prima media uniforme tuvo que ser eventualmente sustituido por el de reparto y el declinante excedente se transfirió a los asegurados mediante programas de préstamos y viviendas. Varios proyectos de reforma del sistema (entre ellos el más comprensivo realizado en América Latina) no pudieron ser implantados a pesar de los esfuerzos de sucesivas administraciones con distinto matiz ideológico.

La interrupción de la democracia, la desestabilización de grupos de presión, partidos políticos y sindicatos, y la concentración del poder político por el gobierno militar permitieron a este, en la segunda mitad del decenio del 70, realizar una reforma que incluyó: la uniformidad de varios aspectos cruciales del sistema, la eliminación de los privilegios más irritantes, el incremento en la eficiencia de la administración de la salud, y el inicio de un proceso de unificación. Este último, sin embargo, no ha alcanzado el grado obtenido en Cuba, Perú y Uruguay, pues los fondos de pensiones no se han fusionado, se mantienen grupos con administración separada y persisten diferencias entre los subsistemas. Al inicio del decenio en curso, se estableció un nuevo programa de pensiones basado en el ahorro privado obligatorio y la capitalización, y administrado por sociedades anónimas lucrativas que compiten entre sí y han capturado dos tercios de los asegurados que pagan una comisión por sus servicios; también se privatizó parte del sistema de salud.

La erosión del valor real de las pensiones y la reducción del gasto público de salud hasta mediados del decenio del 70 fueron principalmente responsables de la disminución del costo de la seguridad social al 9% del PIB justo al tiempo que comenzaba la reforma. Esta generó ahorros importantes pero se compensaron con la disminución del porcentaje de cotización global a un tercio, así se eliminó la cotización del empleador y se redujo la del asegurado en el programa de pensiones nuevo. El costo de la seguridad social volvió a ascender y alcanzó, en 1980, el 11% del PIB, el más alto de la región conjuntamente con el Uruguay.

Es difícil reducir o controlar el costo de la seguridad social chilena -especialmente en el programa de pensiones antiguo- debido a la liberalidad del pasado y factores demográficos irreversibles, a más de que la mayoría de las posibles medidas de ahorro ya han sido introducidas. Además, dicho programa ha sido dejado con los asegurados más viejos, próximos al retiro (con un déficit creciente), mientras que el programa de pensiones nuevo reúne a los asegurados más jóvenes y se beneficia con sus cotizaciones y transferencias del Estado por el valor de las cotizaciones acumuladas en el programa antiguo (por lo que ha generado reservas equivalentes al 30% del total de depósitos en el sistema financiero).

Aunque Chile tiene menos posibilidades que otros países para reducir el gasto, aún podrían introducirse algunas medidas en el programa de pensiones antiguo: completar su unificación, reducir las desigualdades en las pensiones, terminar la cuenta individual y unificar la recaudación, lo que permitiría un mejor control de la evasión y la mora. El factor más importante en la reducción (o al menos control) del gasto a largo

plazo en el sistema será el éxito o fracaso del programa de pensiones nuevo. Si las aseguradoras privadas desarrollan una verdadera competencia entre sí, reducen sus costos operativos, disminuyen la comisión cargada a los asegurados, mantienen una alta rentabilidad de la inversión (a través de su diversificación y el desarrollo del mercado de capitales) y pagan pensiones adecuadas, el sistema nuevo podrá afianzarse y sobrevivir a la desaparición del sistema antiguo y así convertirse en un modelo alternativo para el resto de la región.

1. Evolución histórica

a) El sistema estratificado

Chile es el país pionero de la seguridad social en el hemisferio occidental puesto que fue el primero en introducir el seguro social. Pero su sistema (más aun que los de Cuba y Uruguay) se desarrolló en forma gradual y estratificada durante los primeros 70 años del siglo XX, mediante concesiones estatales a grupos de presión poderosos que florecieron en un clima de democracia pluralista. A principio del decenio del 70 el sistema chileno cubría todos los riesgos sociales (vejez, invalidez, muerte, riesgos profesionales, enfermedad común, maternidad, desempleo y asignaciones familiares) y la cobertura poblacional sobrepasaba las dos terceras partes, la segunda más alta de la región. Debido al largo período democrático, el fuerte sindicalismo y la movilización política, se produjo un fenómeno peculiar: la "masificación del privilegio", pues a medida que los estratos sociales más bajos adquirieron poder, ejercieron presión sobre el Estado para aproximar algunas de las condiciones generosas disfrutadas por los grupos privilegiados. 147/

Desde fines del siglo XIX y durante el primer cuarto del siglo actual sólo aparecieron en Chile programas de pensiones para las fuerzas armadas (que también recibieron protección por enfermedad), empleados públicos y trabajadores de los ferrocarriles, así como el programa de riesgos profesionales para obreros. En 1924-1925, bajo la presidencia de Alessandri Palma, se fundaron los dos programas de pensiones más importantes: el Servicio de Seguro Social (SSS) que cubrió a los obreros (los que también recibieron protección por enfermedad-maternidad) y la Caja de Previsión de Empleados Particulares (EMPART) que cubrió a los empleados privados; además se creó la Caja de Empleados Públicos y Periodistas (CANAEMPU) que amplió las prestaciones de este grupo. En los 50 años siguientes se establecieron programas de pensiones independientes, para múltiples grupos ocupacionales como marina mercante (dos programas), policía (carabineros), hipódromos (seis programas), bancos (cinco programas), municipalidades (tres programas) y,

por último pero sólo parcialmente, a los trabajadores independientes. El programa de enfermedad-maternidad de los obreros evolucionó y se convirtió en el Servicio Nacional de Salud (SNS), que integró varios servicios y eventualmente incorporaría a los indigentes. La separación entre obreros y empleados se reprodujo en salud con la creación de un programa separado, el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que cubrió además de los empleados privados y públicos a otros grupos. A estos dos programas principales, en salud y el ya existente de las fuerzas armadas, se añadieron luego otros separados para la policía, la banca y otros grupos. Además proliferaron programas independientes de riesgos profesionales, asignaciones similares y desempleo para todos los grupos (ver cuadro 30).

A principios del decenio del 70 el "sistema" era un laberinto legislativo y burocrático que comprendía cientos de instituciones y programas: 31 de pensiones de vejez, 30 de pensiones de antigüedad, 30 de pensiones de invalidez, 35 de enfermedad-maternidad, 55 asistencia social, y docenas más de asignaciones familiares y desempleo. Cada una de estas instituciones tenía su propia legislación, administración, financiamiento y prestaciones, con notables diferencias entre ellas. Había al menos media docena de organismos públicos con funciones de supervisión o colaboración del sistema pero faltaba una coordinación central efectiva. Los principios de unidad, uniformidad y solidaridad no funcionaban en el sistema, pero como resultado de la pluralidad democrática había representación tripartita en la administración al menos en las instituciones del sector privado.

Al comienzo del decenio del 70 el costo de la seguridad social chilena estableció un record continental, sólo superado por los países más desarrollados de Europa. Se alegaba que este alto costo tenía una repercusión negativa en el empleo (ver sección 6b) pero que el sistema generaba un impacto ligeramente progresivo en la distribución -aunque hay evidencia contradictoria sobre esto último (ver sección 6c). También se criticaba el sistema por el fuerte subsidio estatal que requería aunque este aspecto es objeto de discusión (ver sección 4c).

Varios estudios sobre la reforma de la seguridad social se condujeron en Chile entre mediados del decenio del 50 y principios del decenio del 70. Estos estudios describieron las desigualdades del sistema y recomendaron su unificación legal, administrativa y financiera, uniformidad de las condiciones de adquisición de las prestaciones, eliminación de privilegios, y universalización de la cobertura. El estudio más importante fue el realizado a principios del decenio del 60 por la Comisión Prat que trabajó durante tres años y produjo

25 volúmenes y más de 1.500 páginas, convirtiéndose en el informe más comprensivo de la seguridad social realizado en América Latina. 148/ Nuevos intentos fallidos de reforma fueron hechos bajo las presidencias de Frei y Allende, pero ningún gobierno tuvo suficiente poder sobre los grupos de presión y sus opositores políticos para imponer la necesaria reforma.

b) Reformas y privatización del sistema

Los poderes extraordinarios asumidos por el gobierno militar y la eliminación o desestabilización de grupos de presión, partidos políticos y sindicatos le permitió tomar el control de las instituciones de seguridad social e introducir una serie de reformas en 1974-1979 que parcialmente redujeron la multiplicidad existente y eliminaron los privilegios más notables y costosos: i) en desempleo se introdujo un sistema uniforme y universal del subsidio; ii) en asignaciones familiares se uniformó el monto y se creó un fondo común; iii) en pensiones se estableció un monto mínimo uniforme, se fijaron edades de retiro iguales para todo el sistema, se eliminaron el retiro por antigüedad y las pensiones "perseguidoras" (cuyo monto se reajustaba con el salario del cargo que ocupaba el retirado), se uniformó el ajuste al costo de vida, y se extendieron las pensiones asistenciales; iv) en salud se coordinaron los dos programas principales (obrerros y empleados) bajo el Ministerio de Salud y se uniformó el sistema de adquisición de prestaciones aunque en la práctica subsisten diferencias entre ambos grupos; v) se eliminaron las indemnizaciones por despido, préstamos y otros beneficios; y vi) se suprimió la cotización del empleador al programa de pensiones y se planeó la eliminación en 1986 de su cotización a los programas de asignaciones familiares y desempleo. Estas reformas no tocaron el programa de riesgos profesionales y excluyeron de sus disposiciones a las fuerzas armadas y la policía. 149/

Paralelo al antiguo sistema reformado, en 1981 se establecieron sistemas nuevos de pensiones y salud, administrados por sociedades anónimas privadas con fines de lucro que comiten por los asegurados y les cargan una comisión por sus servicios: las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y los Institutos de Salud Previsional (ISAPRE). Esta reforma es un reflejo de la ideología del modelo chileno de "economía social de mercado" en que el Estado juega un papel subsidiario, transfiriendo así parte del sistema de seguridad social al sector privado.

El sistema de pensiones consiste en un programa obligatorio de ahorro privado: se abre una cuenta individual en la que se depositan las cotizaciones de los asegurados, las cuales se invierten en el mercado de capitales y producen un beneficio. Los asegurados en el sistema antiguo tienen un período de 5

años (que vence en 1986) para permanecer en el mismo o mudarse al nuevo, pero una vez que se deja el sistema antiguo no se puede regresar a éste. (No obstante en 1983 se dictó una ley que autorizó a regresar al sistema antiguo a unos 600 asegurados que tenían casi cumplidos sus requisitos para el retiro pero que, confundidos por los reclamos del sistema nuevo se cambiaron a éste). A partir de 1983 todos los trabajadores asalariados que entren en el mercado de trabajo son automáticamente afiliados al sistema nuevo mientras que los trabajadores por cuenta propia pueden afiliarse voluntariamente. Hay libertad para seleccionar la AFP y para cambiarse tantas veces como se desee aunque antes se podía hacer cada 30 días y ahora toma 180 días. Se proyecta que a largo plazo el sistema antiguo desaparecerá y será sustituido por las AFP.

El nuevo sistema privado de salud tiene menos importancia que el de pensiones porque se supone que su objetivo no es sustituir al sistema antiguo sino complementarlo y desarrollar la medicina privada. Sólo los asegurados a las AFP pueden afiliarse a las ISAPRE que ofrecen varios planes de salud con prestaciones -y costos- diversos pero nunca inferiores a los vigentes en el sistema antiguo. El asegurado puede cambiar libremente de ISAPRE y regresar al sistema antiguo si así lo desea.

En resumen, siendo el pionero en América Latina, el sistema de seguridad social chileno nació antes que ningún otro y, mediante la interacción del Estado con los grupos de presión, alcanzó una cobertura universal de riesgos y casi universal de población pero con un alto costo y una estratificación y desigualdades agudas. Los poderes extraordinarios asumidos por el gobierno militar le permitieron reformar el sistema antiguo, uniformando ciertas prestaciones y condiciones de adquisición pero sin llegar a completar el proceso de unificación y uniformidad. Por otra parte se han creado sistemas nuevos, en pensiones y salud, que funcionan esencialmente como seguro privado.

2. Estructura organizativa

El sistema de seguridad social chileno es probablemente el menos unificado y uniforme de los seis casos de estudio y se encuentra entre los de mayor multiplicidad y estratificación de América Latina. La reforma del sistema antiguo logró avances importantes en el proceso de unificación y uniformidad pero sin llegar al grado alcanzado en Cuba, Perú e incluso Uruguay.

Resulta interesante indagar por qué, a pesar del poder incrementado del Estado sobre los grupos de presión y las instituciones gestoras, no se completó la unificación del sistema

antiguo de pensiones. Una explicación es que nunca hubo la idea de fusionar las instituciones sino sólo de uniformar los aspectos básicos.^{150/} Un punto de vista contrario es que inicialmente se planeó unificarlo todo pero este proyecto fue bloqueado por la oposición de los grupos cubiertos muy celosos de mantener sus derechos adquiridos y privilegios.^{151/} Una tercera interpretación es que la unificación enfrentó problemas administrativos como la fusión de instituciones enormes y quebradas con otras pequeñas y solventes, la necesidad de completar previamente la cuenta individual, y la dificultad de lograr economías de escala más allá de las ya alcanzadas.^{152/} Algunos funcionarios no descartan la posibilidad de unificación en el futuro y se ha mencionado que en 1983 se elaboró un proyecto de ley con ese objeto. En todo caso el sistema antiguo tiene una vida proyectada de 40 a 50 años. ^{153/}

En el programa de pensiones, el sistema antiguo no ha logrado la fusión de los fondos y la uniformidad legislativa de las diversas instituciones, pero en algunos casos se han formado grupos con una administración conjunta que recauda las contribuciones y tramita y paga las prestaciones: i) obreros, empleados privados y ferrocarriles; ii) municipalidades e hípicas; y iii) marina mercante. Las instituciones restantes continúan con administración independiente: empleados públicos las varias bancarias, fuerzas armadas y policía (estas dos últimas prácticamente no han sido tocadas por la reforma y dependen -como antes- de los ministerios de defensa e interior). ^{154/}

Todos los programas de pensiones antiguos excepto los dos ya citados, se encuentran bajo la jurisdicción única del Ministerio del Trabajo y Previsión Social que designa a sus directores (por lo que la administración tripartita ya no existe) y ejercita su supervisión a través de dos dependencias. La Superintendencia de Seguridad Social, que ya existía antes de la reforma, continúa con la auditoría pero ha perdido otras funciones que ejercía anteriormente. El Instituto de Normalización Previsional -creado en 1980- propone medidas para reformar el sistema, impulsa la cuenta individual y administra un fondo (financiado con aportes estatales, venta de activos de las instituciones e inversión) con el que cubre los déficit de las instituciones en el sistema antiguo y financia en el sistema nuevo las cotizaciones acumuladas en el antiguo. ^{155/}

En el sistema nuevo de pensiones existen en la actualidad doce AFPs y dos de ellas concentran la mitad de los afiliados. El sistema está controlado por la Superintendencia de las AFP que autoriza su funcionamiento, fija su reglamentación, lleva el registro, publica estadísticas, y fiscaliza la contabilidad, reserva, inversiones y pago de prestaciones. Las AFP tienen un fondo separado de pensiones al que ingresan las contribucioo

nes de los afiliados; ese fondo se invierte y, de acuerdo con su rentabilidad, se paga un dividendo a los asegurados, cada uno de los cuales tiene una cuenta individual.

El antiguo sistema de salud (SNS y SERMENA) ha sido unificado bajo el Ministerio de Salud y administrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Las antiguas instalaciones médico-hospitalarias han sido integradas en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) pero reorganizados 27 servicios de salud regionales con su propia administración. FONASA centraliza el presupuesto de salud pública (incluso financia los servicios de salud del SNSS) pero no tiene instalaciones propias sino que concierda convenios con médicos, hospitales, clínicas y otros servicios privados. Los indigentes y obreros (que no sobrepasan cierto nivel salarial) tienen derecho a la atención gratuita en los servicios de salud del SNSS. Los empleados (como herencia del antiguo sistema) tienen derecho a la libre elección, ahora en tres niveles distintos con costos crecientes, pero FONASA financia sólo una suma básica igual para los tres niveles por lo que subsidia entre el 25 y el 50% de la atención. Los asegurados compran un bono en FONASA (que incluye el subsidio) para uno de los tres niveles (pagando la diferencia de su bolsillo) y con ese bono pagan por los servicios; los proveedores redimen el bono en FONASA. Teóricamente los obreros también tiene derecho a la libre elección pero en la práctica muy pocos lo ejercitan debido al costo de los servicios. Por otra parte los empleados pueden usar los servicios de salud del SNSS (pagando el equivalente al nivel mínimo) pero no lo hacen en la práctica pues prefieren los servicios privados. Aún se mantienen servicios de salud independientes de algunas instituciones antiguas como las fuerzas armadas, policía y ferrocarriles. Actualmente hay un proyecto de ley que integrarían estos servicios independientes bajo FONASA quizás exceptuando a las fuerzas armadas y policía.156/

En el sistema nuevo de salud existen actualmente 15 ISAPRES pero las dos mayores concentran el 56% de los afiliados. Sólo la ISAPRE mayor tiene su propio hospital y servicios, las otras carecen de servicios propios por lo que contratan con médicos, hospitales y servicios privados. El Ministerio de Salud supervisa el sistema cuidando que se cumplan las regulaciones en vigor.

El programa de riesgos profesionales continúa siendo operado por las antiguas instituciones de seguridad social, así como por tres sociedades mutuales de empleadores y una agencia pública. Las asignaciones familiares han sido igualadas y unificadas; se administran por el Fondo Unico de Prestaciones Familiares. Por último hay un régimen uniforme de subsidios de cesantía pero su administración está a cargo de las antiguas instituciones de seguridad social. Todos estos programas

están supervisados por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

A pesar del principio de subsidiariedad estatal, del modelo social de mercado y de la privatización de una parte importante de los programas de pensiones y salud, aún el Estado Chileno juega un papel crucial en la seguridad social. En el sistema antiguo, el programa de pensiones está ahora bajo mayor control del Ministerio del Trabajo y Previsión Social que antes; también se ha eliminado la participación tripartita en la administración y el Estado subsidia los déficit crecientes. El programa de salud está subordinado al Ministerio de Salud y aunque hay mayor descentralización -y, por supuesto, privatización- de los servicios, FONASA controla todo el presupuesto público. El sistema nuevo de pensiones es privado pero obligatorio y tiene una fuerte regulación estatal; además la mayoría de las inversiones está en valores estatales y el bono de reconocimiento envuelve una transferencia de fondos públicos. En todo caso el sistema chileno es el que tiene una mayor participación del sector privado en los seis casos de estudio.

El proceso de unificación y uniformidad del sistema antiguo de seguridad social debería completarse, fusionando los fondos de pensiones, unificando por completo su administración y uniformando las condiciones no afectadas por la reforma. El sistema de salud debería integrar a los pocos programas independientes. Sería conveniente también crear un solo mecanismo de recaudación así como de recolección y publicación de estadísticas consolidadas del sistema.

3. Cobertura de la población

a) Cobertura legal y estadística

La legislación de seguridad social chilena tiene la cobertura más amplia -con las de Cuba y Uruguay- de América Latina, pues comprende a todos los asalariados (incluso a los agrícolas y servicio doméstico) así como a los trabajadores independientes (que tienen cobertura obligatoria en el sistema antiguo pero voluntaria en el nuevo). Los que no están asegurados -o lo están pero no reúnen los requisitos para adquirir el derecho- y carecen de recursos (indigentes) tienen derecho a pensiones asistenciales, atención de la salud gratuita y una asignación familiar especial. Los desempleados que no tienen derecho al subsidio de cesantía (aunque están en un plan de empleo asistencial) califican también para las pensiones asistenciales, atención de salud gratuita (por tres meses después de la cesantía) y asignaciones familiares; a partir de 1983, los asegurados en las AFP que pierden su empleo no tienen que pagar comisiones durante el primer año de desempleo.

Los dependientes del asegurado, incluyendo cónyuge e hijos dependientes, así como pensionados y sus dependientes tienen derecho a las prestaciones no-monetarias de enfermedad-maternidad.

El cuadro 31 muestra la cobertura estadística en seguridad social pero no incluye las pensiones y atención de salud asistenciales por lo que en ese sentido subestima la cobertura. El cuadro termina en 1980 antes de que se creara el nuevo sistema por lo que se refiere al sistema antiguo. Es posible que debido a la multiplicidad de instituciones hubiera cierta sobreestimación resultantes de la cobertura de un mismo asegurado por más de una institución. Las cifras de activos son de afiliados, no necesariamente de cotizantes pero esto, aunque tiene importancia con respecto a la evasión, no lo tiene tanto en cuanto al derecho a recibir las prestaciones (especialmente las de salud) pues un afiliado podía recibir atención por varios meses después de hacer una cotización. El porcentaje de cobertura de la población total aumentó de 60% en 1960 a 71% en 1973, luego se estancó y descendió a 67% en 1980. El porcentaje de cobertura de la PEA en pensiones aumentó de 71% en 1960 a 76% en 1973 y luego descendió a 62% en 1980. Del total de activos cubiertos alrededor del 69% estaba en la caja de los obreros (SSS), el 12% en la de empleados privados (EMPART), el 10% en la de empleados públicos (CANAEMP) y sólo el 9% en el resto. 157/ No se tienen cifras sobre la cobertura de riesgos profesionales, desempleo y asignaciones familiares pero debe ser similar a la cobertura en pensiones.

La caída en el porcentaje de cobertura poblacional en 1975-1980 puede ser un efecto de las altas tasas de desempleo en ese período, así como de un incremento de la evasión y, de una depuración de la doble contabilidad en las principales instituciones aseguradoras, después del proceso de unificación parcial. Debido al retroceso en la cobertura poblacional del sistema aseguratorio chileno y al avance de otros países, en 1980 Chile había descendido en este aspecto al sexto lugar en América Latina y ocupaba el último lugar entre los países del grupo alto. Pero debe tenerse en cuenta que a medida que descendió la cobertura aseguratoria debe haberse incrementado la atención asistencial, aunque el nivel y calidad de ésta son inferiores, v.gr., el monto de la pensión asistencial es un tercio de la pensión regular mínima.

No existen estadísticas después de 1980 que consoliden la cobertura del sistema antiguo y el nuevo. Las estadísticas de las AFP indican que el número de afiliados creció de 501.693 en mayo de 1981 (cuando se inició el sistema) a 1.741.000 en diciembre de 1982 y 1.804.035 en abril de 1983 (de los cuales el 96%, eran asalariados y el 4% trabajadores independientes).

A partir de abril de 1983 se repite la misma cifra y se anuncia que la misma está subestimada y que habrá de revisarse, pero un año después no se había dado aún la cifra revisada. 158/ No se han publicado estadísticas del sistema antiguo pero la Superintendencia de Seguridad Social estima que la cifra de afiliados (excluyendo fuerzas armadas y policía) había descendido a 1.117.300 en 1981 y a 829.800 en 1982. 159/ Si a esto añadimos la cifra de los cubiertos en las fuerzas armadas y la policía en 1979 (110.546), el total del sistema antiguo en 1982 debía ser alrededor de 940.000. Sumando las cifras de los sistemas antiguo y nuevo en 1982 arribamos a un total de 2.681.000 lo que representa el 67.4% de la PEA estimada en 3.976.000. 160/ De ser correctos estos cálculos, la cobertura en 1982 era prácticamente igual a la de 1980 y se dividía en 65% en el sistema nuevo y 35% en el antiguo.

Los cálculos anteriores, sin embargo, están afectados por duplicación. Un número significativo de los que se cambiaron al sistema nuevo no notificaron al sistema antiguo su acción y, al no preguntárseles en las AFP si era un cambio o nuevo afiliado, pueden estar contados en ambos. Un asegurado que cambia de institución puede estar registrado en varias AFP, especialmente en el sector agrícola debido al cambio frecuente de empleador y al registro con nombres diferentes. En EMPART, una tercera parte de los registrados no tienen carnet de identidad con código único verificado y la situación es peor en el SSS. 161/ Un estimado no oficial, que tiene en cuenta estos problemas, da el número de afiliados de las AFP en 1983 como 1.400.000 y el del sistema antiguo en 870.000 para un total de 2.270.000, o sea, el 57% de la PEA. 162/ Estas cifras son de afiliados pero el número de cotizantes activos es menor como se verá más adelante (sección 4b).

Con respecto al programa de enfermedad-maternidad, un estudio reciente estima que el 40% de la población está cubierto por el SNSS, otro 40% por FONASA e instituciones independientes (dentro de este grupo en 1983, un 49% era atendido en el primer nivel, un 41% en el segundo y un 10% en el tercero), un 10% por ISAPRES y seguros privados, y el restante 10% por servicios médico-hospitalarios privados. 163/ Originalmente se proyectó que, a fines de 1983, habría 100 ISAPRES, con 300.000 contratados y un millón de afiliados, pero las cifras alcanzadas fueron muy inferiores: 15 ISAPRES, 108.000 contratos y unos 400.000 afiliados -el 3.4% de la población total. 164/

b) Factores estructurales determinantes

La rápida extensión y alta cobertura de seguridad social en Chile ha sido facilitada -como en Costa Rica, Cuba y Uruguay- por varios factores estructurales: la alta proporción de trabajadores asalariados (67% de la fuerza laboral); la proporción relativamente pequeña de trabajadores por cuenta propia (25%) y familiares no remunerados (4%); la baja proporción de la fuerza laboral en la agricultura (23%); y el altísimo grado de urbanización (81%) y buena red de comunicaciones. Al sumar los porcentajes de la PEA en los sectores formal (54%) y moderado (14%) se arriba en 1980, a un porcentaje de 68%; si a este se añade el porcentaje de servicio doméstico (6%) -cubierto en Chile- resulta un porcentaje de 74%, igual al porcentaje de cobertura de la PEA a mediados del decenio del 70.

Por otra parte, aunque Chile tenía en 1980 una tasa de subempleo equivalente bastante bajo (9.7%), su tasa de desempleo abierto era la segunda más alta de la región (9%) y se duplicó en 1982 (19%). Más aún, si bien las cifras del censo de 1982 aún no están disponibles, una comparación entre las distribuciones de la PEA por categoría ocupacional en 1970 y 1978 indica una reducción en el porcentaje de trabajadores asalariados e incrementos en los porcentajes de trabajadores por cuenta propia y familiares no remunerados. 165/ Esto puede explicar en parte la caída en la cobertura aseguratoria de la PEA en el decenio pasado.

c) Diferencias en la cobertura poblacional

No existe una distribución de la población total asegurada por regiones, pero el cuadro 32 muestra las diferencias entre las mismas en cuanto a la cobertura de la PEA. A diferencia de otros países, la cobertura más alta no se registra en la región metropolitana, donde está la ciudad capital, sino en otras cuatro regiones: Magallanes-Antártica, Tarapacá, Antofagasta y Atacama. La razón es que estas cuatro regiones tienen el PIB per cápita más alto de Chile y porcentajes de urbanización similares a los de la región metropolitana. Además, las tres primeras regiones (I, II y III) concentran la riqueza minera y han sido la cuna del movimiento sindical, mientras que la última región (XII) es un centro petrolero y una de las bases militares más importantes del país. Estas cuatro regiones, además de su riqueza e importancia estratégica, tienen las poblaciones más pequeñas de Chile (con una excepción) y con una altísima concentración. Por el contrario las dos regiones con el porcentaje más bajo de cobertura (los Lagos y la Araucanía) son las que tienen también el PIB per cápita y el grado de urbanización más bajo, a más de poblaciones relativamente grandes y muy dispersas. 166/ Un análisis

con cifras de 1960, que no es estrictamente comparable pues se hizo entre las provincias, mostró que las provincias mejor y peor cubiertas eran las mismas que las correspondientes a las regiones de 1980, con la única excepción de Magallanes que casi duplicó su cobertura como resultado de la explotación petrolera. 167/

En el Cuadro 33 se pueden apreciar las diferencias en el grado de cobertura entre ramas económicas en 1970 y 1980. Los estimados adolecen de defectos relacionados con cambios en las definiciones de las ramas y el alto porcentaje de asegurados en actividades no especificadas en 1980. Aunque esto impide un análisis comparativo de los dos años, al menos indica que las actividades mejor cubiertas (algunas sobrecubiertas por defectos estadísticos o doble cobertura) son minería, electricidad, gas y agua, industria manufacturera y construcción, mientras que la peor cubierta es la agricultura (aunque las distribuciones no son estrictamente comparables, indican un aumento en la cobertura agrícola y una caída en la de servicios -probablemente personales- y comercio). Entre los casos de estudio en que existe este tipo de información, Chile es el que tiene el porcentaje más alto de cobertura en la agricultura en parte explicable por el grado relativamente alto de asalariados y sindicalización de este sector comparado con el de otros países.

d) Población no cubierta

El análisis anterior ha identificado varios grupos que o bien no tienen cobertura del seguro social o la tienen muy baja. Con respecto a los trabajadores por cuenta propia, se ha estimado que en 1982 había alrededor de 76.000 asegurados en el sistema antiguo y 79.653 en el nuevo; el total de 155.653 asegurados es el 21% del número de trabajadores ocupados en dicha categoría (737.000). 168/ (El número de trabajadores por cuenta propia asegurados en las AFP descendió de 171.645 en enero de 1982 a 73.624 en abril del mismo año, dándose como explicación oficial una depuración de los archivos, pero también puede haber sido en parte el resultado de la crisis económica). En 1982 había, además, 679.100 desempleados que no tenían cobertura aseguradora o sólo por un período temporal y a esto habría que añadir los que están en planes de empleo asistencial. Por último había unos 116.000 familiares no remunerados que tampoco tenían cobertura aseguradora. 169/ El total no asegurado de estos tres grupos era 1.376.000, equivalente al 39% de la PEA en 1982. En el Cuadro 31 vimos que, en 1980, el 38% de la PEA no aparecía cubierto. Se presume que los asegurados en la agricultura son asalariados y que los no asegurados son básicamente pequeños propietarios, trabajadores por cuenta propia, familiares no remunerados o desempleados, por lo que el grueso de los no cubiertos ya

están contabilizados en los cálculos anteriores. Pero es probable que parte de los asalariados en la agricultura (y posiblemente en servicios personales y comercio) no esté asegurado por evasión. Se recuerda, sin embargo, que los sectores no asegurados están amparados por programas asistenciales aunque estos son de menor calidad que los aseguratorios.

e) Medidas para mejorar la cobertura

Para poder determinar con certeza quienes están asegurados y quienes no, es necesario depurar las cifras de los sistemas antiguo y nuevo. Para ello debe completarse la entrega del carnet de identidad con código único verificado y la cuenta individual en ambos sistemas, lo que eliminaría la duplicación. La publicación de las cifras consolidadas de la cobertura en ambos sistemas se anunció para fines de 1983 pero aun no se había materializado a mediados de 1984.

La cobertura de los trabajadores por cuenta propia debería hacerse obligatoria en el sistema nuevo. Además, habría que continuar el esfuerzo por mejorar la cobertura en las regiones menos desarrolladas y en las ramas económicas peor cubiertas como la agricultura. Un paso positivo ha sido la exención del pago de comisiones a las AFP durante el primer año de desempleo.

4. Financiamiento

a) Fuentes de financiamiento

Antes del proceso de uniformización parcial de las cotizaciones salariales había grandes diferencias entre los diversos grupos asegurados. A fines del decenio del 60 la cotización global fluctuaba del 14 al 66% (una de las dos más altas en la región); el empleador debía pagar la mayor parte, del 2 al 52% y el asegurado del 2 al 19%. La contribución estatal se fijaba como un porcentaje del salario en unos pocos casos y era pequeña (5.5%), pero en la mayoría consistía en impuestos especiales (v. gr., sobre pagos del gobierno y municipalidades, entradas de espectáculos, documentos legales, importaciones y exportaciones, pasajes, depósitos bancarios, apuestas) o en subsidios para cubrir los déficit. La distribución de los ingresos por fuente en todo el sistema mostraba que cuatro quintas partes de los mismos procedían del empleador y el Estado y menos de una quinta parte del asegurado. La razón de la cotización del empleador más la del Estado sobre la del asegurado era de 6 veces en las fuerzas armadas, 3.6 veces en las instituciones que cubrían a los obreros, 2.5 veces en las que cubrían a los empleados privados y 1.2 veces en las de los empleados públicos. 170/

Las reformas de los diez últimos años refujeron notablemente el porcentaje de cotización global, pero con diferencias importantes entre las diversas instituciones. En todas las del sistema antiguo y el nuevo se eliminó la cotización del empleador con excepción de la de riesgos profesionales; no obstante se fijó una cotización que se ha ido reduciendo y se proyecta desaparecerá en 1986, pero ésta va al fisco, no a las instituciones de seguridad social (ver el cuadro 34). El estado no paga una cotización salarial y aparentemente ha eliminado los impuestos especiales, pero reconoce el valor de las contribuciones de los que se trasladaron al sistema nuevo mediante un "bono de reconocimiento" que se deposita a nombre del asegurado en la AFP en que está afiliado y se debe hacer efectivo al tiempo en que éste acceda a su derecho, mientras que en el sistema antiguo el pago se hubiera distribuido durante la vida del pensionado. Este bono representa una mitad del capital de los que se retirarán en los dos próximos decenios, se ajusta a la inflación y devenga un interés anual. Por otra parte el Estado debe financiar los déficit crecientes del sistema antiguo y pagar las pensiones y atención de salud asistenciales, así como el subsidio de cesantía y las asignaciones familiares en ambos sistemas.

La cotización del asegurado es mayor en el sistema antiguo que en el nuevo. En el antiguo fluctúa entre 24.8 y 29.9% entre los tres grupos principales (pero las hay menores y mayores en otras instituciones) mientras que en el sistema nuevo es de 19.7%. En el programa de pensiones nuevo hay un porcentaje de cotización mínimo (igual para trabajadores asalariados y por cuenta propia) que goza de exención de impuestos, y se pueden hacer contribuciones adicionales voluntarias que no están exentas y fluctúan de acuerdo con las AFP. Los que optaron por trasladarse al sistema nuevo se beneficiaron con una reducción en el porcentaje de cotización (entre 5 y 10 puntos porcentuales) aumentando así su ingreso neto, pero ese beneficio no se concedió a los que permanecieron en el sistema antiguo. (Ver cuadro 34). Este incentivo para el traspaso ha sido justificado con el argumento de que el corte fue posible debido a que el sistema nuevo es más eficiente que el antiguo. Pero la explicación real parece radicar en el ahorro resultante de las reformas de 1974-1979 que se aplicaron a ambos sistemas pero beneficiaron sólo al nuevo. 171/

El cobro de las cotizaciones no está unificado. Las AFP recaudan sólo la de pensiones; el resto son recaudadas por las antiguas instituciones. La cotización por enfermedad-maternidad, que se ha incrementado del 4 al 6% en 1981-1984, se transfiere a FONASA o a las ISAPRE de acuerdo con la afiliación del asegurado.

Además de las cotizaciones, los afiliados al sistema nuevo deben pagar una comisión a la AFP por sus servicios (una suma fija y un porcentaje sobre el pago). La comisión varía según las AFP, y debe idealmente ser reducida a un mínimo a través de la competencia entre ellas. A pesar de que hay indicaciones de mayor competencia aún se mantienen las 12 AFP originales y las posibilidades de entrada al mercado de nuevas AFP son muy restringidas por la inversión cuantiosa que se requiere. En 1981, al iniciarse el programa, dos de las AFP concentraban el 63% de los afiliados y cuatro el 81%; aunque ha ocurrido un proceso de desconcentración, en 1983 aún las dos AFP mayores tenían el 49% de los afiliados y cuatro el 67%. Se argumenta, sin embargo, que los porcentajes de 1983 son inferiores a los de concentración en las industrias chilenas. 172/ Entre 1981-1983 la comisión fija promedio se duplicó (un 30% de incremento real) pero la comisión porcentual promedio se redujo en un 10%, por lo que se hace difícil calcular si ha habido un cambio neto significativo. Sin embargo, los incrementos afectaron a los cotizantes con salarios más bajos y se ha estimado que el costo de la comisión para el asegurado en un promedio de 45 años le costará entre el 37 y el 47% del capital de su cuenta individual. 173/

El sistema antiguo se basa en el reparto y, por tanto, no tiene inversiones. El sistema nuevo (AFP) se basa en la capitalización completa (como el seguro privado) y en mayo de 1984 había acumulado 121.000 millones de pesos (aproximadamente 1.100 millones de dólares al cambio paralelo) equivalentes al 30% de los depósitos en el sistema financiero. Al comienzo de 1984, el 50% de las inversiones estaban en letras de crédito, el 44% en títulos emitidos por el Estado y el 6% restante en depósitos a plazo y "deventures" de empresas privadas y públicas. Aproximadamente el 72% de la inversión estaba en títulos del Estado o en depósitos o letras hipotecarias en bancos estatales o intervenidos por el Estado. 174/ La inversión tuvo una altísima rentabilidad en los dos primeros años del sistema: una tasa anual real promedio del 22% sobre la cotización y una tasa sobre la cuenta individual que fluctuó entre 10 y 21% de acuerdo con el ingreso de los cotizantes. 175/

b) Mora y evasión

Como ya se ha dicho, el número de afiliados (ver cuadro 31) tanto en el sistema antiguo como en el nuevo, es muy superior al de los cotizantes. La Superintendencia de las AFP pública regularmente la distribución porcentual de cotizantes pero no las cifras absolutas, por lo que no puede saberse con certeza el porcentaje de evasión y mora en el sistema nuevo. La Superintendencia de Seguridad Social ha estimado, extraoficialmente, que en el decenio del 70 la sobreestimación de afiliados sobre cotizantes era del 30%. Un gran número de

afiliados al SSS (especialmente trabajadores agrícolas y del servicio doméstico) se afiliaban para poder recibir atención de salud pero pagaban muy pocas cotizaciones. En SERMENA los empleados afiliados recibían atención por varios meses después de la última cotización y cuando debían mucho obtenían un carnet nuevo alegando que habían comenzado a trabajar. 176/

Ya se ha apuntado que en las AFP el número de afiliados, eliminada la duplicación, se ha estimado en 1.4 millones y de éstos se calculaba en 1983 que sólo 900.000 cotizan regularmente, o sea, que hay un 36% de evasión y mora. Como antes en el sistema antiguo, estos afiliados cotizan sólo esporádicamente para asegurarse la atención de la salud. 177/ En 1981-1982 debido a las altas tasas de interés, muchos empleadores retenían las cotizaciones y las colocaban en el mercado bancario a corto plazo, pues el alto rendimiento les permitía pagar luego una multa y embolsillarse una utilidad; este problema fue más tarde corregido por la Superintendencia. 178/

Para controlar la evasión es necesario completar la identificación única a nivel nacional y la cuenta individual. Ya se han mencionado algunos problemas con respecto a la identificación. En cuanto a la cuenta individual se reporta que en el SSS se está procesando la información la cual está concentrada pues había un código único y un archivo único. También este procesamiento parece ser relativamente fácil en CANAEMPU, pues el Estado y los organismos públicos llevaban un buen control. Pero la situación en EMPART es más complicada pues la información está dispersa en las planillas de contribución. A mediados de 1983 se proyectaba que este proceso tomaría de 4 a 6 meses en el SSS, de 8 a 10 meses en CANAEMPU y de 1 a 2 años en EMPART, pero un año más tarde se informó que en este último tomaría unos cinco años. 179/ En el sistema nuevo las AFP deben llevar la cuenta individual al día e informar periódicamente a los asegurados de sus saldos; sin embargo hemos visto que hay problemas de duplicación y aún no se han publicado estadísticas sobre el número real de cotizantes. Por último la diversidad de agencias recaudadoras de las cotizaciones (AFP y diversas instituciones del sistema antiguo, algunas de las cuales han contratado con bancos para esta tarea) complica el control de la evasión y la mora.

c) Equilibrio financiero

El cuadro 35 presenta el balance de ingresos y egresos del sistema antiguo de la seguridad social chileno en 1968-1980. Todos los programas aparecen generando un excedente (con excepción de déficit en asignaciones familiares en 1978 y 1980, y desempleo en 1978) y el balance general muestra también un excedente que crece del 7.5% de los ingresos en 1968 al 17%

en 1980. El punto de vista oficial actual es que este excedente se debió a las contribuciones tripartitas sustanciales del 28.6% de los egresos en 1970 al 41.4% en 1980, el porcentaje más alto de América Latina. Sin el aporte estatal, el déficit de 1980 hubiera ascaendido al 26% de los ingresos. 180/ por lo que se concluye que el sistema antiguo sólo se salvaba de la bancarrota por el creciente subsidio estatal.

Un punto de vista contrario es que el aporte del Estado se debía en parte a que el mismo no efectuaba directamente todas sus obligaciones como empleador (así el porcentaje de cotización salarial que pagaba era inferior al del sector privado) por lo que lo hacía como aporte estatal: en 1980 el 53% de dicho aporte fue al programa de pensiones de empleados del sector público que recibían pensiones muy superiores a las de los obreros y empleados privados como se verá más adelante. Otra parte sustancial del aporte estatal (el 44% en 1980) se asignaba a los programas de enfermedad-maternidad y pensiones de los obreros, para financiar la atención de la salud y pensiones de los de más bajo ingreso por lo que era realmente un programa asistencial estatal. Es interesante apuntar que cuatro quintas partes de los empleados públicos han permanecido en el sistema antiguo (por las ventajas de su programa sobre el nuevo) de forma que el Estado tendrá que seguir subsidiando a este grupo, como hacía antes de la reforma. 181/ Además el número de indigentes que reciben pensiones asistenciales y atención en la salud se ha incrementado, por lo que ha aumentado el costo de este programa.

Desde 1980 no se publican cifras oficiales del balance en el sistema antiguo pero es obvio que las reformas de 1974-1979 y la creación del nuevo sistema han provocado un agudo desequilibrio en aquél. La supresión de la cotización del empleador y el traslado de dos tercios de los asegurados (especialmente aquellos relativamente más jóvenes) redujo sustancialmente el ingreso. Por otra parte, al quedarse en el sistema antiguo principalmente aquellos relativamente próximos al retiro, acrecentó gradualmente el gasto. Más aún, desde 1982, la crisis económica con su secuela de alto desempleo, caída del salario real e incremento de la evasión y la mora redujo aún más el ingreso, mientras que el ajuste de las pensiones con la inflación aumentó aún más el gasto. Recientemente se han reportado los ingresos por cotizaciones del sistema antiguo (que ahora constituyen casi la totalidad de dichos ingresos) así como los egresos: en 1981 el déficit ascendió a 47.975 millones de pesos y creció más del doble en 1983: 110.012 millones de pesos (aproximadamente 1.200 millones de dólares al cambio paralelo). 182/ Este déficit creciente es básicamente cubierto por el Estado mediante asignaciones que hace el Insitituto de Normalización Previsional.

Como ya se ha indicado, el sistema nuevo ha acumulado en tres años de funcionamiento una reserva de unos 1.100 millones de dólares (similar al déficit del sistema antiguo en 1983). A pesar del corte en la cotización, esto es lógico en un programa recién creado y con una masa tan grande de asegurados a los que no les está permitido retirarse en los primeros cinco años de operación del programa. Además la rentabilidad de las inversiones ha sido muy alta.

La crisis económica afectó seriamente a las AFP pero no a los fondos de pensiones ya que estos tienen una cuenta separada de las otras operaciones de las AFP. Además, el Estado ha establecido una serie de garantías para los fondos: diversificación de la inversión, rentabilidad mínima y capital mínimo de reserva para garantizar dicha rentabilidad. De hecho los fondos se beneficiaron en los años de crisis con las tasas muy altas de rentabilidad aunque se proyecta una caída significativa de las mismas. Por otra parte las AFP han sufrido pérdidas cuantiosas: 2.787 millones de pesos en 1981-1983 (alrededor de 30 millones de dólares al cambio paralelo de 1983) aunque las pérdidas casi se eliminaron en el último año en que varias AFP comenzaron a producir utilidades (las pérdidas o utilidades de las AFP afectan a sus inversionistas, pero no a sus afiliados, al menos teóricamente). Aparentemente se había previsto que las AFP tuvieran pérdidas en los primeros dos o tres años debido a los gastos cuantiosos de su puesta en marcha.183/

Pero las AFP sólo sobrepasaron la crisis con la ayuda del Estado que al intervenir a los bancos con peligro de quiebra asumió la mayoría de las acciones de las cuatro AFP mayores, mientras que una AFP al borde de la quiebra fue tomada por los bancos acreedores. De acuerdo con la ley, si una AFP quiebra se disuelve y su fondo de pensiones es administrado por la Superintendencia hasta que otra AFP se haga cargo del mismo. 184/ Pero sin la intervención del Estado podría haber ocurrido una quiebra generalizada poniendo en peligro la estabilidad financiera del sistema. Además, como ya se ha dicho, el 72% de las inversiones de los fondos de pensiones están en valores estatales o en bancos estatales o intervenidos por el Estado. Por último, la estabilidad futura del sistema depende no sólo de las cotizaciones y la rentabilidad de las inversiones sino también de los bonos de reconocimiento que el Estado debe entregar por las cotizaciones hechas por los asegurados al sistema antiguo. A mediados de 1983 sólo un 7% de los asegurados tenían el bono pero se planea que todos lo tengan en 1985. 185/ En resumen, la estabilidad y solvencia financiera del nuevo sistema depende fuertemente del Estado.

En el sector de salud, aproximadamente un 3% de los afiliados a las AFP -los de mayor ingreso- se han trasladado a las

ISAPRES. Esto se estima ha creado un déficit entre 7 y 9% de los recursos que reciben FONASA para financiar la atención a la salud de los afiliados a la AFP 186/ lo que podría en parte explicar el incremento del porcentaje de cotización para enfermedad-maternidad, del 4 al 6%. Las ISAPRE han de tener un capital mínimo más un depósito de garantía y deben asegurar las prestaciones por convenios de una duración mínima de un año. La cotización mensual promedio de las ISAPRE a fines de 1983 era de 3.419 pesos, relativamente alta para el nivel de ingresos de Chile. Debido a la crisis económica, ese año el número de convenios terminados fue 37% mayor que el número de convenios suscritos. 187/

d) Regímenes técnico-financieros

El programa de pensiones en el sistema antiguo se basó originalmente en la prima media uniforme pero evolucionó gradualmente hasta que, en 1952, cambió al régimen de reparto simple. Este programa enfrenta un desequilibrio creciente que requiere transferencias cada vez mayores del Estado. Se desconoce si se ha hecho un estudio actuarial reciente del mismo.

El programa de pensiones del sistema nuevo se basa en el régimen de capitalización, como en el seguro privado. Teóricamente la prima básica de este régimen es uniforme y debe garantizar -con una inversión adecuada de las reservas- las obligaciones futuras de manera indefinida. Pero el equilibrio de este sistema se ha asegurado en parte por la confinación del grupo de alto riesgo y costo en el sistema antiguo y por el apoyo estatal a través del bono de reconocimiento y el apuntalamiento de las AFP durante la crisis. Se estima que este sistema alcanzará la situación de estabilización en unos 25 años cuando los ingresos por cotizaciones y rendimiento de las inversiones igualarán a los egresos. Sin embargo, este período podría acortarse si la política de inversiones se modificase (ver sección 6 a) o si el Estado no respaldase el grueso de la inversión que está en valores y bancos estatales o intervenidos.

El resto de los programas de seguridad social probablemente usa el sistema de reparto y requiere transferencias del Estado.

e) Medidas para aumentar los ingresos

En ambos sistemas se requiere un mayor control de la evasión y la mora, a cuyo efecto es necesario completar el sistema único de identificación nacional y cuenta individual, así como la unificación de la recaudación. El porcentaje de cotización del asegurado en Chile (aun el del sistema nuevo) es

probablemente el más alto en América Latina: es 1.5 veces mayor que el de Uruguay, 3 veces mayor que el de Costa Rica y 5 veces mayor que el de México y Perú. Además, en el programa de enfermedad-maternidad, el asegurado (salvo el indigente y el obrero) no sólo aporta un porcentaje de cotización salarial relativamente alto sino además debe pagar directamente parte considerable de los servicios. En vista de ello y de la difícil situación económica del país no es aconsejable aumentar la carga del asegurado. Como se verá en el capítulo VII, la cotización del empleador fue reducida en Uruguay pero sus ingresos sustituidos (en todo o en parte) por un impuesto al valor agregado (IVA). Se desconoce si en Chile la eliminación de dicha cotización fue suplantada con parte de los ingresos del IVA introducido en 1975. En todo caso el Estado ha cumplido con sus obligaciones efectuando las transferencias requeridas para equilibrar el sistema antiguo. Pero es necesario estudiar la posible contribución del IVA y el impacto de la eliminación de la cotización del empleador en el empleo, antes de poder hacer una recomendación sobre fuentes alternativas de financiamiento.

5. Prestaciones, gastos y costos

a) Prestaciones y condiciones de adquisición

Las diferencias entre el sistema antiguo y el nuevo, especialmente en el programa de pensiones pero también en cuanto a las opciones del programa de salud, complican el resumen de las prestaciones y sus condiciones de adquisición en Chile, así como su comparación con las de otros países. En todo caso, Chile es uno de media docena de países latinoamericanos que cubren todos los riesgos sociales.

Actualmente, en el programa de enfermedad-maternidad, el trabajador asegurado tiene derecho a prestaciones monetarias, tales como pagos en sustitución del salario por enfermedad y maternidad. Los cubiertos por el SNSS reciben directamente prestaciones en especie y servicios como exámenes periódicos, atención médico-hospitalaria, cirugía, medicinas y atención dental. Los cubiertos por FONASA reciben entre el 25 y el 50% del costo de los tres niveles de servicios, mientras que los cubiertos por las ISAPRE tienen una mayor variedad de niveles de servicio. Los dependientes con derecho a prestaciones no monetarias de salud incluyen usualmente al cónyuge, hijos y padres. En riesgos profesionales los asegurados tienen derecho a prestaciones monetarias más ventajosas que por riesgos comunes e iguales prestaciones de salud, más prótesis, rehabilitación y reentrenamiento ocupacional. En el programa de pensiones antiguo el asegurado o sus dependientes tienen derecho a pensiones de vejez, invalidez y sobrevivientes (en caso de invalidez el trabajador tiene también derecho a atención

médico-hospitalaria), así como auxilio funerario. Antes de la reforma, las instituciones que cubrían a los empleados también otorgaban pensiones por antigüedad y desempleo. En el sistema nuevo, el programa de retiro por vejez da la opción al asegurado de comparar una renta vitalicia a través de un seguro comercial, con el capital acumulado en su cuenta individual, o convenir con la AFP pagos mensuales de dicho capital; la cobertura por invalidez y sobrevivientes requiere un pago adicional. El programa de desempleo abona un subsidio monetario de 3 a 12 meses y durante ese período continúa la cobertura por asignaciones familiares y prestaciones de salud no monetarias. El programa de asignaciones familiares paga una suma mensual uniforme por dependientes incluyendo cónyuge, hijos, nietos y padres. Por último hay programas asistenciales de pensiones (para los mayores de 65 años e inválidos mayores de 18 años), atención a la salud, desempleo y asignaciones familiares para los que carecen de recursos.

Dentro del contexto latinoamericano, las condiciones legales del sistema chileno actual son muy generosas en las prestaciones de salud tanto monetarias (con muy pocas excepciones) como en especie y servicios para el asegurado y sus dependientes (pero debe recordarse que con la excepción de los cubiertos por el SNS los asegurados deben sufragar al menos la mitad de las prestaciones no-monetarias). Las condiciones del retiro de vejez (con posterioridad a las reformas del decenio pasado) son las más estrictas de América Latina después de las de México y Guatemala: 65 años de edad para el hombre y 60 para la mujer con 15 años de contribución en ambos casos. Pero antes de la reforma era posible retirarse por vejez en algunas instituciones con 50 años de edad (v. gr. bancarios) y en otras con sólo 15 a 25 años de servicios con cualquier edad (v. gr. congresistas, fuerzas armadas, bancarios, periodistas) por lo que era posible el retiro con menos de 40 años de edad. Las condiciones para las pensiones de invalidez y sobrevivientes son actualmente promedio o ligeramente más estrictas que el promedio. Teniendo en cuenta que el porcentaje de cotización salarial global en el sistema antiguo es uno de los tres más altos de la región y en el sistema nuevo es promedio, las condiciones actuales son adecuadas cuando se comparan con las de otros países. El problema es el alto costo de las pensiones en curso de pago y derechos adquiridos bajo el sistema antiguo, más el ajuste de las pensiones al costo de vida y la existencia de programas de asignaciones familiares, desempleo y asistencia social que sólo existen en unos pocos países.

El cuadro 36 muestra el avance de Chile en servicios y niveles de salud en los dos últimos decenios; se incluyen todos los servicios disponibles en el país. Los indicadores del cuadro exhiben una mejoría progresiva excepto en camas de hospital por habitante después de 1965. Entre los seis casos

de estudio Chile ocupaba en 1980 el cuarto lugar en cuanto a los indicadores de servicios de salud (la misma posición relativa que tenía 20 años antes), el tercer lugar en los indicadores de mortalidad y el cuarto lugar en la esperanza de vida (mostrando en estos indicadores un avance sobre la posición relativa que el país ocupaba en 1960). La reducción de la mortalidad infantil es una de las más notables de América Latina -especialmente a partir de 1975- y, en cuanto al cierre de la brecha, encabeza a los seis casos de estudio con una disminución del 78% entre 1960 y 1981. El Ministerio de Salud reporta una nueva reducción de la mortalidad infantil en 1983 con 21 por 1.000 lo que coloca a Chile justo después de Cuba y Costa Rica. Entre los factores que han contribuido al declinamiento de la mortalidad infantil se han señalado: la reducción en las diferencias regionales, la disminución en la natalidad, el aumento real del gasto de salud que se ha dedicado preferentemente a la atención de las madres e infantes y programas de lactancia, y la mayor cobertura de agua potable y alcantarillado. 188/

b) Desigualdades en las prestaciones

Ya se ha visto que las prestaciones y condiciones de adquisición son uniformes en los programas de asignaciones familiares, desempleo y riesgos profesionales. En el programa de pensiones se han uniformado ciertas condiciones en ambos sistemas (v. gr., en el retiro por vejez) el sistema nuevo es completamente uniforme pero aún subsisten diferencias dentro del sistema antiguo. En el programa de enfermedad-maternidad se han uniformado las condiciones de adquisición con algunas excepciones. Se alega, además, que el nivel técnico de la atención médica curativa en el SNSS y los tres niveles de FONASA es uniforme y que sólo hay diferencias en cuanto al tiempo de espera, la variedad en las especialidades de los médicos y el ambiente hospitalario, pero este aspecto no ha sido objeto de estudio. 189/

Las diferencias en la cobertura poblacional entre las regiones están correlacionadas con los servicios médico-hospitalarios disponibles en las mismas. En 1980, el número de médicos por habitante en Magallanes-Antártica era 2.4 veces mayor que en la Araucanía, mientras que el número de camas de hospital por habitante era 1.5 veces mayor. En general las regiones más desarrolladas (Magallanes, Antofagasta, Santiago, Valparaíso) tenían servicios de salud superiores a las regiones menos desarrolladas (La Araucanía, los Lagos, Aysén). En 1980, la tasa de mortalidad infantil en Santiago y Magallanes era la mitad que en la Araucanía y Los Lagos. Sin embargo las diferencias regionales se redujeron considerablemente en los dos últimos decenios y en 1980 eran de las más bajas en América Latina. 190/

El cuadro 37 muestra las diferencias en pensiones promedio entre los grupos asegurados en el sistema antiguo en 1972 y 1980. Fuerzas armadas y la policía recibían una pensión promedio que era de 6 a 7 veces mayor que la de los obreros en 1972 y de 7 a 8 veces mayor en 1980. Los empleados bancarios y los empleados públicos gozaban también de pensiones muy superiores a las de los obreros. Las diferencias en la razón de las pensiones habían aumentado en 1980. Debemos repetir la advertencia que estas diferencias no sólo reflejaban las desigualdades del ingreso pero eran también el resultado de los fuertes subsidios del Estado a los empleados públicos (que recibieron el 53% del aporte estatal en 1980) y a las fuerzas armadas y policía. No es posible hacer una comparación de la pensión promedio en el sistema antiguo y nuevo en 1983 porque las AFP aún no han concedido pensiones de vejez y no hay cifras desagregadas para las fuerzas armadas y la policía, pero es posible hacer la comparación limitada a las pensiones de invalidez y sobrevivientes y agrupando las fuerzas armadas y la policía con otras pensiones. En este contexto, la comparación de 1983 con 1980 muestra que: las diferencias entre los empleados privados y públicos con los obreros eran similares; el promedio de "otras pensiones" (incluyendo fuerzas armadas, policía, banca, marina mercante, etc.) era 4.5 veces mayor que la de los obreros; y la pensión promedio en las AFP era 3.8 veces mayor que la de los obreros pero inferior al de "otras pensiones" en el sistema antiguo. 191/ Las diferencias entre las pensiones en Chile en 1980 eran muy superiores a las de Costa Rica (ver cuadro 14) y Uruguay (ver cuadro 71) y probablemente similares a las de México (ver cuadro 49); no existe información para Cuba y Perú sobre este aspecto.

c) Costo creciente de la seguridad social y sus causas

El cuadro 38 muestra la evolución del costo de la seguridad social en Chile en 1963-1980. El gasto de seguridad como porcentaje del PIB aumentó en 1963-1971 del 10 al 17% estableciendo en este último año un record histórico regional que no ha sido igualado desde entonces. Después de 1971, con el deterioro económico, el porcentaje bajó llegando a 9.3% en 1975 y luego ascendió de nuevo, con la recuperación económica, alcanzando el 11% en 1980, aún el más alto de América Latina conjuntamente con el de Uruguay. Como porcentaje del gasto total del gobierno central, el gasto de seguridad social alcanzó el 59% en 1971 y luego descendió y en 1980 equivalía al 32%. (ver cuadro 38) Aunque no hay información sobre el gasto de seguridad social total después de 1980, cifras sobre el gasto de salud muestran un ascenso en 1981 y un deterioro en 1982-1983 debido a la crisis económica. 192/

i) Causas generales. Como en los casos de Costa Rica y Cuba, la universalización de la cobertura poblacional es una causa importante del incremento del gasto de seguridad social. Además Chile es uno de los pocos países de la región que cubre todos los riesgos sociales y, antes de la reforma, tenía un conjunto de prestaciones muy generoso con condiciones de adquisición excesivamente liberales.

Los gastos administrativos en el sistema antiguo tomaron 7.7% de los egresos en 1980 lo que era promedio en la región. No hay información sobre el número de empleados y el costo de su remuneración, pero debido a la multiplicidad de instituciones el empleo debía ser muy alto. Se reporta que la unificación parcial ha resultado en la eliminación de 300 oficinas administrativas y una reducción del 40% del personal (dos terceras partes de los cargos directivos) entre 1981 y principios de 1982 pero, a mediados de 1983, aun había un excedente del 25% que seguía recibiendo su salario pero prestaba sus servicios en otras instituciones. 193/ En el sector salud se redujo proporcionalmente el gasto de personal en parte debido a la caída del salario real pero también a que se incrementó más el personal paramédico y auxiliar que el médico. 194/

Teóricamente, la competencia entre las AFP debería reducir los costos administrativos a un mínimo pero, en la práctica, las AFP han tratado de reclutar el mayor número de asegurados mediante campañas publicitarias muy costosas (22.5 millones de dólares en el primer años de operación) y más de 80.000 vendedores que trabajan por una comisión. Los asegurados no parecen escoger una AFP en base a su desempeño (vr. gr., comisiones y cotizaciones suplementarias más bajas y rentabilidad más alta) sino en función de la imagen creada por los medios de comunicación. 195/ Una encuesta de 1982 encontró que el 75% de los afiliados a las AFP no conocía lo que pagaba y el 23% decía que lo conocía pero estaba equivocado. 196/ La Superintendencia de las AFP y algunos directores de AFP han reconocido que no ha habido una reducción significativa de costos y que el sistema debía centrar la competencia en reducir la comisión y aumentar la rentabilidad. 197/

El cuadro 39 muestra que el componente fundamental y creciente de los egresos de seguridad social es el gasto en pensiones (53% en 1980), seguido por el gasto, también en alza, de enfermedad-maternidad (22%). En tercer lugar están las asignaciones familiares que exhiben una tendencia declinante desde mediados del decenio pasado (14.5% en 1980) debido a la uniformización de este programa y la disminución del monto de las asignaciones más altas. Los programas de riesgos profesionales y desempleo tienen, combinados, una proporción pequeña (5%) aunque en ascenso, debido en el segundo al aumento del

desempleo. El resto de las prestaciones (indemnización por despido, seguro de vida, etc.) exhibe una tendencia declinante (6% en 1980) debido a la eliminación de algunas de ellas. A continuación nos concentramos en el análisis del costo de los programas de pensiones y salud.

ii) Causas relacionadas con el programa de pensiones.

En 1980 el porcentaje del gasto de seguridad social chileno en el programa de pensiones era el tercer más alto de la región, superado ampliamente por Uruguay y ligeramente por Argentina. Las causas de un porcentaje tan alto y creciente son las siguientes: la legislación de pensiones más antigua de América Latina (aunque el sistema nuevo comenzó en 1981 prácticamente todos los asegurados ya estaban cubiertos en el sistema antiguo y se les reconoce el tiempo acumulado en el mismo), universalidad en la cobertura, pensiones generosas y condiciones de adquisición muy liberales (en la mayoría de las instituciones del sistema antiguo, exceptuando el SSS), la cuarta población más envejecida de la región y la sexta esperanza de vida mayor. (Ver cuadro 54). Por otra parte el valor real de las pensiones se ha deteriorado notablemente, aunque hubo un reajuste parcial en 1977-1980.

De acuerdo con el cuadro 31, el cociente de carga demográfica (sin incluir las pensiones asistenciales) aumentó de 0.159 en 1960 a 0.458 en 1980, el más alto de América Latina después del cociente de Uruguay, el doble del cociente de Cuba y 8 veces mayor que el cociente de Costa Rica. El cociente de 1983 puede calcularse entre 0.553 y 0.638 dependiendo si el número de activos asegurados en 1983 era 2.27 o 1.97 millones (ver sección 3 a) y usando la cifra de 1.26 millones de pasivos que incluyó ambos sistemas y las pensiones asistenciales. 198/ El cociente de carga demográfica varía significativamente entre los tres sectores principales de asegurados en el sistema antiguo; en 1980 era de 0.869 entre los empleados públicos, 0.379 entre los obreros y 0.273 entre los empleados privados. 199/ El ritmo de crecimiento de la PEA se estabilizó en 2.6% en el decenio pasado mientras que los asegurados activos (afiliados no necesariamente cotizantes) descendió de 2.7% a -0.7% en parte debido a la universalización pero también por la crisis económica.

En 1960-1980 el porcentaje de la población mayor de 65 años en Chile aumentó de 4.3 a 5.5% (el cuarto más alto de la región) y se proyectaba que alcanzaría el 8% en el año 2010. (ver cuadro 40). La esperanza de vida en 1980 era de 67.6 años, la sexta más alta de América Latina y la mujer tenía una esperanza de vida de 6 años mayor que la del hombre. En el sistema antiguo las edades de retiro por vejez del grueso del sistema (obrereros, empleados privados y públicos) eran de 65 años para el hombre y 55 años para la mujer, pero los empleados

privados podían retirarse con 25 a 35 años de servicios y cualquier edad y los empleados públicos con 25 a 30 años de servicios; los otros grupos tenían años de edad y servicios aún más bajos. Una empleada en el sector público podía retirarse a los 43 años con una esperanza de vida de 33 años y un hombre a los 48 años con una esperanza de vida de 25 años.

Un estudio conducido en 1970 estimó que la eliminación del retiro por antigüedad y el aumento de la edad de retiro a 65 años para el hombre y 60 años para la mujer, permitiría reducir el porcentaje de cotización global salarial (para pagar una pensión equivalente al 85% de la media salarial) entre 15 y 37 puntos porcentuales según se tratase de una población estable o estacionaria. 200/ Las reformas del decenio pasado, que implantaron varias de estas recomendaciones, permitieron reducir el porcentaje de cotización global del sistema antiguo en 19 puntos porcentuales y el del sistema nuevo en 38 puntos porcentuales. El impacto al cambio en el costo del sistema ha sido estimado recientemente en un ahorro del 60 % del valor actualizado de las pensiones por cada trabajador y el 40% del gasto total en pensiones de EMPART. 201/ Como además, el sistema nuevo no concederá pensiones por vejez hasta 1986 (aunque sí por invalidez y sobrevivientes) y la población asegurada es joven (en 1983 el 70% de los asegurados en la AFP era menor de 40 años) el costo de este programa es muchísimo más bajo que el del sistema antiguo (que se ha quedado con la carga de las pensiones en curso de pago y los asegurados más viejos, próximos a retirarse).

El cuadro 41 muestra que en 1964-1971 el valor real de las pensiones se duplicó y como el porcentaje del gasto de seguridad social en pensiones era de un 44%, dicho aumento explica en buena medida el incremento del porcentaje gasto seguridad social/PIB de 10 al 17% en ese período. (Ver cuadro 38) Por lo contrario, de 1971 a 1975 el valor real de las pensiones disminuyó a un 40% lo que permitió reducir el costo de seguridad social al 9.3% del PIB. De 1976 a 1980 ocurre un aumento en el valor real de las pensiones (y del costo de la seguridad social) pero, en 1980, el nivel de las pensiones era el 60% del nivel de 1971. Aún así la proporción del gasto de seguridad social en las pensiones alcanzó en 1980 la cifra record de 53% (ver cuadro 41). Después de un posible aumento en 1981 el valor real de las pensiones probablemente disminuyó en 1982-1983. 202/ En este período el deterioro de las pensiones promedio ha sido peor que el de los salarios promedio y las asignaciones familiares también han sufrido una caída en su valor real.

iii) Causas relacionadas con el programa de salud.

Chile -como Cuba, Uruguay y Argentina- ya ha pasado la transición demográfica: su tasa de fecundidad es la cuarta más baja de América Latina, su tasa de mortalidad es la sexta más baja, la tasa de crecimiento de la población es la cuarta más baja y la tasa de dependencia demográfica la tercera más baja. La proporción de la población en edad productiva -un grupo con riesgo de enfermedad bajo- en 1980 era de 62%, próximo al porcentaje del Uruguay y más alto que el de los otros casos de estudio.

Pero como en los otros países más desarrollados de la región, Chile también ha cambiado su perfil patológico, así en 1982 el 57% de las principales causas de muerte eran enfermedades del aparato circulatorio, tumores malignos y accidentes mientras que sólo el 31% eran enfermedades perinatales y de los aparatos digestivo y respiratorio. 203/ Al igual que en Costa Rica, Cuba y Uruguay, Chile enfrenta enfermedades más difíciles de erradicar y cuyo tratamiento es muy costoso.

Las dos tendencias contradictorias indicadas y la pesada carga de las pensiones explican que Chile tenga un porcentaje del gasto de seguridad social dedicado a salud muy bajo, pero creciente (ver cuadro 39). No obstante, en el último decenio, se han tomado una serie de medidas para controlar el gasto público en salud, lo que ha permitido mejorar los niveles a pesar de que la disponibilidad de camas de hospital no ha variado de manera significativa. Se puso énfasis en la atención primaria, con preferencia a las madres e infantes, la nutrición y el saneamiento, logrando una reducción notable de la mortalidad infantil. También se dio prioridad a la readecuación y mantenimiento de la infraestructura hospitalaria y a la construcción de consultorios, postas y estaciones médicas rurales, reduciendo las diferencias regionales en servicios de salud. Se incrementó el personal paramédico y auxiliar -de menor costo- sobre el personal médico, se redujeron los salarios reales, se aumentó el porcentaje de capacidad hospitalaria en el SNSS (al 76% en 1980) y se disminuyó el promedio de días de estancia hospitalaria (de 11.6 en 1970 a 8.8 en 1982) 204/ Sin embargo, Costa Rica tiene un desempeño mejor en ambos indicadores mientras que el de capacidad hospitalaria es superior en Cuba y el de días de estancia es inferior en México. Además ha habido en Chile un aumento notable en la tasa de algunas enfermedades contagiosas, como la fiebre tifoidea y la hepatitis, al parecer por una reducción de la inspección del Ministerio de Salud a los establecimientos en que se procesan o sirven alimentos. 205/ En 1983 se inició una campaña de publicidad para combatir la fiebre tifoidea pero el costo de la vacuna era muy alto y la inmunización gratuita de la población de escasos recursos tuvo escasa significación.

Estimados del gasto total de salud en términos reales indican una caída entre 1970 y 1974, seguida de un ascenso hasta que en 1978 se recuperó el nivel de 1970 y en 1980 estaba en 15% sobre dicho nivel. Otros estimados sobre el gasto público, también deflaciones, muestran una caída de 1974 a 1976 (o 1977) una recuperación en 1977 (o 1978) y un ascenso hasta 1981 (o 1982) sobrepasando entre 7 o 21% el nivel de 1974, con una caída en 1982-1983 por debajo del nivel de 1974. Aunque hay consenso en cuanto a que el sector privado ha incrementado su porcentaje en el valor agregado en salud, existen discrepancias sobre la magnitud de dicho incremento, vr. gr., de 51 a 66% en 1974-1980. y de 60 a 63% en 1972-1980. 206/ En todo caso esta tendencia es en parte explicable por los cambios ya discutidos: el uso por FONASA de los servicios privados, el pago por parte de los asegurados de 50 a 75% de sus gastos de salud, y la creación de las ISAPRES.

d) Medidas para reducir el gasto

Parte del alto costo de la seguridad social chilena viene determinado por factores históricos (la liberalidad excesiva en el pasado) y demográficos (el envejecimiento de la población) que o bien son irreversible o muy difíciles de modificar a corto o mediano plazo. Más aún, en los últimos diez años se introdujo un conjunto de medidas drásticas para reducir el gasto:

i) la supresión de prestaciones excesivamente generosas (v.gr., la pensión por antigüedad, la pensión "perseguidora") y el aumento de la edad de la pensión por vejez; ii) el deterioro en el valor real de las pensiones; iii) la unificación y uniformidad parciales del sistema antiguo; iv) la reducción del personal y del salario real, el énfasis en el personal paramédico y auxiliar sobre el médico; v) la prioridad dadas a la atención primaria, la madre y el infante, la nutrición, el saneamiento y la reducción de diferencias regionales, y vi) la transferencia de parte del costo de salud a los asegurados.

Pero aunque Chile tiene menos espacio que otros países para reducir el gasto aún hay algunas medidas que pudieran adoptarse: i) completar la unificación y uniformidad del sistema antiguo; ii) eliminar el personal innecesario que aún queda; iii) reducir las pensiones muy altas de los grupos más poderosos en el sistema antiguo e igualar -en ambos sistemas- la edad de retiro por vejez de la mujer a la del hombre; iv) incrementar al máximo el uso de la capacidad hospitalaria; v) universalizar la inmunización gratuita contra las enfermedades contagiosas que muestran un ascenso y mejorar el control de las condiciones sanitarias que las provocan, y vi) reducir los costos operativos de las AFP centrado la competencia entre ellas en minimizar la comisión y aumentar la rentabilidad.

6. El impacto de la seguridad social en el desarrollo

Chile es el único de los seis casos en que existen estudios sobre el impacto de la seguridad social en el ahorro/inversión, el empleo y la distribución del ingreso.

a) Ahorro e inversión

Un estudio reciente sobre este tema compara el impacto en el sistema antiguo y el nuevo. 207/ Se plantea que el aporte estatal al programa de pensiones del sistema antiguo no representó un desahorro sino el pago de parte de las obligaciones del Estado como empleador y un mecanismo de redistribución (ver sección 4 c). Después de deducir el aporte estatal se calcula que el programa generó un excedente neto de un 20% de los ingresos en el decenio del 40 y principios del 50, pero dicho excedente declinó a menos del 10% en el decenio del 60 (como ya se ha dicho, el programa cambió el régimen de prima media uniforme por el de reparto). Ese excedente hubiera podido ser mayor si no fuera por que una buena parte de los ingresos fue transferido a la primera generación de pensionados que recibieron pensiones muy superiores a lo que habían contribuido durante su vida activa (se calcula que con un régimen de capitalización estricto sólo hubieran recibido entre 1/2 y 2/3 partes de lo que actualmente recibieron). El excedente del fondo se invirtió en préstamos y programas de vivienda para los asegurados pero, como aquellos no fueron reajustados a la inflación, en la práctica se convirtieron también en transferencias. Se concluye que el programa antiguo no generó ahorro agregado pero ayudó a redistribuir el ingreso entre generaciones sin reducir sustancialmente el ahorro y la inversión del gobierno.

Teóricamente el nuevo programa de pensiones debería promover un ahorro mayor y desarrollar el mercado de capitales; el estudio referido estima que el capital acumulado por las AFP podría ascender al 10% del PNB (de 1981) en 1986 y al 20% en 1991. (A mediados de 1984 dicho capital equivalía al 30% del total de depósitos del sistema financiero y se proyectaba que acumularía en el futuro cercano entre 70 y 90% del ahorro nacional. 208/) El referido estudio argumenta que debido a que el Estado se hace responsable tanto de subsidiar el déficit creciente del sistema antiguo como del bono de reconocimiento que se entrega al nuevo, la privatización del sistema y de la cotización envuelven una transferencia enorme de recursos del sector público al privado. Para incrementar la inversión neta agregada se requería un mayor ahorro externo y/o menores gastos del gobierno o impuestos más altos, pero estas medidas tendrían que ser separadas del sistema en sí mismo, para adecuadamente medir sus efectos. Además el estudio sostiene que el sistema ha tenido un impacto menor en el crecimiento del stock

de capital que en su control y distribución, mediante la transferencia de recursos indicada y el control de las AFP por un número reducido de consorcios financieros. Los mercados de capitales en América Latina -aduce el estudio- son generalmente pequeños y segmentados y, en algunos países, controlados por unos pocos consorcios financieros; la acumulación de fondos cuantiosos en esas circunstancias envuelve un alto riesgo de inestabilidad, así como de concentración de riqueza. Además, las hipotéticas ventajas en eficiencia administrativa son dudosas dado el alto costo de ventas y publicidad típicos de la industria del seguro. Por último, el estudio pronostica que el sistema reducirá en el futuro cercano la tasa de capitalización y/o el Estado controlará los fondos de pensiones.

Un comentario al estudio citado, plantea que el nuevo sistema chileno se basó en el modelo de los fondos de pensiones privados de los Estados Unidos pero no tuvo en cuenta que, en Chile, no existe un mercado de capitales suficientemente grande y además se sobreestimó la capacidad del sector privado para absorber el aumento sustancial de recursos financieros, una deficiencia agravada por la presente crisis económica. 209/

Ya se ha indicado que, a fines de 1983, el 46% de la inversión de los fondos de las AFP estaba en títulos emitidos por el Estado, pero, además, un 11% estaba depositado en letras hipotecarias emitidas por el Banco del Estado, y cerca de un 15% en depósitos o letras emitidas por bancos comerciales intervenidos por el Estado, o sea, que un 72% estaba directa o indirectamente controlado por el Estado. Más aún, el 100% de la inversión estaba en instrumentos de deuda lo que fomentaba el endeudamiento exagerado de la economía y a largo plazo podrá resultar en que la mayor parte del ahorro nacional estuviese invertido en préstamos. 210/ Por último, se argumenta que las actuales normas de inversión permiten inversiones cuantiosas en empresas o bancos grandes pero riesgosos y las inhiben en empresas pequeñas pero de bajo riesgo. 211/

La Comisión de Inversiones de las AFP consideró que la situación descrita envolvía un serio riesgo puesto que el Estado no invertía la mayoría de los recursos en forma reproductiva. 212/ La Superintendencia de las AFP advirtió que era necesario diversificar la inversión especialmente hacia el sector privado, que las AFP debían transformarse de recaudadoras en inversionistas eficientes y que era necesario hacer esto puesto que a medida que la deuda del sistema antiguo crecía, también aumentaría la tentación del Estado de usar los fondos del sistema nuevo. 213/ Otra posición, aunque favorable a la diversificación y privatización, era más cautelosa, argumentando que en un principio con un mercado de capitales pequeño y poco competitivo debía darse prioridad a la seguridad de la inversión. 219/

Para remediar esta situación, desde fines de 1983, comenzó a elaborarse un proyecto de modificación de las reglas de inversión de las AFP, el cual aún no había sido aprobado a mediados de 1984. El proyecto autoriza la inversión de los fondos de pensiones en sociedades anónimas, comenzando por las estatales (hasta un 50%) y, dentro de dos años, en las privadas (hasta un 30%). Se excluye la inversión en bienes raíces, préstamos directos para viviendas y otros instrumentos, ya sea por las dificultades en su administración y transacción o por el riesgo que envuelven. La inversión en sociedades anónimas controladas por el Estado se haría en empresas con alta estabilidad y rentabilidad (se dan como ejemplos agua y electricidad), mientras que la inversión en sociedades anónimas privadas se sometería a varios requisitos, v. gr., un accionista no podría tener más del 20% de las acciones de la sociedad y un fondo de pensiones no podría invertir más de un 5% de sus recursos en una sociedad anónima. El proyecto además contempla el establecimiento de una Comisión Clasificadora de Riesgos que determinaría el nivel de riesgos de la sociedad por solicitud voluntaria de la misma. 215/

De aprobarse este proyecto, el grueso de la inversión seguiría siendo canalizado en los dos años próximos hacia instrumentos estatales, aunque podría haber una reducción en los instrumentos de deuda. Pero la posibilidad de diversificación real a largo plazo depende del desarrollo eventual del mercado de capitales y un accionariado sólido y competitivo, objetivos que aún no se visualizan después de tres años de funcionamiento de las AFP.

b) Empleo

Tres estudios fueron realizados, en la primera mitad del decenio del 70, sobre el impacto en Chile del financiamiento por la cotización salarial en el empleo. Todos presumen que ese tipo de financiamiento aumenta el costo de la mano de obra y, por tanto, reduce la demanda de trabajo, por lo que un cambio en favor de impuestos que no discriminan entre los factores productivos evitaría el efecto negativo sobre el empleo (para un estudio más detallado de este tema véase el capítulo VII sección 6b). La medición del aumento del empleo a generar se por dicho cambio, se basa en la elasticidad de la demanda de trabajo con respecto a su costo. Los tres estudios utilizaron tanto estimados explícitos de dicha elasticidad como supuestos implícitos diferentes, por lo que los resultados aunque positivos fueron distinto. 216/

Los tres estudios mencionados se realizaron antes de que se introdujera el sistema nuevo y se eliminara la cotización del empleador. Pero otro estudio que se determinó en 1980

intenta evaluar el impacto en el empleo de dos medidas de la reforma que tienen efecto contrario: i) el aumento de la edad para el retiro por vejez y la eliminación del retiro por antigüedad que, al posponer el retiro de los empleados (pues los obreros bajo el SSS no disfrutaban de pensión por antigüedad) debe aumentar la oferta de trabajo o disminuir su demanda por nuevas contrataciones, y ii) la reducción de la tasa de cotización del empleador que debe reducir el costo de la mano de obra y estimular un mayor empleo. Con respecto al primer efecto se desconoce la proporción de los retirados por antigüedad que continuaba trabajando después de retirarse. El estudio analiza dos supuestos: que ninguno de ellos continuaba trabajando, en cuyo caso se estima un aumento del desempleo entre 1 y 2% una vez terminado el período de transición, y que la mitad de ellos continuaba trabajando (o todos lo hacían durante media jornada) en cuyo caso el desempleo aumentaría entre 0.5 y 1%. El efecto neto en el empleo (tomando en cuenta i) y ii)) es que si todos los retirados continúan trabajando disminuye el empleo, mientras que si sólo la mitad lo hacen (un supuesto más realista), el empleo puede disminuir o aumentar de acuerdo con la elasticidad de la demanda de trabajo. 217/

Debe notarse que el último estudio tuvo en cuenta sólo una reducción de la cotización del empleador no su eliminación, por lo que el efecto neto positivo debería ser mayor. La tasa de desempleo abierto se redujo en Chile de 7.4% en 1980 a 6.7% en 1981 pero aumentó a 11.9% en 1982 y a 15.7% en 1984. Este comportamiento, sin embargo, fue probablemente más el efecto acumulativo de las políticas neoliberales y factores conjunturales que de la reforma de seguridad social. Por tanto es necesario realizar un nuevo estudio que mida el impacto de dicha reforma en el empleo.

c) Distribución del ingreso

Varios estudios fueron conducidos sobre el impacto del sistema antiguo de la seguridad social en la distribución del ingreso. Uno realizado en 1965, midió las transferencias netas entre grupos asegurados y encontró que, en términos absolutos, los obreros (con un 70% de los asegurados y el ingreso más bajo) recibían una transferencia neta algo superior a la de los otros grupos (con ingreso más alto) pero, en términos per cápita, los obreros recibían la mitad de lo que obtenían los empleados privados y un quinto de lo que extraían los empleados públicos y las fuerzas armadas. 218/ Otro estudio similar pero limitado a pensiones, mostró resultados más regresivos pues, en términos absolutos, los obreros recibían una mitad de lo obtenido por los empleados privados y un catorceavo de lo extraído por los empleados públicos y las fuerzas armadas, mientras que las diferencias eran muchísimo mayores en términos per cápita. 219/ Además en 1959, 1965 y 1971, informes

de la comisión Prat, la Superintendencia de Seguridad Social y ODEPLAN calcularon que los no asegurados pagaban un porcentaje creciente de la seguridad social de los asegurados: 41%, 44% y 50%. 220/

El estudio más reciente del sistema antiguo comprendió sólo a los tres grupos principales (SSS, EMPART y CANAEMPU) y se basó en cifras de 1969. El mismo detectó un efecto regresivo en el financiamiento, progresivo en las prestaciones y ligeramente progresivo en su incidencia neta sobre la distribución del ingreso familiar: una transferencia de ingreso de 1% que pasaba del 9% con el ingreso más alto al 61% con el ingreso más bajo, mientras que el 38% del ingreso medio permanecía igual 221/ Pero este estudio excluyó tanto al sector no cubierto como a las fuerzas armadas y otros grupos de la aristocracia laboral y, es de suponer, que la incorporación de estos grupos en el cálculo hubiera acentuado el efecto regresivo del sistema. El último estudio realizado con cifras de 1969, se limitó al sector salud y registró una transferencia progresiva notable: la prestación promedio recibida por el estrato de ingreso inferior era 1.6 veces mayor que la del estrato de ingreso superior. 222/

No existe aún un estudio que mida el impacto de la seguridad social, después de la reforma en la distribución del ingreso. 223/ Ciertos aspectos de dicha reforma probablemente tienen un efecto progresivo en la distribución: i) la uniformización de la edad de retiro por vejez y la eliminación de la pensión por antigüedad y de la "pensión perseguidora" afectaron a grupos de mediano ingreso (empleados) y muy poco a nada a los de bajo ingreso (obreros); ii) la igualación de las asignaciones familiares, el subsidio de cesantía y la pensión mínima, la extensión de la pensión y asignaciones familiares asistenciales y la uniformización del ajuste de pensiones al costo de vida favorecieron relativamente al grupo de más bajo ingreso; iii) la supresión de la cotización del empleador, haciendo principalmente responsable al asegurado del financiamiento, eliminó las posibles transferencias al consumidor o impacto negativo en el empleo que, generalmente, eran regresivas; y iv) la reducción de las diferencias en servicios de salud entre regiones favoreció a las menos desarrolladas.

Por otra parte hay aspectos que continúan del sistema antiguo y características del sistema nuevo que probablemente tienen un efecto regresivo: i) la caída en la cobertura poblacional que posiblemente afecta a los grupos de más bajo ingreso (estos pueden recibir prestaciones de asistencia social pero con niveles inferiores a los del seguro); ii) el mantenimiento, en el sistema antiguo, de algunas condiciones de adquisición de derechos diferentes y las desigualdades notables en

las pensiones que no son meramente justificables por el ingreso; iii) el establecimiento de una correspondencia estricta entre prima y beneficio en el sistema nuevo la cual elimina toda posible función redistributiva y las comisiones de las AFP que gravan proporcionalmente más a los grupos de menor ingreso; y iv) la acentuación de niveles discriminados de atención de la salud que corresponden al ingreso.

La posición oficial es que las AFP y las ISAPRES no tienen (ni deben tener) una función redistributiva pero que ésta se cumple con las medidas de tipo asistencial. 224/ Para poder determinar cual es el efecto neto del nuevo sistema en la distribución se requiere pues un estudio global.

Capítulo V

MEXICO

El sistema general de seguridad social mexicano fue creado en 1943, conjuntamente con el Plan Beveridge, pero fue precedido por varios programas que amparan a grupos de presión. Hoy el sistema es relativamente unificado pues se mantienen tres subsistemas independientes y otros grupos con regulaciones especiales dentro del sistema general, lo que ha impedido eliminar la desigualdad. La cobertura poblacional creció con lentitud en los dos primeros decenios y se limitó a los asalariados en áreas urbanas más populosas, pero luego lo hizo con más rapidez penetrando las zonas rurales y urbanas marginales con programas innovadores. En 1960-1983 la cobertura de salud aumentó del 12 al 60% (incluyendo los programas asistenciales o de solidaridad social del sistema general), mientras que la de pensiones ascendió del 16 al 42%, colocando a México justo después de los países pioneros.

En los últimos 20 años México también ha progresado en sus servicios y niveles de salud pero aún se coloca en quinto lugar entre los casos de estudio y, por su nivel de desarrollo y recursos abundantes, debía haber logrado un avance aún más vigoroso. Además, los programas de solidaridad social son muy recientes para tener impacto significativo en los niveles de salud aunque, de continuar su expansión, sus efectos serán visibles en el decenio en curso. A pesar de las acciones positivas, aún la distribución del gasto de salud favorece de manera preponderante a las instituciones de seguridad social y la medicina curativa sobre la asistencia social y la medicina preventiva.

Cubriendo aproximadamente a la mitad de la población, sorprende que en 1960-1980 el costo de la seguridad social mexicana haya crecido sólo del 2 al 3% del PIB, o sea, una tercera parte del porcentaje de los países pioneros. Aunque es posible que estas cifras estén algo subestimadas, las mismas pueden en gran medida explicarse por la unificación relativa, un programa de pensiones bastante reciente y un conjunto de prestaciones menos liberal que el de los países pioneros. Estos factores limitantes del gasto unidos a la juventud de la

población, la incorporación progresiva de contribuyentes y el cumplimiento de las obligaciones financieras del Estado, explican también que, en los 40 años de existencia del sistema general, la cotización salarial global haya sólo aumentado del 14 al 18%: la octava más baja de la región.

El sistema general generó un superávit neto al menos hasta 1983, pero el programa de enfermedad-maternidad (que absorbe más de dos terceras partes de los egresos) arrojó un déficit sistemático que fue cubierto con préstamos e inversiones del programa de pensiones causando su desfinanciamiento gradual. La crisis económica ha precipitado el desequilibrio, pero México tiene más tiempo, espacio y recursos para hacerle frente que otros países.

Aprovechando estas ventajas, en el decenio actual el país debería apuntalar las finanzas de la seguridad social y alcanzar la cobertura universal. Medidas tomadas en los últimos años son la extensión de la solidaridad social, la incorporación al sistema general de dos subsistemas independientes y la promulgación de una ley general de salud. Pero se necesita implantar el sistema nacional de salud, cubrir al sector de más bajo ingreso, completar la unificación del sistema, eliminar las desigualdades entre grupos asegurados y regiones geográficas, y aumentar la eficiencia administrativa del sistema. Para ellos es crucial que México dé el paso definitivo que transforme el seguro social en seguridad social, estableciendo un modelo que satisfaga las necesidades básicas de la población y sea viable financieramente en el largo plazo.

1. Evolución histórica

En el primer siglo después de la Independencia (1821-1924) sólo se introdujo en México un programa de pensiones (montepío) para los funcionarios y empleados públicos. 225/ La Revolución no generó un cambio importante en este campo aunque la Constitución de 1917, en un artículo pionero del derecho laboral en la región, rompió la larga tradición de la filosofía liberal y estableció el poder interventor del Estado en la regulación de las condiciones laborales. Pero en este campo, dicho artículo sólo tímidamente hizo responsable al empleador de los riesgos profesionales.

En los veinte años siguientes, varios grupos de presión poderosos obtuvieron sucesivamente del Estado programas de seguro social en pensiones y riesgos profesionales y tres de ellos, además, protección en enfermedad-maternidad: funcionarios y empleados del gobierno federal (que mejoraron su antiguo programa de montepío); militares (que detentaron el poder político en estos años); maestros federales (organizados en un fuerte sindicato que frecuentemente recurrió a la huelga y

participó en política); y los trabajadores de tres sectores estratégicos de la economía: petróleo, ferrocarriles y electricidad. Estos tres grupos de la aristocracia laboral también eran muy activos en el sindicalismo y la política y lograron sus programas mediante convenios colectivos con el gobierno federal (ver cuadro 42). En todo este tiempo, el único programa que benefició a la masa laboral fue el de riesgos profesionales que implantó en 1931, después de casi quince años, el mandato constitucional. En las administraciones de Madero, Obregón y Cárdenas se prepararon varios proyectos de la ley de seguro social pero ninguno tuvo éxito.

Fue en 1943, bajo la presidencia de Avila Camacho, una administración conservadora, que se dictó la ley que ordenó la creación de los seguros sociales de vejez, invalidez y muerte, enfermedad-maternidad y riesgos profesionales, para teóricamente amparar a todos los empleados y obreros. A fin de ejecutar el mandato legal se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que eventualmente desarrollaría el sistema general en todo el país. 226/ La cobertura poblacional del IMSS fue muy limitada por casi dos decenios y se concentró en el Distrito Federal (D.F.) y algunas ciudades importantes. Pero si la extensión horizontal de la cobertura fue lenta, no ocurrió lo mismo con la expansión vertical de prestaciones a grupos ya cubiertos: fuerzas armadas, ferrocarriles, electricidad. En 1959 los funcionarios y empleados del gobierno federal ampliaron sus beneficios y se creó un nuevo ente gestor: el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que eventualmente incorporó a los maestros y a la policía federal. Los empleados del IMSS fueron favorecidos con un convenio colectivo que les otorgó prestaciones más ventajosas que las de los propios asegurados de esa institución.

A mediados del decenio del 50 comenzó la lenta extensión de la cobertura del IMSS a sectores rurales: asalariados permanentes, ejidatarios integrados a cooperativas y sociedades, pequeños granjeros, asalariados estacionales, y trabajadores en plantaciones importantes como caña de azúcar, henequén, tabaco y café. (Es interesante señalar que este proceso fue precedido y acompañado por una creciente organización sindical agrícola, brotes de rebeldía en el campo y el establecimiento de organizaciones nacionales con cierto activismo político.) Pero a pesar de estos avances legales, la cobertura de la población agrícola a fines del decenio del 60 no llegaba al 7% de la PEA. Por otra parte los asegurados del IMSS -que desde 1970 debía cubrir a todos los trabajadores asalariados- recibieron nuevos beneficios incluyendo un programa de prestaciones sociales que se inició a mediados del decenio del 50 y se expandió con rapidez.

Con la presidencia de Echeverría se echaron las bases para la más rápida extensión de la cobertura del IMSS, especialmente de su programa de enfermedad-maternidad, a grupos rurales y urbanos marginados. En su discurso de inauguración, el nuevo Presidente estableció como plazo el fin del decenio para extender la cobertura más allá del sector asalariado, a fin de cubrir al menos el 50% de la población. A ese efecto se promulgó una nueva ley en 1973 cuya exposición de motivos plantea que la seguridad social no debía ser "prerrogativa de una minoría" sino que debía incluir a los grupos marginados y sectores más débiles. Se decía también que no podía demorarse más dicha incorporación pues no sólo era "imprudente" sino que "ahondaba las diferencias entre los habitantes del país", perpetuando una "sociedad dual con unos cuantos privilegiados y una mayoría [sin protección]". La ley reclamaba un esfuerzo de "solidaridad social" para acometer la tarea de transformar el seguro social en seguridad social, pero advertía que dicho tránsito no podía ser súbito "en un país que inicia apenas su proceso de desarrollo" y debía evitar poner en peligro la estabilidad financiera del IMSS. 227/

El conflicto indicado se reflejó en el texto de la ley y su ejecución. Los ya asegurados recibieron nuevos beneficios (v.gr., guarderías infantiles, ajuste de pensiones, extensión de la edad de cobertura de los hijos) pero aunque la ley estableció que los trabajadores independientes (urbanos y rurales), el servicio doméstico, los pequeños patronos y el resto de los ejidatarios, debían ser cubiertos obligatoriamente por el IMSS, se pospuso la fecha de incorporación de estos grupos aunque se les concedió la posibilidad de aseguramiento voluntario. Para brindar servicios de salud a los sectores marginales, se incrementó el tope de cotización salarial al IMSS y el gobierno federal dio apoyo financiero para establecer un programa de "solidaridad social". La atención médico-hospitalaria comenzó en 1974 con la adaptación de edificios y construcción de nuevas clínicas y hospitales. En 1977, bajo la presidencia de López Portillo, se creó el programa COPLAMAR (coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados) y en 1979 se firmó un convenio entre IMSS y COPLAMAR para dar atención médico-hospitalaria (en coordinación con la Secretaría de Salubridad y Asistencia) a 10 millones de habitantes en zonas rurales marginales. Este nuevo programa, financiado por el gobierno federal, impulsó la construcción de nuevas clínicas y hospitales y aumentó notablemente el número de usuarios. Con la administración de Miguel de la Madrid desapareció COPLAMAR pero el programa continuó siendo operado por el IMSS. 228/ En 1983, al incluirse las cifras de cobertura de IMSS-COPLAMAR -con una necesaria corrección- el sistema de seguridad social mexicano tenía una cobertura estadística de casi el 60% de la población total.

En el decenio del 80 se han dado también algunos pasos para unificar e integrar la seguridad social en México. En 1980 se incorporó el subsistema independiente de electricidad al IMSS (aunque con un fondo y regulaciones especiales) y otro tanto ocurrió con ferrocarriles en 1982. Así pues en 1984 sólo quedaban fuera del IMSS tres grupos importantes: empleados del gobierno federal, fuerzas armadas y petróleo. Aunque varias administraciones han planteado la posibilidad de unir estos grupos al IMSS, los mismos son tan poderosos que han conseguido permanecer independientes. En 1983 se dictó también una ley general de salud que propicia la coordinación de todos los entes gestores en este campo y la eventual creación de un Sistema Nacional de Salud.

En resumen, el sistema general de seguridad social mexicana no apareció tardíamente y fue precedido por la creación de un número pequeño de subsistemas independientes que protegen a grupos de presión. La cobertura del sistema general se extendió con mucha lentitud en sus primeros dos decenios pero luego -especialmente el programa de enfermedad-maternidad- con más rapidez. En el decenio en curso se han dado algunos pasos para integrar al sistema general a algunos grupos independientes, pero aún subsisten tres importantes por lo que el sistema puede ser calificado como relativamente unificado.

2. Estructura organizativa

Actualmente el sistema de seguridad social mexicano es relativamente unificado y uniforme aunque aún persisten algunos subsistemas importantes. 229/ El organismo principal es el IMSS, de carácter autónomo, que cubre obligatoriamente a todos los trabajadores asalariados (básicamente en el sector privado) y voluntariamente a los independientes y otros grupos. El IMSS administra cinco programas principales: pensiones, enfermedad-maternidad, riesgos profesionales, guarderías infantiles y prestaciones sociales. El IMSS también administra una serie de programas especiales (o tiene regulaciones ad hoc) para diversos grupos: solidaridad social e IMSS-COPLAMAR (para marginales urbanos y rurales), empleados del IMSS, electricidad, ferrocarriles, azucareros, henequeneros, cafetaleros, algodoneiros, etc. La red médico-hospitalaria del IMSS es la más extensa del país. La administración sigue el principio tripartito de participación de los asegurados, los empleadores y el Estado, aunque el último juega un papel preponderante.

El ISSSTE es un organismo autónomo que cubre obligatoriamente a todos los empleados del gobierno federal. Los programas administrados por el ISSSTE incluyen pensiones, enfermedad-maternidad (con servicios propios y contratado), riesgos profesionales, seguro de vida, guarderías infantiles y prestaciones sociales. El ISSSTE también incluye, por convenios, a

empleados de los estados y municipios, aunque muchos de ellos están cubiertos por fondos independientes y hospitales estatales y municipales. Por último, algunos organismos autónomos tienen programas propios, como el Banco de México.

PEMEX tiene sus propios programas independientes de pensiones, salud (con servicios propios y contratados), riesgos profesionales, y otros tipos de prestaciones.

Las fuerzas armadas también tienen programas independientes. El ejército y la fuerza aérea están cubiertos por la Secretaría de Defensa que opera sus propios servicios médico-hospitalarios y programas de riesgos profesionales, seguro de vida, y servicios funerarios, de vivienda y economatos. La marina recibe servicios iguales a través de la Secretaría de Marina. Ambos grupos tienen, además, un programa de pensiones administrado por un fondo común independiente y programas de préstamos personales e hipotecarios a través de un banco especial. La Secretaría de Gobernación cubre a la policía del Distrito Federal en pensiones y seguro de vida (este grupo está cubierto en enfermedad-maternidad por el ISSSTE).

La secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) maneja la política general de medicina preventiva y saneamiento, opera la red nacional de hospitales federales, coordina -con los gobiernos estatales y municipales- los hospitales correspondientes, supervisa los servicios de salud de los organismos de seguridad social, y administra un programa de asistencia social para menores abandonados, ancianos desamparados e incapacitados. El Distrito Federal tiene también recursos médico-hospitalarios importantes.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) se ocupa de grupos no protegidos, urbanos y rurales, especialmente de la población materno-infantil y cuenta con algunos servicios de salud.

La atención a la salud se presta por todos los organismos citados asumiendo la típica forma piramidal con diversos niveles de atención que van subiendo en complejidad y especialización. Aunque desde el decenio del 60 se han hecho intentos para coordinar todos los servicios médico-hospitalarios del país existe considerable duplicación y vacíos. Algunos programas nuevos están mejor coordinados, por ejemplo, IMSS-COPLAMAR tiene sus propios servicios de primero y segundo nivel pero sus usuarios utilizan las instalaciones de la SSA al tercer nivel. El IMSS descansa principalmente en sus servicios propios para la población asegurada (49% de las camas de hospital en 1982), pero contrata con la SSA (30% de las camas de hospital), el ISSSTE (11% de las camas de hospital) u hospitales estatales o privados en algunas zonas donde no tiene

instalaciones propias. El ISSSTE se apoya mucho más en los servicios contratados. Las fuerzas armadas (5% de las camas de hospital) y PEMEX (2%) descansan en sus hospitales en el Distrito Federal y algunos centros urbanos importantes y contratan los servicios en el resto. La Ley General de Salud, que comenzó a regir en 1984, distribuye la jurisdicción y población usuaria entre los diversos entes gestores, y encomienda a la SSA (asistida por un Consejo de Salubridad General) la coordinación del esfuerzo para crear el Sistema Nacional de Salud que fijará las reglas de colaboración y competencia territorial y por materia de todos los servicios de salud del país e integrará la medicina preventiva y curativa.

Como ya se ha visto, en el decenio en curso se han dado algunos pasos en favor de la unificación del sistema general y la mejor coordinación del sistema de salud, pero este proceso debe avanzar y consolidarse. El subsistema de PEMEX debería incorporarse al IMSS, como antes se hizo con los de electricidad y ferrocarriles. Por otra parte el ISSSTE debería incorporar todos los programas de los estados, municipios y organismos autónomos. Una vez logrado esto debería procederse a la unificación del IMSS, el ISSSTE y los programas de las fuerzas armadas. Más difícil sería el proceso de uniformidad pues aun dentro del IMSS hay diferencias importantes entre grupos cubiertos. La consolidación de un Sistema Nacional de Salud que coordinase todo este sector sería un paso muy importante en su planificación y racionalización, esencial para alcanzar la universalidad.

3. Cobertura de la población

a) Cobertura legal y estadística

De acuerdo con la ley 230/ el IMSS cubre obligatoriamente a todos los trabajadores asalariados que no están amparados por otros subsistemas, incluyendo a los miembros de cooperativas así como a los ejidatarios organizados en sociedades. Aunque la ley establece también la obligatoriedad de cobertura para otros grupos, los mismos de momento sólo tienen derecho a la incorporación voluntaria: trabajadores por cuenta propia (incluyendo profesionales, pequeños comerciantes y artesanos), trabajadores en industrias familiares, servidores domésticos, ejidatarios no asociados, pequeños propietarios y patronos. El ISSSTE cubre obligatoriamente a los trabajadores del gobierno federal, el Distrito Federal, las escuelas y la policía federales, y algunos organismos públicos como ciertas universidades; también incluye, voluntariamente, a los senadores y diputados. Los empleados de los estados, municipios y organismos autónomos están cubiertos por el ISSSTE, por el IMSS o por sus propios servicios (en el último caso están las fuerzas

armadas y PEMEX). El sistema general, y prácticamente todos los subsistemas, otorgan protección en enfermedad-maternidad a los pensionados y a los familiares dependientes del asegurado y pensionado: cónyuge (o compañera), hijos menores (y mayores si estudian o son incapacitados) y los padres. Los dependientes también tienen derecho al auxilio funerario, las pensiones de sobrevivientes y algunas prestaciones sociales.

El cuadro 43 muestra la extensión de la cobertura estadística de seguridad social en México entre 1960 y 1983; se incluye todos los grupos con excepción de los empleados de estados, municipios y organismos públicos con servicios propios (muchos de ellos, sin embargo, tienen convenios de salud con el IMSS y el ISSSTE y, por tanto, aparecen entre la población total asegurada). Aunque no debe haber una duplicación significativa en la PEA asegurada, se reporta una sobrestimación importante de la población total debido a que, si los dos cónyuges trabajan y están asegurados, generalmente se inscriben mutuamente y a sus hijos, como dependientes; otro efecto similar ocurre con los padres que son reportados por varios hijos. 231/ Las cifras de cobertura de IMSS-COPLAMAR que aparecen en el cuadro, son las más recientes estimadas por dicho programa y reducen sustancialmente las cifras anteriores que inflaban la cobertura entre el 75 y el 120%; por ejemplo, la cifra originalmente reportada para 1980 era de 13.8 millones y para 1983 era de 18.7 millones. 232/

Como se ha dicho anteriormente, la cobertura poblacional de la seguridad social mexicana se extendió muy lentamente al principio, así el cuadro 43 muestra que en 1960 sólo cubría el 16% de la PEA (pensiones) y menos del 12% de la población total (salud). En el decenio del 60 con la extensión gradual del IMSS, tanto geográfica como al sector asalariado rural, los porcentajes anteriores casi se duplicaron, pero en 1971 aún el 78% de las municipalidades del país no eran cubiertas por el IMSS. Otro salto en la cobertura ocurrió en el decenio del 70 especialmente después de la ley de 1973. En el decenio del 80 el cuadro 43 comienza a reportar la cobertura de IMSS-COPLAMAR (que de hecho se inicia desde mediados del decenio del 70) y es obvia la aceleración de la cobertura por el programa de salud que aumenta 3.5 veces entre 1970 y 1981. La diferencia entre la cobertura de la población total en 1980-1983, excluyendo a IMSS-COPLAMAR, aumenta de 9 a 14 puntos porcentuales, lo que representa el incremento de cobertura de población rural marginal. Por otra parte la cobertura de la PEA crece menos, 2.4 veces, entre 1970 y 1981. Nótese que debido a la crisis económica, el porcentaje de cobertura de la PEA y de la población total (especialmente cuando se excluye a IMSS-COPLAMAR) desciende en 1982 y 1983. En el último año casi el 60% de la población total y casi el 42% de la PEA estaban cubiertos. De acuerdo con la cobertura de 1980 (si se incluye IMSS-COPLAMAR)

México se colocaba en el séptimo u octavo lugar de América Latina, encabezando el grupo de países de nivel medio (ver cuadro 6).

Desde principios del decenio del 60 el IMSS ha cubierto una proporción creciente de los asegurados del país. En 1982 la distribución porcentual de los asegurados por institución era como sigue: 84% en IMSS (de los cuales una cuarta parte estaban en IMSS-COPLAMAR), 13% en el ISSSTE, 2% en PEMEX y 1% en las fuerzas armadas. ^{233/} Dentro del sistema general obligatorio del IMSS, el 55% de los asegurados activos son trabajadores permanentes y el 45% son eventuales. No se conoce la cobertura estadística de salud por la SSA ni tampoco la cobertura nacional por riesgos profesionales.

b) Factores estructurales determinantes

México ha logrado extender la cobertura a un nivel sólo superado por los países pioneros y Costa Rica (y aproximado por Panamá). La cobertura de la PEA en 1980 (42%) apenas sobrepasaba el porcentaje de la PEA en el sector formal urbano (40%) y si éste se le añade el sector rural moderno (19%) quedaba por debajo de la suma de ambos y obviamente no cubría al sector informal-tradicional (40%) (ver cuadro 3). No hay cifras recientes sobre la composición de la fuerza laboral por categorías ocupacionales pero, de acuerdo con el censo de 1970 sólo un 42% de la misma era obrero o empleado (asalariado), mientras que el 21% era jornalero o peón rural, el 19% trabajaba por cuenta propia, y el 19% era ejidatario, trabajador familiar no remunerado o empleador. ^{234/} Si sumamos todos los asalariados, el porcentaje resultante (63%) es inferior al de todos los países que tienen una cobertura superior a la de México (con excepción de la de Venezuela) y es casi igual a la de Panamá que tiene una cobertura similar. Los resultados generales del Censo de 1961 no han sido publicados aún, pero es probable que el mismo reporte un ligero aumento del porcentaje de la PEA asalariada. El amplio territorio que incluye extensas zonas desérticas, montañosas y selváticas, con población dispersa e incomunicada, son obstáculos a la extensión de la cobertura.

Por otra parte el desempleo abierto en México ha sido tradicionalmente reportado como bajo (alrededor del 4% en 1960-1980) para los niveles de la región pero con tendencia a crecer, mientras que la tasa de subempleo en desempleo equivalente es también relativamente baja (13% en 1980) y con tendencia a bajar. Estos han sido factores positivos en la extensión de la cobertura pero el incremento del desempleo abierto en el decenio actual (12.5% en 1983) y posiblemente del subempleo pueden haber influenciado en la disminución de la cobertura

ra de la PEA en 1982-1983 especialmente entre los trabajadores eventuales. 235/

La experiencia más innovadora de México es que ha logrado traspasar los límites de la extensión del modelo bismarckiano de seguro social, mediante los programas de solidaridad social e IMSS-COPLAMAR que han expandido notablemente la cobertura en salud de la población total.

c) Diferencias en la cobertura poblacional

El cuadro 44 presenta las diferencias, en el grado de cobertura en salud de la población total, entre los estados de México. Debe advertirse que la cobertura en los estados rurales está sobrestimada porque las cifras del cuadro incluyen la cobertura inflada de IMSS-COPLAMAR en 1980. El Distrito Federal aparece totalmente cubierto (probablemente por la duplicación ya explicada que se acentúa en la capital) y Nuevo León y Coahuila tienen una cobertura superior al 70%, mientras que los estados de Oaxaca, Zacatecas, Chiapas y Michoacán tienen una cobertura entre 17 y 20%, y los estados de Tlaxcala y México tienen la cobertura más baja: 7 y 5%. La diferencia de cobertura entre el D.F. y Tlaxcala era de 14.5 a 1. En general los estados más desarrollados (medio por el PIB por habitante el grado de urbanización y el índice de marginación) tienen la cobertura de seguridad social más alta, mientras que los estados más subdesarrollados tienen la cobertura más baja. 236/ Una comparación entre la cobertura (IMSS más ISSSTE) de la PEA por estados en 1969 y 1980 indicó que si bien el porcentaje de cobertura había aumentado en todos los estados, las razones entre el Distrito Federal y los seis estados peor cubiertos permanecían casi inalteradas, con la única excepción de Tabasco que, debido a boom petrolero, quintuplicó su cobertura entre 1969 y 1980. 237/

El cuadro 45 muestra las diferencias en el grado de cobertura de la PEA por ramas de actividad económica en 1970 y 1980. Los cálculos adolecen de varios defectos: i) cambios en las definiciones de las ramas económicas; ii) dificultad en asignar grupos de asegurados a cada rama, especialmente los del ISSSTE; iii) imposibilidad de contabilizar y asignar los asegurados en salud de IMSS-COPLAMAR a la rama agrícola, debido a que las cifras disponibles son agregados de la población total asegurada. A pesar de estos problemas el cuadro nos da una idea de las desigualdades de la cobertura en pensiones. El sector gubernamental está sobrecubierto y la rama de electricidad, petróleo, gas y agua se aproxima a la cobertura total, mientras que las ramas de industria y transporte sobrepasan ampliamente el promedio nacional, y las ramas agrícolas y construcción quedan muy por debajo de dicho promedio.

d) Población no cubierta

De acuerdo con el cuadro 43 en 1983, el 40% de la población total y el 60% de la PEA no estaban cubiertos por la seguridad social. Las secciones anteriores han identificado los grupos no cubiertos o con bajísima cobertura en México: i) los desempleados que no tienen derecho a la cobertura y en 1982 representaban el 12% de la PEA; ii) los trabajadores independientes, familiares no remunerados, servidores domésticos, ejidatarios no asociados, y pequeños propietarios de tierra y patronos que actualmente tienen sólo derecho a la cobertura voluntaria, y iii) los trabajadores asalariados rurales, especialmente eventuales, que aunque tienen derecho a la cobertura obligatoria no siempre están asegurados ya sea por fallas en la ejecución de la ley o por evasión.

No obstante parte de estos sectores, especialmente los marginales urbanos y rurales pueden estar cubiertos en salud, por el programa IMSS-COPLAMAR y los servicios de la SSA, el SNDIF y el D.F. En México no existe un programa de pensiones asistenciales y los servicios de asistencia de la SSA son insuficientes para satisfacer las necesidades de la población. Aunque en el último decenio al go se ha avanzado en el sector salud, el grupo de más bajo ingreso (incluyendo el de pobreza crítica) o bien no está cubierto o tiene la cobertura peor. El cuadro 44 mostró, además que los no cubiertos se concentran en los estados más subdesarrollados del país.

Teniendo en cuenta el déficit absoluto de servicios médico-hospitalarios y el provocado por la concentración geográfica e institucional, un estudio de COPLAMAR estimó que en 1978 la cobertura real en salud, contando todos los servicios existentes era sólo de un 54.7%: el 24% estaba a cargo de la seguridad social, el 18.4% de la asistencia social y el 12.3% de servicios privados. El estudio concluyó que el 45.3% de la población total no tenía cobertura real. 238/

e) Medidas para mejorar la cobertura

El programa más efectivo de los últimos años para extender la cobertura de salud ha sido el de IMSS-COPLAMAR, el cual se basa en un sistema descentralizado en tres niveles: primero de unidades médicas rurales (3.000 en 1983 localizadas en áreas con menos de 5.000 habitantes); segundo, de hospitales rurales (61 en 1983 localizados en áreas rurales con menos de 10.000 habitantes); y tercero, nivel especializado que utiliza la infraestructura de la SSA. El plan es ampliar la cobertura de 10.9 millones a 15.7 millones aunque inicialmente se mencionó la meta de 18.7 millones. También se planea extender la cober

tura de los asegurados en el sistema general del IMSS en 3.5 millones, así como la cobertura de la SSA a la mayoría de la población no cubierta especialmente al grupo materno-infantil.

Para enfrentarse al significativo aumento del desempleo abierto se ha ampliado la cobertura de los asegurados cesantes, de dos a seis meses después del despido. Un proyecto para 1984-1985 es incorporar a la cobertura obligatoria del IMSS a todos los trabajadores independientes que hasta ahora sólo tienen cobertura voluntaria. Debe también implantarse la incorporación a corto plazo de otros grupos que, desde la ley de 1973, se debía asegurar obligatoriamente como servicio doméstico, ejidatarios no asociados y pequeños propietarios. 239/

Las proyecciones de cobertura nominal de las instituciones de seguridad social preparadas a mediados del decenio pasado indicaban que, para el año 2000, más del 60% de la población total del país estaría cubierta, una meta aparentemente alcanzada en 1983. Pero el estudio de COPLAMAR sobre capacidad real antes citado considera que de seguirse el modelo actual, el incremento de cobertura sería más pequeño del que existía en 1978. Para alcanzar la cobertura universal en el año 2000, dicho estudio propone una modificación, a escala nacional, del modelo de salud que se asemeja a la estructura en tres niveles del IMSS-COPLAMAR: dando, de inmediato, alta prioridad al primer nivel; concentrándose, en 1990-2000 en la expansión del segundo nivel; y frenando el crecimiento del tercer nivel. 240/

En 1982, los empleadores aportaron el 60% de los ingresos del IMSS, los asegurados el 20% y el gobierno federal el 10%; el 8% restante fue generado por la inversión (este porcentaje osciló entre 3.5 y 7.9 en 1950-1982). La ley obliga al IMSS a invertir hasta el 85% de las reservas en inmuebles y muebles para los servicios de salud, guardarían infantiles, oficinas administrativas y prestaciones sociales; hasta el 10% en valores públicos; y el restante 5% en préstamos hipotecarios. La ley también determina que el rendimiento medio de las inversiones no debe ser inferior a la tasa de interés que sirve de base para los cálculos actuariales (5%). Esta no sólo es muy baja, de acuerdo con la tasa bancaria actual (50%), sino además el cálculo de la misma se hace sobre activos no reevaluados. 241/ Aunque hasta el 85% de las reservas se invierte en muebles e inmuebles, el porcentaje de la inversión en este renglón alcanzaba sólo un 35% en 1977 y había descendido a un 17% en 1981, lo que propablemente indica la falta de reevaluación de estos activos. 242/ El estudio actuarial concluido a fines de 1982 proyectaba una rentabilidad más baja de las inversiones en 1984-1985. El programa de enfermedad-maternidad ha absorbido una parte sustancial de las reservas del

programa de pensiones, pagando un interés del 5% del valor inicial (por tanto sin reajustar los préstamos con la inflación) por lo que ha desfinanciado parcialmente al fondo de pensiones. 243/

El ISSSTE se financia con las cotizaciones salariales de los asegurados (8%) y del gobierno federal (17.75%) para un total de 27.75% sustancialmente superior a la cotización salarial global del IMSS (18%) (ver cuadro 46). Si bien es cierto que el asegurado del ISSSTE tiene un porcentaje de cotización de más del doble que el del IMSS, también el porcentaje de cotización del gobierno federal es superior a la suma de los porcentajes que pagan el empleador y el gobierno federal al IMSS. En 1982 el 51% de los ingresos del ISSSTE provenían del gobierno federal, el 31% de los asegurados y el 18% de las inversiones. 244/

La seguridad social de las fuerzas armadas y de los empleados de PEMEX se financia enteramente por el gobierno federal y los asegurados no pagan nada. Este era también el caso de los empleados de electricidad y ferrocarriles pero se ignora si han conservado ese trato especial después de su incorporación al IMSS. 245/ El gobierno federal también financia casi íntegramente la SSA y el 95% del SNDIF.

4. Financiamiento

a) Fuentes de financiamiento

El IMSS se financia con cotizaciones salariales tripartitas, más transferencias del gobierno federal para programas asistenciales y el rendimiento de las inversiones. La cotización salarial global ha aumentado del 13.63% en 1943 al 18.04 en 1983, aún una de las más bajas de la región (ver cuadro 6). El porcentaje de cotización para el programa de pensiones no se ha incrementado en 40 años, mientras que el porcentaje para el programa de enfermedad-maternidad ha aumentado del 6 al 9% y el de riesgos profesionales del 1.63 al 2.04%; además se ha añadido un 1% para guarderías infantiles. La cotización salarial global en vigor (18.04%) se distribuye como sigue: 3.75% del asegurado (asalariado), 12.415% del empleador y 1.875% del Estado (o sea, el gobierno federal, como contribuyente tripartito). Los asegurados independientes/voluntarios deben pagar 13.125% que equivale a la suma de los porcentajes de cotización del asalariado y el empleador (con excepción de riesgos profesionales). Los pensionados y sus dependientes no pagan contribución alguna por las prestaciones de salud (ver cuadro 46).

Nótese que el porcentaje de cotización del trabajador asalariado es menos de una tercera parte del porcentaje de cotización del empleador y menos de una quinta parte del porcentaje de cotización global. Los asegurados están clasificados en nueve grupos de salarios pero todos pagan un porcentaje igual; hay un tope máximo de cotización equivalente a diez veces el salario mínimo del Distrito Federal. En el caso de trabajadores que perciban el salario mínimo, el empleador debe pagar la cotización del asegurado. La contribución del gobierno federal equivale al 20% de la cotización del empleador y se incrementa al 50% en el caso de cooperativas y asociaciones similares. Además el gobierno federal financia el 60% del programa de solidaridad social y la totalidad del programa IMSS-COPLAMAR; aunque los usuarios de este último programa no tiene que pagar cotización, deben aportar una cuota de trabajo -dentro de la comunidad- para actividades de saneamiento, prevención, vacunación y detección.

b) Mora y evasión

No existe información sobre este particular en el IMSS aunque, debido al gran número de empleadores y asegurados y las tasas de inflación en los últimos años, estos fenómenos deben ser importantes en el sector privado. (El estudio actuarial de 1982 basó sus recomendaciones en varias premisas, entre ellas: vigilar el estricto cumplimiento de las obligaciones de pago de los aportantes.) A diferencia de otros países el Estado en México ha cumplido sus compromisos tanto en cuanto al IMSS como el ISSSTE y los otros subsistemas.

c) Equilibrio financiero

El cuadro 47 presenta el balance combinado de ingresos y egresos del IMSS y el ISSSTE en 1972-1981. El programa de pensiones acumuló el mayor superávit, mientras que el programa de enfermedad-maternidad arrojó un déficit sistemático, y el balance global resultó en un superávit que en 1981 equivalió al 17% del ingreso (ver cuadro 47). Un desglose del balance del IMSS y el ISSSTE -no mostrado en el cuadro- sugiere que el primero tiene una situación financiera más sólida que el segundo. En todos los años del cuadro, el balance global del IMSS resultó en superávit y este fluctuó entre 9.3% y 15.4% de lo contrario el ISSSTE generó superávit en 1972 y 1975 pero déficit más alto fue el de 1978: 14% del ingreso. En ambos casos el programa de enfermedad-maternidad fue deficitario y la causa principal del déficit global. 246/ No se dispone de información sobre el resto de los subsistemas.

A pesar de lo dicho anteriormente, la solidez financiera del IMSS es más aparente que real. El estudio actuarial de fines de 1982 concluyó que el superávit disminuirá y, de no tomarse las medidas correctivas necesarias, dejará un margen muy reducido para realizar las provisiones a las reservas actuariales y se dificultará destinar recursos suficientes a la inversión en 1983-1985. 247/ Este y otros problemas financieros se discuten a continuación.

d) Régimen técnico-financiero

En esta sección nos concentramos en el IMSS pues, además de ser el sistema general, es el único del que se pudo obtener información detallada. De acuerdo con la ley, se debe hacer un estudio actuarial cada tres años, pero debido a la inestabilidad económica del decenio en curso, el estudio se ha hecho anualmente con una proyección de tres años. El último estudio de que se dispone es el de fines de 1982; aunque se realizó un nuevo estudio al concluir el año 1983, sus resultados no estaban disponibles cuando se concluyó este capítulo. 248/

El programa de pensiones teóricamente utiliza el régimen de prima media uniforme pero desde 1973, de hecho, ha venido aplicando la prima media escalonada. Aunque este último se basa en períodos de seis años, la prima (porcentaje de cotización salarial global) no se ha incrementado desde la creación del programa en 1943. El estudio actuarial de 1982 proyectó que todas las primas actuales (incluyendo la de pensiones) podrían ser mantenidas en 1983-1985. También dicho estudio recomendó continuar con un plan de reconstitución e inversión de las reservas, reportando un incremento de 96% en las reservas de 1982 y proyectando un aumento similar para 1983. Pero debido a que la tasa de inflación fue prácticamente igual al incremento de las reservas en 1982-1983, estas últimas -en términos reales- permanecieron estancadas en el mejor de los casos. Sin embargo, una estimación preliminar indica que, a fines de 1983, las reservas efectivas eran sólo una tercera parte del monto proyectado y, aun si se tuviera este último, la reserva equivaldría a una cuarta parte del costo de las pensiones de 1984. De confirmarse esa estimación preliminar, la reserva existente a fines de 1983 sólo cubriría poco más del costo de las pensiones del año en curso, un porcentaje pequeño aún como reserva de contingencia. Así pues, el programa de pensiones virtualmente está funcionando con un régimen de reparto, a menos que se modifiquen sus premisas. 249/

El programa de enfermedad-maternidad utiliza el régimen de reparto simple. Aunque desde la creación del programa la prima se ha aumentado del 6 al 9% es insuficiente para financiar los gastos: en sus 40 años de funcionamiento ha habido un

déficit en 37. El programa ha sido financiado en todos estos años con transferencias (en forma de préstamos e inversiones) del fondo de pensiones (y también del fondo de riesgos profesionales) por lo que ha desfinanciado a éste. (En 1977 se estimó que la prima para el programa de pensiones debía aumentarse de 6 a casi 10% para equilibrar dicho programa hasta fines de siglo, presumiendo que se pararía el drenaje de sus fondos al programa de enfermedad-maternidad; como de hecho esto no ocurrió, la prima del programa de pensiones tendría hoy que ser mucho mayor.) Se calcula que el programa de enfermedad-maternidad necesitaría una prima del 13% para comenzar a amortizar su deuda con el programa de pensiones, pero pagando sólo un interés del 5% sobre el valor real de los inmuebles.

El programa de riesgos profesionales sigue el régimen de reparto de capitales de cobertura. También ha ocurrido una transferencia de los fondos de este programa al de enfermedad-maternidad. El estudio actuarial de 1982 recomendó aumentar la reserva para equilibrar actuarialmente el régimen, pero la reserva proyectada para 1983 (en el caso de que se haya alcanzado) en términos reales equivalía al 65% de la reserva existente en 1981. 250/

Por último los programas de prestaciones sociales y guarderías infantiles siguen el régimen de reparto simple. Estos programas, aunque menos que el de enfermedad-maternidad, se han beneficiado de las inversiones en inmuebles del fondo de pensiones y posiblemente han contribuido (especialmente el de prestaciones sociales) a su desfinanciamiento.

Aunque habría que esperar los resultados del estudio actuarial de 1983 para arribar a una evaluación precisa, lo dicho anteriormente indica que a corto plazo el IMSS debería tomar una serie de medidas a fin de equilibrar su sistema, incluyendo un posible cambio del régimen financiero, aumentos en los ingresos y/o disminución de los egresos.

e) Medidas para aumentar los ingresos

Se sugiere que la primera medida sea la eliminación del tope de cotización salarial al IMSS, lo cual no sólo aumentaría los ingresos sino también tendría un efecto progresivo en la distribución. Por las mismas razones, los asegurados de los subsistemas ya sea independientes (fuerzas armadas, PEMEX) o recientemente incorporados al IMSS (electricidad, ferrocarriles) así como los propios empleados del IMSS, deberían pagar una cotización proporcional a la del sistema general y al conjunto de prestaciones excepcionales de la que disfrutaban. La prima del programa de enfermedad-maternidad del IMSS tendría que ser suficiente para cubrir sus gastos, sin transferencias

de otros programas. La prima del programa de pensiones del IMSS debería aumentarse ya sea para equilibrar el régimen de prima media escalonada o constituir una reserva adecuada de contingencias. Aunque el porcentaje de cotización global (y especialmente el del asegurado) del IMSS es uno de los más bajos de la región, sería difícil aumentarlo ahora debido a la crisis económica que sufre el país; pero una reactivación económica fuerte unida a los recursos energéticos de México pudieran mejorar con rapidez la situación. Habría también que modificar las regulaciones legales de las inversiones del IMSS para promover una mayor eficiencia y rentabilidad de las mismas. Por último se sugiere que el estudio actuarial del IMSS en 1984 sea hecho sobre bases más realistas (v.gr. en cuanto a la inflación) y teniendo en cuenta las observaciones de este capítulo. Una reforma del sistema de seguridad social mexicana debería considerar otros cambios, como fuentes alternativas de financiamiento (ver sección 6 b)) o una reducción en los costos.

5. Prestaciones, gastos y costos

a) Prestaciones y condiciones de adquisición

Además del sistema general, existen en México varios subsistemas con prestaciones y condiciones de adquisición diversas lo que complica su análisis y comparaciones con otros programas del sistema general del IMSS que es el que tiene las condiciones más estrictas dentro del país.

En enfermedad-maternidad el trabajador asegurado tiene derecho al subsidio en sustitución del salario así como prestaciones de salud en especie y servicios, como atención médico-hospitalaria, cirugía y medicinas. Los dependientes de los asegurados y pensionados tienen derecho a las mismas prestaciones no monetarias de salud. La trabajadora asegurada en caso de maternidad tiene derecho al subsidio correspondiente, atención obstétrica y subsidios de lactancia y para canastilla del infante, así como a los servicios de guardería infantiles. En riesgos profesionales los asegurados tienen derecho a un subsidio en sustitución del salario, así como prótesis, ortopedia y rehabilitación y pensiones por invalidez; los dependientes tienen derecho a pensión de sobrevivientes y auxilio funerario. El programa de pensiones concede éstas por vejez, invalidez, cesantía en edad avanzada y muerte, además de auxilio funerario; los pensionados también tienen derecho a un subsidio por carga familiar. Las asignaciones familiares se limitan a los pensionados, así como a una ayuda para gastos de matrimonio y las guarderías infantiles. El programa de prestaciones sociales incluye servicios educativos, culturales, deportivos, recreativos, de vivienda, vacacionales y funerarios.

Los asegurados voluntarios tienen derecho a todas las prestaciones anteriores menos las de riesgos profesionales y prestaciones sociales. El programa de solidaridad social ofrece prestaciones de salud no monetarias así como servicios, preventivos, educativos y de detección. No hay un programa de desempleo.

Dentro del contexto latinoamericano las condiciones legales del IMSS en enfermedad-maternidad o más flexibles que el promedio, con algunas excepciones. Por lo contrario las condiciones para adquirir el derecho a la pensión de vejez son las más estrictas de América Latina (conjuntamente con Guatemala) pues requieren 65 años de edad y 10 años de cotización (no hay diferencias por sexo); sin embargo, sólo unos pocos países de la región conceden pensión por cesantía y las condiciones de las otras pensiones son promedio. Además se conceden prestaciones sociales que existen en pocos países. Así pues, el conjunto de prestaciones del IMSS es similar o ligeramente más generoso que el promedio, con algunas excepciones, pero los subsistemas tienen mejores condiciones (ver sección 5 b)). Sin embargo, la tasa de cotización global de México es sólo menor en siete países de la región, de los cuales seis tienen una cobertura poblacional y conjunto de prestaciones mucho más limitados que los de México.

El cuadro 48 muestra los avances de México en servicios y niveles de salud en 1960-1980; se incluyen todos los servicios médicos disponibles en el país. Un estudio reciente hecho en México ha evaluado las estadísticas vitales llegando a la conclusión que algunos indicadores están subestimados especialmente el de mortalidad infantil, por ejemplo, la cifra para 1970 se ha ajustado de 68.5 a 100 por 1.000. ^{251/} La mayoría de los indicadores del cuadro exhiben una mejoría progresiva salvo camas de hospital por habitante, que se deteriora después de 1965, y la tasa de mortalidad infantil que asciende en 1966-1970 pero luego desciende con rapidez. A pesar de esta mejoría, en 1980 México se colocaba en quinto lugar entre los casos de estudio, sin experimentar un cambio significativo con la posición relativa que tenía con esos países en 1960. En vista del desarrollo económico vigoroso ocurrido en este período era de esperar que los niveles de salud hubieran mejorado aún más. ^{252/} La demora en la extensión de la cobertura al campo y el modelo de salud prevalente son explicaciones de este fenómeno.

b) Desigualdades en las prestaciones

En las prestaciones de salud se aprecian desigualdades notables, tanto entre unidades geográficas como entre los grupos cubiertos. En 1979, el Distrito Federal tenía aproximadamente seis veces más camas de hospital por habitante y cuatro veces más médicos por habitante que los estados de Chiapas y Oaxaca. Un ordenamiento de los estados de acuerdo con sus servicios y niveles de salud es muy similar al ordenamiento por cobertura de seguridad social. El Distrito Federal y los estados más desarrollados tienen los mejores servicios y niveles más altos de salud, mientras que los estados menos desarrollados tienen los peores servicios y niveles más bajos. No obstante, una comparación entre los estados por el número de camas por habitante en 1969 y 1978 indica una reducción en las desigualdades extremas. 253/

En cuanto a los diversos grupos cubiertos, los subsistemas tienen prestaciones más generosas y condiciones de adquisición más flexibles que el IMSS. Por ejemplo, el ISSSTE ofrece -además de las prestaciones disponibles bajo el IMSS- pensión por antigüedad, seguro de vida, indemnización cuando no hay derecho a pensión y programas más amplios de vivienda, préstamos y economatos. Para el retiro de vejez en el ISSSTE se requieren 10 años de edad menos que en el IMSS y si el asegurado tiene 30 años de servicios puede retirarse con cualquier edad, por lo que es posible retirarse en el ISSSTE con 20 años de edad menos que en el IMSS. Una comparación hecha a fines del decenio pasado entre el IMSS y los subsistemas, en cuanto a la liberalidad de sus prestaciones, resultó en el siguiente ordenamiento: 1) fuerzas armadas; 2) ISSSTE, PEMEX, electricidad, ferrocarriles y empleados del IMSS, y 3) IMSS. 253/

El cuadro 49 compara las prestaciones de los diversos grupos en 1971 y 1980. En todos los indicadores el sistema general (IMSS) queda siempre último salvo los no asegurados que no tienen pensiones y cuyos servicios médicos son los peores. En 1980 las fuerzas armadas tenían 3.4 veces más camas por asegurado que el IMSS y PEMEX tenía el doble de médicos por asegurado que el IMSS y casi el cuádruple que los no asegurados. No se aprecia ninguna disminución significativa en 1971-1980 en las diferencias entre las instituciones con los mejores y peores servicios de salud, excepto que las fuerzas armadas y petróleo parecen haber ampliado sus ventajas, mientras que ferrocarriles e ISSSTE lucen haber perdido terreno. Pero las cifras de servicios de salud del ISSSTE están subestimadas en ambos años pues no incluyen los servicios contratados que son importantes.

c) Costo creciente de la seguridad social y sus causas

El cuadro 50 no incluye todos los costos de la seguridad social ya que excluye a los subsistemas salvo el ISSSTE; más aún, los gastos de salud parecen estar subestimados pues el Instituto Nacional de Estadística ha reportado que en 1980 sólo el gasto de salud era equivalente al 3.9% del PIB.^{255/} De acuerdo con el cuadro, el costo de la seguridad social (incluyendo salud) aumentó del 2% del PIB en 1960 al 4.7% en 1975 y luego descendió al 3% en 1980. Hasta el boom petrolero de la segunda mitad del decenio pasado, el gasto de la seguridad social -en cada quinquenio- aumentó casi al doble del ritmo de crecimiento del PIB, pero después del boom el PIB creció 1.6 veces más que el gasto de seguridad social. En 1980 el porcentaje gasto seguridad social/PIB en México era similar al del Perú y una tercera parte del porcentaje de los otros cuatro casos de estudio. Dentro del contexto regional México ocupaba una posición intermedia: ocho países tenían un porcentaje mayor, cinco un porcentaje igual y seis un porcentaje inferior. Pero es probable que el porcentaje mexicano sea, en realidad, algo más alto como ya se ha apuntado. A continuación se discuten las causas del incremento moderado del costo.

i) Causas generales. México ha extendido la cobertura poblacional de seguridad social pero mucho menos que Costa Rica, Cuba, Chile y Uruguay. Además el conjunto de prestaciones y condiciones de adquisición en el sistema mexicano es más restringido que en los países citados. Esto explica en buena medida el nivel promedio (o ligeramente inferior al promedio) del costo de la seguridad social y su ritmo de crecimiento relativamente lento.

Un factor importante del costo de seguridad social es el gasto administrativo: el de México es el mayor de todos los casos de estudio y uno de los más altos de la región. En 1982 los gastos de administración del IMSS tomaron 18% del total de los egresos y ascendieron al 19.5% en 1983. El número de empleados del IMSS por cada mil asegurados aumentó gradualmente de 6.8 a 7.5 en 1975-1982, mientras que en el ISSSTE creció de 9 a 10.4 en 1980-1982. Información sobre los empleados del sector salud indican razones superiores en PEMEX y en las fuerzas armadas.^{256/} El fondo de jubilaciones, pensiones y prima de antigüedad de los empleados del IMSS se financia en gran medida por la institución, pues las cotizaciones del personal son insuficientes. El estudio actuarial de 1982 advertía que debía controlarse el incremento en las prestaciones del personal pues podían comprometer la estabilidad financiera del IMSS.^{257/}

El cuadro 51 muestra que en 1965-1981 el programa de enfermedad-maternidad tomó más de dos terceras partes de los egresos de seguridad social pero con una tendencia declinante, mientras que el programa de pensiones tomó una quinta parte y mostraba una tendencia ligeramente ascendente. Estos son los dos componentes principales del gasto, puesto que las guarderías sólo toman un décimo del gasto total y los riesgos profesionales un porcentaje insignificante. Hay un componente del gasto, las prestaciones sociales, sobre el cual se tiene poca información financiera. Aunque su porcentaje es probablemente pequeño este tipo de gasto no es esencial y no debería haberse introducido este programa sin antes alcanzar la universalidad en los dos programas básicos: enfermedad-maternidad y pensiones.

ii) Causas relacionadas con el programa de salud. México está aún en el período de transición demográfica: en 1980 tenía una tasa de fecundidad superior al promedio regional y una tasa de mortalidad bastante muy inferior al promedio, de forma que su tasa de crecimiento de la población (3.3%) era alta y superior al promedio de América Latina. México tiene el porcentaje de población joven (menos de 14 años) más alto de los seis casos de estudio y su porcentaje de la población envejecida (65 años y más) es igual al de Costa Rica (ver cuadro 52). La tasa de dependencia demográfica mexicana (100.8% en 1970 y 93.4% en 1980) supera a la de los otros casos de estudio y es la cuarta más alta de la región. Esto indica que su población tiene un riesgo de enfermedad más alto que el de los otros países.

El cambio en el perfil patológico de México no ha avanzado tanto como en los otros casos de estudio (salvo el Perú) y esto podría significar que una alta proporción de las enfermedades son erradicables a un costo relativamente bajo. En 1980 las tres principales causas de defunción identificadas en México, eran enfermedades infecciosas intestinales, neumonía y afecciones del período perinatal (27%), mientras que las enfermedades cerebrovasculares cardíacas y degenerativas tenían mucho menos importancia (8%), pero el 37% de las muertes era por causas desconocidas. Entre los menores de un año las tres primeras enfermedades citadas causaban el 67% de las muertes. 258/ En el programa IMSS-COPLAMAR el 44% de las muertes reportadas son causadas por las "enfermedades del subdesarrollo" y un alto porcentaje de la mortalidad infantil es provocada por desnutrición. 259/

Peró una proporción muy pequeña del gasto de salud se dedica a combatir esas enfermedades. En 1981, las instituciones de seguridad social, que cubrían el 60% de la población tomaban el 85% del gasto de salud y las instituciones de asistencia

social, que debían amparar al 40% restante de la población, tomaban sólo el 15% de dicho gasto. Debe tenerse en cuenta que dentro de la cobertura de seguridad social se ha incluido el sector asistencial del IMSS (solidaridad social e IMSS-COPLAMAR) que en 1981 abarcaba el 12% de la población total y el 24% de los cubiertos por el IMSS pero sólo recibía el 3 o 4% de su presupuesto. 260/ Al inicio del decenio en curso la medicina curativa absorbía el 90% del gasto de salud y la preventiva el 10% restante. 261/ Un cambio en las prioridades de la atención a la salud, en favor de la medicina preventiva, el saneamiento y otros tipos de atención básica orientados hacia la población rural, de alto riesgo de enfermedad y escasos recursos, podría reducir considerablemente la morbilidad y la mortalidad infantil y general causadas por las enfermedades del subdesarrollo.

La seguridad social mexicana cuenta con instalaciones hospitalarias que son de las mejores de América Latina pero frecuentemente se caracterizan por derroche en espacio y detalles decorativos innecesarios. Es difícil hacer una evaluación de su eficiencia debido a la escasez de estadística administrativas. Por ejemplo, el Anuario Estadístico del IMSS de 1981 no publica el porcentaje de ocupación hospitalaria, aunque se conoce que en 1982 era del 67% en el programa IMSS-COPLAMAR, y del 70% en ISSSTE, ambos muy bajos en comparación con los porcentajes de los otros casos de estudio salvo Perú. La información sobre el promedio de días-estancia hospitalaria es mejor: en 1982 era 4.6 en el IMSS (4 en IMSS-COPLAMAR), 5.7 en el ISSSTE y 9.5 en las fuerzas armadas. Salvo este último, los promedios de días-estancia en México eran inferiores a los de todos los otros cinco casos de estudio. Pero el exceso de empleomanía es, sin duda, una causa importante del costo de salud: a principios del decenio en curso había en el IMSS empleados por cama de hospital, entre 1.5 y 2.5 veces más que en los otros cinco países, y la razón empleado/cama de hospital era aún mayor en PEMEX y en las fuerzas armadas. 262/

Por último, debe ratificarse la falta de coordinación del sistema de salud lo que induce exceso de capacidad (y duplicación) en ciertas áreas geográficas y para determinados grupos, pero déficit en la atención en otros.

iii) Causas relacionadas con el programa de pensiones.

El porcentaje del programa de pensiones en el gasto de seguridad social en México es similar al de Costa Rica; sólo es inferior en seis países de la región (ver cuadro 54). Las causas de este fenómeno son similares a las del caso costarricense. El programa de pensiones es mucho más reciente que el de los países pioneros y dos años más nuevo que el de Costa Rica, y sus primeros pasos no comenzaron hasta el decenio del 50.

Además, como la cobertura no se extendió con cierta rapidez hasta los últimos decenios, un número relativamente pequeño adquirió el derecho en los primeros 20 años del programa. El porcentaje de la población mayor de 65 años era de 3.6% en 1980, igual al de Costa Rica y Perú y muy inferior al de los países pioneros; el porcentaje proyectado para el año 2010 en México (5%) es el más bajo de los seis casos de estudio (ver cuadro 52). La esperanza de vida en 1980 (64 años) era la quinta más baja de los seis casos. La edad de retiro por vejez en el IMSS (65 años) es la más alta de América Latina y es igual para ambos sexos; las edades de retiro en los subsistemas son mucho más bajas pero la proporción de asegurados en éstos es sólo del 16% del total.

Debido a estos factores y a la relativamente rápida extensión de la cobertura en los dos últimos decenios, el cociente de carga demográfica sólo ascendió de 0.047 en 1960 a 0.089 en 1983 y es el más bajo de los seis casos con excepción de Costa Rica. Aunque las tasas de crecimiento de la población total y la PEA han comenzado a descender desde mediados del decenio pasado, aún la tasa de crecimiento de activos asegurados es entre el doble y el cuádruple de aquéllas, salvo en 1982-1983 debido a la aguda crisis económica (ver cuadro 43). Se ha estimado por el IMSS que la situación estacionaria en el programa de pensiones (o sea, cuando las tasas de incremento de activos y pasivos sean iguales) no ocurrirá hasta después del año 2022.

Posiblemente el factor de más peso en el incremento del costo del programa de pensiones es el ajuste de las mismas a la inflación. Para dicho ajuste en el IMSS se usa como base el promedio del salario anual en los últimos cinco años. Se ha estimado que si los salarios aumentaran en un 60% debido a la inflación la base del ajuste de las pensiones sería el 38.5% (con un salario constante), de forma que con una tasa de inflación alta (la de México en 1982 y 1983 fue cercana al 100%), la suma inicial de la pensión ya estaría devaluada. En 1981, la pensión promedio de vejez equivalía al 37.6% del salario asegurado promedio que, debido al tope de cotización, es muy inferior al salario promedio nacional. ^{263/} Hasta 1973 las pensiones se reajustaban por decisión del Ejecutivo, a partir de entonces y hasta 1982 se dispuso que se ajustaran cada cinco años y, desde 1982, se ajustan anualmente. Los mínimos nominales de las pensiones se elevaron cinco veces en 1976-1983, pero sin ningún incremento real. ^{264/} El cuadro 53 muestra que el promedio de la pensión real per cápita casi se triplicó entre 1960 y 1975, pero la base inicial era muy baja y la pensión real ha comenzado a declinar desde 1976.

Aunque a largo plazo el costo de las pensiones crecerá y llegará a ser el factor preponderante del gasto de seguridad social, México tiene bastante tiempo para enfrentar esa situación. Como ya hemos visto, la cuestión fundamental ha sido el desfinanciamiento del fondo de pensiones por el programa de enfermedad-maternidad, por lo que el problema más grave a corto plazo es cómo equilibrar este programa.

d) Medidas para reducir el gasto

El costo de la seguridad social en México es moderado para los niveles regionales y probablemente adecuado para el nivel de desarrollo del país; más que una reducción del costo lo aconsejable es su mejor utilización fijando prioridades diferentes y aumentando su eficiencia.

Ya se ha mencionado (sección 3e)) el proyecto de desarrollar un nuevo modelo de salud en México que, se alega, permitiría alcanzar la cobertura universal a un costo relativamente bajo. 265/ La nueva ley que contempla la creación de un Sistema Nacional de Salud brinda la oportunidad de estudiar con cuidado la viabilidad de este proyecto y su posible implantación con los ajustes necesarios. En todo caso el sistema nacional de salud debería integrar todos los servicios existentes en el sector público, eliminando sus duplicaciones y utilizando mejor la capacidad instalada.

Con base al análisis de esta sección se sugieren otras medidas para reducir el gasto y mejorar su eficiencia: i) dedicar un porcentaje mucho más alto del gasto de salud a la medicina preventiva y la atención básica, disminuyendo el énfasis en la medicina curativa e intensiva de capital; ii) reducir el personal administrativo y de salud excesivo; iii) uniformar las prestaciones de los subsistemas (fuera y dentro del IMSS) con las del sistema general del IMSS; iv) es difícil reducir el gasto de las pensiones en el IMSS, puesto que sus condiciones -especialmente para el retiro por vejez- son estrictas, pero en los subsistemas debería eliminarse el retiro por antigüedad y aumentar la edad de retiro por vejez, y v) eliminar o reducir las prestaciones sociales y dedicar estos recursos a la extensión de la cobertura poblacional.

6. El impacto de la seguridad social en el desarrollo

No hay estudios publicados sobre el efecto de la seguridad social mexicana en el ahorro/inversión y la distribución, pero hay uno sobre su impacto en el empleo.

a) Ahorro e inversión

El programa de pensiones del IMSS al ser reciente y usar primero la prima media uniforme y después la escalonada ha generado un excedente sustancial. Gran parte de ese excedente se ha utilizado para subsidiar los programas de enfermedad-maternidad y prestaciones sociales, invirtiendo en inmuebles y muebles. Hasta 1983 el excedente de pensiones compensó el déficit en enfermedad-maternidad, pero es posible que en 1984 ocurra, por primera vez, un desequilibrio global en el sistema. Debido al desfinanciamiento progresivo del programa de pensiones, el mismo en la práctica, está actualmente con un régimen de reparto. La seguridad social puede hasta ahora haber tenido un impacto positivo en la inversión, pero esto puede cambiar en el futuro. La carga liviana que paga el asegurado no debe haber sido obstáculo fuerte para el ahorro individual, especialmente en los estratos de ingreso medio y alto que se benefician con los topes. Si el grueso del financiamiento realmente recae sobre el empleador, esto debe tener un impacto más negativo en la inversión que si recae en el asegurado o el consumidor.

b) Empleo

En México existe mano de obra abundante y la oferta laboral debe ser elástica. El empleador debe pagar dos terceras partes de la cotización salarial global, aunque su porcentaje es relativamente bajo, comparado con el de Costa Rica y Uruguay. La transferencia de dicha cotización al trabajador asegurado parece estar limitada por la legislación laboral y de seguridad social. Así el empleador debe pagar no sólo su cotización, sino además la del asegurado cuando éste recibe un salario mínimo. De acuerdo con la Confederación de Cámaras de Industrias esta medida aumentó el costo del salario mínimo en más del 14% en 1976. 266/ Como sólo el 42% de la PEA está cubierta y hay subsistemas en que el asegurado no paga cotización o tiene un porcentaje inferior al sistema general, existe la posibilidad de evadir la cotización salarial.

Si el empleador no puede transferir su cotización al consumidor (v.gr. debido a los controles de ciertos precios) esta situación provocaría una disminución en la demanda laboral y la sustitución de mano de obra por capital. Un reciente estudio sobre el impacto de la seguridad social en el empleo, que usa a México como un caso de estudio, se basa en este punto de vista. El estudio calcula cual sería el efecto en el empleo si se sustituyera la cotización salarial por el impuesto al valor agregado (en el capítulo 7 se analiza este tema con más detalle). A ese efecto aplica dos métodos, ya referidos en el caso de Chile, a la industria manufacturera de México en 1978. El resultado de sus cálculos es positivo: un incremento del empleo

que varía de 1.7 a 9.6% según el método utilizado, o el equivalente de 48.000 a 362.000 empleos nuevos. 267/ Una crítica de este estudio concuerda con sus resultados al nivel agregado pero no al nivel de las ramas de la industria, alegando que la metodología aplicada al caso mexicano sobreestima el impacto en el empleo al presumir una sola elasticidad de sustitución para todas las ramas. 268/

c) Distribución del ingreso

Los aspectos más progresivos del sistema de seguridad social mexicano son la extensión de la cobertura poblacional, los programas de salud asistenciales del IMSS, y la exención del pago de cotización a los asegurados del IMSS que reciben el salario mínimo. Por otra parte hay varios elementos regresivos en dicho sistema: i) el 58% de la PEA no está cubierto con pensiones y el 40% de la población total no está cubierta en salud y los excluidos del sistema son -en general- los grupos de más bajo ingreso; ii) los toques de cotización salarial al IMSS hacen que los asegurados de más alto ingreso contribuyan proporcionalmente menos que los de mediano y bajo ingreso (excepto los que reciben un salario mínimo); iii) el Estado financia totalmente o subsidia fuertemente a subsistemas que cubren a grupos de ingreso superior a los no cubiertos; iv) hay una relación positiva en los estados, entre mayor ingreso y mejor cobertura de seguridad social y servicios de salud (y viceversa), y v) los servicios asistenciales de salud reciben una asignación de recursos mucho más baja, proporcionalmente, que los de seguridad social y no existen pensiones asistenciales.

En 1984 el IMSS comenzó a diseñar un estudio sobre el impacto de sus programas en la distribución del ingreso. El mismo incluiría una medición de la incidencia del financiamiento y los gastos, y detectaría las transferencias netas entre grupos de diverso ingreso, riesgo laborales y edades, así como entre regiones con distinto grado de desarrollo y ramas de actividad económica. 269/

Un estudio recién publicado plantea que la estrategia actual a mediano y largo plazo para satisfacer las necesidades básicas (incluyendo la seguridad social) en México, está limitada por su estrecha interdependencia con la distribución del ingreso, el perfil de la demanda y la estructura productiva. Con la estrategia actual, para satisfacer las necesidades básicas de toda la población en el año 2000, sería necesario aumentar la inversión en hospitales a una tasa media anual de 10% en los dos últimos decenios de este siglo. Siendo esto imposible, el estudio propone una modificación en la distribución del ingreso, con distintos grados de intensidad, para lograr dicha meta. 270/

Capítulo VI

PERU

Los avances de la seguridad social peruana en las dos últimas décadas son moderados y muchas características de su sistema lo colocan en un punto medio en la región. Un progreso importante se alcanzó a principios del decenio pasado con la transformación de un sistema relativamente estratificado en uno relativamente unificado y uniforme, aunque aún subsisten algunas desigualdades. Pero la cobertura de la población total sólo aumentó del 9 al 19% en 1961-1983 mientras que la de la PEA creció del 25 al 38%. Por su nivel de cobertura poblacional Perú se coloca exactamente en el medio de América Latina.

En los dos últimos decenios ocurrió una mejoría importante en los indicadores de salud pero, en 1980, éstos aún se encontraban entre los más bajos de la región: la tasa de mortalidad infantil era de las más altas y la esperanza de vida de las más cortas. El sector de bajo ingreso está excluido de la seguridad social y las áreas geográficas más subdesarrolladas son las que tienen la cobertura inferior y los peores servicios de salud. El Ministerio de Salud que en teoría asiste al 66% de la población recibió en 1980 la mitad de los recursos asignados al Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) que cubría al 17% de la población.

Debido a la baja cobertura, un sistema de prestaciones de nivel promedio y un programa de pensiones relativamente reciente, el costo de la seguridad social en Perú aumentó lentamente del 2% del PIB en 1961 al 3.4% en 1982. A principios del decenio en curso la carga financiera de la seguridad social peruana (medida como porcentaje del PIB) era igual al promedio de la región. La falta de estadísticas y balances contables en el IPSS por casi diez años (1973-1980) impiden un análisis acucioso del equilibrio del sistema, pero las cifras disponibles muestran un superavit global hasta 1982, si bien decreciente como porcentaje del ingreso y con un déficit en el programa de enfermedad-maternidad que se cubrió con transferencias de los programas de pensiones y riesgos profesionales. A partir de 1983 el sistema ha arrojado un déficit global, debido principalmente a la mora del Estado y la evasión y mora de los emple

adores. La deuda por ambos conceptos en 1983 era similar, en términos reales, a algo menos de la mitad del total de ingresos del IPSS en 1982. Otras causas latentes del desequilibrio han sido la congelación en el porcentaje de cotización, la rentabilidad muy baja o negativa de las inversiones y los altos costos e irregularidades en la administración. La crisis económica agravada a comienzos del decenio fue el precipitante con su efecto negativo sobre el empleo, los salarios reales y el gasto fiscal.

El gobierno instaurado en 1980 preparó un programa ambicioso de seguridad social que incluyó la extensión de la cobertura y el saneamiento del sistema, pero problemas administrativos combinados con la crisis económica, han hecho difícil la ejecución de dicho programa. No obstante se han dado pasos de avance en el campo financiero: el Estado ha comenzado a pagar sus deudas, se está haciendo fuerte presión sobre los empleados para que cumplan sus obligaciones, se ha solicitado ayuda técnica a organismos internacionales para mejorar la administración y el sistema actuarial, y se ha logrado reducir algunos gastos. Los problemas financieros que enfrenta el sistema parecen ser principalmente coyunturales y herencia de un decenio de pobre administración. Superados estos problemas el país debe darse a la tarea de extender la cobertura con un sistema de prestaciones básicas viables económicamente en el largo plazo.

1. Evolución histórica

a) El sistema estratificado

La seguridad social en Perú ha evolucionado de manera más estratificada que en Costa Rica y México, pero menos que en Cuba y Chile, ocupan así una posición intermedia (ver cuadro 54). Siguiendo el patrón de la región, los grupos de presión fueron capaces de obtener programas separados y, a veces, un mismo grupo incluso consiguió trato diferenciado para varios de sus componentes. Durante el breve interregno democrático en el decenio del 60 se aprobaron los dos principales programas de pensiones, que cubren a los grupos mayoritarios de obres y empleados (la separación -como en el caso chileno- reflejó el trato diferente de ambos grupos por la legislación laboral) y otros para pequeños grupos obreros. A fines del decenio del 60 la seguridad social era un verdadero laberinto con más de 2.000 disposiciones legales y docenas de fondos con su propia legislación, financiamiento y prestaciones. 271/ Algunos de estos fondos eran completamente independientes o eran administrados por otros fondos, ya fuera con cuentas separadas o con regulaciones especiales. No existía coordinación alguna entre todas estas insituciones ni siquiera entre los dos sistemas principales. Peor aún, el sistema además de ser

estratificado, no tenía la ventaja de la alta cobertura poblacional típica de los países pioneros; aunque la cobertura aumentó algo en el decenio del 60, a su fin sólo algo más de un décimo de la población total y algo más de un tercio de la PEA estaban cubiertos por la seguridad social.

Las fuerzas armadas habían sido el primer grupo en obtener la cobertura y tenían programas de pensiones y hospitales independientes para sus cuatro ramas: ejército, armada, aviación y policía.

Los funcionarios y empleados públicos, el segundo grupo en obtener la cobertura, tenían un programa original de pensiones y (conjuntamente con los empleados privados) un programa de enfermedad-maternidad. El programa original de pensiones cubría a todos los ingresados al servicio antes de 1962, incluyendo el gobierno central, más de 100 instituciones autónomas y los departamentos y municipios. Los que ingresaron al servicio después de 1962 pertenecían al programa general de pensiones de empleados creado en 1961-62. Además había una serie de fondos de pensiones independientes para grupos especialmente poderosos como los poderes ejecutivo, legislativo y judicial (con separación entre los funcionarios electos y los burócratas), los diplomáticos, instituciones autónomas (como el Banco Central y los propios fondos de pensiones), y el sector de la educación (con notables diferencias entre sus diversos subgrupos). Además había numerosos fondos mutuos obligatorios de seguro de vida, programas de indemnización por retiro, etc.

Los empleados privados tenían dos programas generales: uno de enfermedad-maternidad y otro de pensiones. Además existía un programa de pensiones de antigüedad para empleados de grandes empresas. Los empleadores eran responsables de asegurar a sus empleados contra riesgos profesionales en compañías aseguradoras privadas.

Los obreros también tenían dos programas generales separados: el de enfermedad-maternidad (uno de los primeros establecidos en América Latina) y el de pensiones (creado casi al mismo tiempo que el de empleados privados). Bajo la administración del sistema general de los obreros había varios subsistemas: unos con fondos separados (taxistas, estibadores) y otros sólo con regulaciones especiales (servidores domésticos, */ vendedores de periódicos, peluqueros y asegurados voluntarios */). Por último había cuatro fondos independientes del sistema general: pescadores (con fondos separados para pensiones, */ enfermedad-maternidad */ y desempleo); estibadores del Callao (enfermedad-maternidad) y jinetes (pensiones y enfermedad-maternidad). Los riesgos profesionales eran cubiertos mediante contratación con compañías privadas de seguros.

En la primera mitad del decenio del 60 se realizaron varios estudios (con asesoría de la OIT y de la OISS) sobre la seguridad social peruana, especialmente de los programas generales de pensiones y enfermedad-maternidad de empleados y obreros. 272/ Hacia fines del decenio el sistema confrontaba problemas financieros pues el Estado le debía una suma sustancial. Algunas medidas para lograr cierta coordinación y uniformidad fueron tímidas e introducidas muy tarde; el Estado carecía de poder para llevar a cabo la reforma global del sistema.

b) La unificación y uniformización del sistema

El gobierno militar reforzó el poder del Estado y controló o cooptó a la mayoría de los grupos de presión y, aunque en los primeros años contribuyó a la multiplicidad del sistema, eventualmente procedió a su unificación y uniformidad a través de las medidas siguientes: i) en 1968-1970, designación por parte del Estado de comisiones de reorganización, para dirigir e integrar los principales programas de empleados y obreros; ii) en 1970, incorporación de la seguridad social y la salud al primer plan quinquenal (1971-1975); iii) en 1971, absorción de los riesgos profesionales por el sistema general de los obreros; iv) en 1972, uniformidad del sistema de pensiones de las fuerzas armadas; v) en 1973, creación de un sistema uniforme de pensiones que integró los sistemas generales de obreros y empleados, y algunos de sus subsistemas, pero excluyó a las fuerzas armadas, a los empleados públicos bajo el sistema antiguo y a los tres fondos independientes de pensiones de obreros; vi) a través del decenio, gradual integración de los hospitales de empleados y obreros que culminó en 1979 con la uniformidad legislativa del programa de enfermedad-maternidad; y vii) en 1980 (pocos días antes de cesar el gobierno militar), creación del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) administrador único de los programas generales de pensiones y enfermedad-maternidad. 273/

La reforma del decenio del 70 produjo mejoras importantes en lo que se refiere a unificación y uniformidad, pero no resultó en una extensión significativa de la cobertura poblacional (sólo se incorporó a los servidores domésticos y se abrió la posibilidad de aseguramiento facultativo a los trabajadores independientes). Por otra parte, el proceso de unificación y uniformidad se ha criticado recientemente por su falta de planificación, control y estudio previos, los cambios frecuentes y ritmo acelerado y su improvisación e ineficiencia. Desde 1974 a 1980, aunque el número de empleados creció enorme

*/ Estos programas fueron creados a principios del decenio del 70, ya bajo el gobierno militar.

mente, no se publicaron balances contables, no se creó un registro de empleadores y asegurados, no se hicieron inventarios patrimoniales ni se llevaron series estadísticas, y no se efectuaron estudios actuariales. El control sobre la información hizo que "permanecieran ocultos los problemas" y "las protestas o críticas sobre las deficiencias de los servicios no fueron expuestas a la opinión pública" 274/ Por último el Estado dejó de cumplir con sus obligaciones financieras acumulándose una deuda cuantiosa.

El IPSS nació en vísperas del regreso a la democracia pero con un legado funesto de ignorancia factual, caos administrativo y dificultades financieras, débil para enfrentarse a los antiguos problemas, agudizados por años de postergación. El nuevo gobierno puso en operación el IPSS con regulaciones provisionales y confeccionó un ambicioso programa que iba desde la universalización hasta el saneamiento financiero. 275/ Aunque se han tomado medidas importantes, la grave crisis económica y los conflictos políticos han impedido llevar a cabo la mayor parte del programa original. Peor aún, el equipo directivo inicial fue debilitado y eventualmente removido por una exhaustiva investigación bicameral que originalmente iba dirigida a la administración militar pero que a la postre también incluyó a la actual. 276/ (Esta investigación, posible por la democratización política peruana reveló irregularidades administrativas que, aunque también pueden existir en otros países de la región, no pueden documentarse por la falta de investigaciones críticas similares). Por último, el instrumento jurídico básico del IPSS -el Proyecto de Ley orgánica- ha sido demorado más de tres años en el Congreso y, aunque aprobado por el Senado a fines de 1983, aún aguardaba la aprobación de la Cámara de Diputados en marzo de 1984.

En resumen, la seguridad social peruana evolucionó de manera estratificada pero sin alcanzar una cobertura poblacional alta como en los países pionero; la unificación y uniformidad del sistema, logrados en el decenio pasado, fueron hechas de manera ineficiente y no fueron acompañadas de una extensión significativa de la cobertura. El gobierno actual, heredero de dichos problemas, agudizados por su postergación, y confrontando graves crisis económicas y políticas ha trabajado en apuntalar las finanzas pero no ha conseguido extender la cobertura.

2. Estructura organizativa

En la actualidad el sistema de seguridad social peruano está unificado y es uniforme con algunas excepciones. 277/ La institución principal es el IMPSS que opera tres programas: el de enfermedad-maternidad, el de pensiones y el de riesgos profesionales. El IPSS es un organismo autónomo con participación

tripartita (asegurados, empleadores y Estado) en su administración, aunque aquella es bastante imperfecta. 278/

El programa de enfermedad-maternidad del IMPSS es el más unificado y uniforme pues comprende a todos los asegurados excepto tres grupos que tienen sus servicios separados (propios o contratados): fuerzas armadas, pescadores y jinetes de hipódromos.

El programa de pensiones del IPSS cubre a tres grupos: a) Los empleados privados excepto a un pequeño grupo que tenía un fondo aparte pero ahora administrado por el IPSS. b) Los empleados públicos excepto tres grupos que tienen fondos independientes: i) los empleados del Estado que ingresaron antes de 1962 y siguen con su fondo antiguo; ii) los empleados de organismos autónomos que ingresaron antes de 1962, cada cual con un fondo aparte; y iii) los magistrados del poder judicial, legisladores, diplomáticos, maestros estatales y profesores universitarios que ingresaron antes de 1973 y también tienen su fondo propio. c) Los obreros incluyendo dos grupos que tienen regulaciones especiales (servicio doméstico y asegurados facultativos) y dos grupos que tienen fondos separados pero son administrados por el IMPSS (dueños de taxi y estibadores) pero excluyendo dos grupos que tienen fondos de pensiones independientes (pescadores y jinetes de hipódromo). Las fuerzas armadas también tienen un fondo independiente de pensiones con disposiciones uniformes para sus cuatro grupos.

El programa de riesgos profesionales del IPSS cubre sólo a los obreros; los empleadores pueden contratar un seguro complementario con compañías privadas. Los empleados tienen un seguro de vida que se contrata por los empleadores también con compañías privadas y es supervisado por el Ministerio del Trabajo.

El Banco de la Nación cobra todas las cotizaciones salariales, destinadas al IPSS, a los empleadores y éstos a su vez hacen los descuentos a sus empleados. El Banco también contabiliza los ingresos y egresos, paga un interés por los depósitos y realiza todos los pagos de prestaciones monetarias.

El sistema de salud necesita de mayor integración. El IPSS tiene servicios curativos propios pero también contratados en áreas geográficas donde no tiene servicios propios o éstos no son suficientes. Además los empleados asegurados han mantenido el viejo privilegio de la "libre elección" (que nunca tuvieron los obreros), o sea, que pueden recibir servicios médico-hospitalarios, privados o públicos, pagar los mismos y después ser reembolsados, de acuerdo con una tarifa, por el IPSS. No obstante en la práctica la libre elección se ha

erosionado debido al bajo reembolso que paga el IPSS. El sistema de salud del IPSS asume una forma piramidal con tres tipos de instalaciones: postas, policlínicos y hospitales, organizados en tres niveles: zonas, regiones y centro. Los hospitales y policlínicos que antes atendían por separado a empleados y obreros ahora han eliminado el trato discriminado con excepción de los hospitales de Lima y Arequipa, aunque sus médicos están integrados. El Ministerio de Salud (MS) tiene también sus instalaciones propias (además tiene a su cargo los programas de vacunación y saneamiento) así como ciertas empresas localizadas en lugares aislados (v.gr., minas, pozos petroleros), las sociedades de beneficencia y el sector privado. Las fuerzas armadas tienen hospitales para cada uno de sus grupos; ejército, armada, aeronáutica e interior (policía); los empleados civiles de las fuerzas armadas están cubiertos por el IPSS y tienen libre elección. Los pescadores y jinetes de hipódromos no tienen instalaciones propias sino contratadas.

Aunque en los últimos años se ha avanzado notablemente en el proceso de unificación y uniformidad de la seguridad social, aún quedan algunos anacronismos que debían desaparecer, como son los fondos independientes de pensiones y enfermedad-maternidad para pescadores y jinetes, así como los fondos separados -aunque dentro del IPSS- para dueños de taxi y estibadores. Todos estos debían ser integrados por completo dentro del IPSS. Un problema más complejo es el de los empleados públicos y fuerzas armadas. Los fondos independientes de empleados públicos (ingresados antes de 1962 o 1973 según los casos) se justifican debido a los derechos adquiridos y como son deficitarios su integración al IPSS a más de problemática sería gravosa. Como estos fondos están cerrados su población se reducirá paulatinamente hasta desaparecer. Pero este no es el caso de las fuerzas armadas cuyo sistema es abierto; es interesante que los militares, que realizaron la unificación del sistema de seguridad social peruano, sólo dejaron fuera de la misma a un grupo importante abierto, o sea, su propio sistema. Esto por supuesto no es exclusivo del Perú, pues en toda América Latina las fuerzas armadas tienen un sistema aparte; la única excepción es Costa Rica porque no tiene fuerzas armadas.

El gobierno actual no ha considerado ninguna de las medidas anteriores, pero su plan de seguridad social proponía el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud que incluía la coordinación del IPSS y el MS, el énfasis en la medicina preventiva, la desconcentración de los servicios y la mejora de la red hospitalaria y policlínica. Aunque ha habido avances importantes en los dos últimos aspectos, 279/ la meta de integración de servicios de salud parece ser tan remota como antes.

3. Cobertura de la población

a) Cobertura legal y estadística

De acuerdo con la ley, el IPSS cubre obligatoriamente a todos los trabajadores asalariados, ya sea empleados públicos o privados u obreros (también las empresas de propiedad social y cooperativa) excepto los grupos que tienen sus propios fondos. La cobertura de enfermedad-maternidad es más amplia que la de pensiones pues hay menos grupos con fondos independientes y, además de los asegurados activos incluye a los pensionados y a los dependientes. Estos últimos son más limitados que en otros países: el cónyuge (o compañera) con derecho a prestaciones de maternidad (pero no de enfermedad) y los hijos menores de un año con derecho a prestaciones de enfermedad. Los trabajadores por cuenta propia pueden asegurarse voluntariamente ("facultativos") y también los que tenían la condición de asegurados obligatorios pero la han perdido y no tienen derecho a pensión. El programa de riesgos profesionales del IPSS cubre a todos los obreros asalariados en los sectores privado y público (estos últimos sólo si no estaban cubiertos anteriormente) incluyendo a los agrícolas, mineros (en lugares aislados están cubiertos por compañías privadas), pescadores, servicio doméstico y miembros de cooperativas. Los empleados no están cubiertos pero tienen seguro de vida y pueden acogerse en caso de riesgos profesionales a las prestaciones monetarias o de salud del IPSS.

El cuadro 55 muestra estimados gruesos de la cobertura estadística poblacional de la seguridad social. El IPSS no tiene un registro único ni una cuenta individual de asegurados y, debido a la multiplicidad de programas y su diversa extensión, un asegurado puede estar contabilizado en un programa pero no en otro. Por ejemplo, un empleado estatal contratado antes de 1962 aparece como asegurado en enfermedad-maternidad pero no en pensiones ni en riesgos profesionales; pero si el empleado estatal fue contratado después de 1962 aparece también en pensiones. En 1973 se dictó una disposición legal ordenando la creación del registro único y cinco años después se diseñó un sistema -con asesoramiento de la OEA- pero no se llevó a efecto. En el decenio del 70 no se llevaron cifras de cobertura y un censo de asegurados realizado en 1981 aparentemente adoleció de serias deficiencias y no se ha publicado.^{280/} Como se desconoce el número de asegurados activos en fondos de pensiones independientes del IPSS (empleados del Estado y de organismos autónomos contratados antes de 1962 y de los poderes legislativo y judicial, diplomacia y magisterio estatal o universitario contratados antes de 1973) pero estos grupos están asegurados en el programa de enfermedad-maternidad del

IPSS, se decidió usar en el cuadro 55 la cobertura de salud como subrogante de la cobertura de pensiones y, además, se le sumó un estimado de los asegurados en los fondos de las fuerzas armadas y pescadores excluyéndose sólo al pequeño grupo de jinetes de hipódromos. 281/

De acuerdo con los estimados del cuadro, la cobertura de la población total en salud se duplicó en 1961-1983 de menos de 9% a algo más del 18%; la razón de tan baja cobertura es la estricta limitación del número de dependientes con derecho a las prestaciones de enfermedad. La cobertura de la PEA en pensiones creció de casi el 25% en 1961 al 38% en 1983, una extensión muy lenta, especialmente después de mediados del decenio del 60. La cobertura en riesgos profesionales (no mostrada en el cuadro) era de un 20% de la PEA en 1980-1982, mucho más baja que en pensiones debido a la exclusión de los empleados. 282/ En 1980 Perú se colocaba en cuanto a cobertura poblacional justo en el medio dentro del contexto regional, a pesar de que por la antigüedad de su programa de salud y el programa original de pensiones de empleados públicos sólo era superada por los cinco países pioneros.

b) Factores estructurales determinantes

A diferencia de Costa Rica, Cuba y Chile, en que la universalización de la cobertura fue facilitada por el alto porcentaje de fuerza laboral asalariada, en Perú el reducido porcentaje de asalariados ha sido un impedimento en la extensión de la cobertura. En 1982 sólo un 45% de la PEA era asalariada en Perú, o sea, una mitad que en Cuba y 30 puntos porcentuales menos que en Costa Rica; por otra parte, el 49% de la fuerza laboral estaba constituida por trabajadores por cuenta propia y casi un 6% por trabajadores sin paga para un familiar. El 37% de la PEA cubierta por seguridad social en 1980 escasamente rebasaba el 35% de la PEA en el sector formal (ver cuadro 3). Más aún, el país tiene una gran extensión territorial y una buena parte de la misma es montañosa y selvática; en estas grandes zonas aisladas es extremadamente difícil extender los servicios de salud.

c) Diferencias en la cobertura poblacional

El cuadro 56 presenta el grado de cobertura de la población total, en salud, en los departamentos del Perú. El departamento mejor cubierto es Lima (con casi el doble de la cobertura nacional) donde está la ciudad capital, seguido por la provincia constitucional del Callao, donde se ubica el puerto principal; entre ambos concentran el 58% del total de asegurados del país. Los departamentos de Ica, Tacna y Arequipa tienen también una cobertura mucho más alta que el promedio nacional. Estos cuatro departamentos y el Callao están situa-

dos en la Costa, tienen los índices de urbanización más altos (entre el 78 y el 99%) y el PIB por habitante mayor, y concentran el gobierno, la industria, el comercio, el transporte y los servicios financieros. Los departamentos con el grado de cobertura menor (entre 3 y 4%) están situados en la Sierra: son Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huancavélica, Puno y Amazonas (aunque gran parte del territorio de este último se encuentra en la selva, su población está concentrada en su zona serrana). Ellos tienen los índices de urbanización más bajos entre 21 y 36%) y el PIB por habitante inferior, concentran el grueso de la población indígena y su principal actividad económica (con una excepción) es la agricultura y el pastoreo. 283/ El departamento de Lima tiene un grado de cobertura 11 veces más alto que el de Apurímac. Una comparación similar realizada con cifras de 1961 indica que en los 20 años transcurridos prácticamente no se han reducido las desigualdades en la cobertura geográfica. 284/

Aunque no existe información estadística sobre la distribución de los asegurados por ramas de actividad económica 285/ es razonable apuntar que las actividades mejor cubiertas son los servicios públicos, las finanzas, la industria, la pesca y el transporte, mientras que las peor cubiertas son las agrícolas.

d) Población no cubierta

Aunque se carece de información, como en otros países, para determinar con precisión el sector no cubierto, éste puede delimitarse con base en la ley, la discusión de la sección anterior e información adicional. En 1961 había más de dos millones de trabajadores por cuenta propia en Perú y sólo algo más de 50.000 asegurados facultativos, el grueso de los cuales eran trabajadores por cuenta propia, o sea que el 98% de los mismos no estaban asegurados, y se concentraban en la agricultura y posiblemente en los servicios personales. En esa fecha había 442.774 trabajadores sin paga para un familiar y 355.700 desempleados urbanos, ninguno de los cuales estaba cubierto. 286/ Todos los familiares de estos grupos tampoco estaban cubiertos. Por último un porcentaje indeterminado de asalariados que evadía directamente la obligación no tenían derecho. Es de presumir que estos grupos comprenden a la población de más bajo ingreso del país incluyendo, por supuesto, el sector de pobreza crítica. La única atención que reciben estos grupos son los servicios de salud del MS y sociedades de beneficencia, pero estos son insuficientes para asistir a esta gran masa de población (ver sección 5b)). En Perú no existen, como en otros países, pensiones asistenciales, aunque hay

sociedades de beneficencia, hogares de ancianos y otras instituciones de asistencia pero también insuficientes para cubrir las necesidades básicas.

e) Medidas para mejorar la cobertura

El IPSS está planeando para mediados de 1984 ampliar la cobertura comenzando por los dependientes de los asegurados actuales: los hijos hasta los 6 años (con atención médica preventiva y curativa básica) y el cónyuge (con plena protección por enfermedad). 287/ Desde 1980 la cotización salarial que el Estado debe pagar al IPSS ha de destinarse a ampliar la cobertura al sector rural. El Proyecto de Ley Orgánica del IPSS, en proceso de aprobación, prescribe la extensión de la cobertura de salud (comenzando con medicina preventiva y atención médica básica) a los trabajadores independientes, agrícolas aún no cubiertos y pequeños empresarios, así como a los hijos menores de edad y cónyuge dependiente. A los efectos de ejecutar esta medida sería necesario la integración, o al menos coordinación, de todos los servicios de salud existentes (IPSS, MS, sociedades de beneficencia) y la ampliación de los servicios de primer nivel especialmente en zonas rurales.

El Proyecto de Ley Orgánica también reitera el mandato para la creación de un registro único de asegurados y de una identificación nacional que sería mantenida en forma computarizada. 288/ Este instrumento originalmente ordenado hace más de diez años, tendría que ser precedido de un censo nacional de asegurados conducido con asesoría técnica internacional.

4. Financiamiento

a) Fuentes de financiamiento

El IPSS se financia fundamentalmente con cotizaciones salariales tripartitas. Antes del proceso de unificación, los tres grupos principales tenían cotizaciones diversas; las de pensiones fueron uniformadas en 1973 y las de enfermedad-maternidad en 1979. En 1983 la cotización salarial global era de 21%; sólo seis países tenían una contribución más alta y otros dos igualaban la del Perú (ver cuadro 6). La cotización total se distribuía como sigue: 5% el asegurado, 14% el empleador y 2% el Estado (ver cuadro 57). Como es típico en la región, el empleador contribuía legalmente casi el triple del asegurado, o el doble, si se excluye el programa de riesgos profesionales. Desde 1980 se dispuso que la contribución estatal se destinara a la extensión de las prestaciones de salud a la población de bajo ingreso pero el Estado tradicionalmente no ha cumplido sus obligaciones y se ignora si la referida contribución se pagó y, de ser así, si se aplicó al destino designado. Los traba-

jadores por cuenta propia y otros asegurados facultativos pagan una tributación del 7.5% equivalente a la suma de los porcentajes del asegurado asalariado y el empleador. Los incrementos en las cotizaciones salariales sólo pueden ser implantados por ley.

La cotización se calcula sobre el total de la remuneración del asegurado pero tiene un tope que se fija en relación al salario mínimo vital de la provincia de Lima, tope que ha ascendido en 1980-1983: de 5 a 10 salarios para la cotización del asegurado y de 5 a 7.5 salarios para la cotización del empleador. La suma que excede al tope y sólo paga el 50% hasta un máximo igual al tope. Parte del incremento en los topes se ha utilizado para financiar los gastos de los que reciben una pensión mínima a pesar de no haber contribuido lo requerido para alcanzar el derecho. Por otra parte la cotización tiene un tope mínimo equivalente a un salario mínimo vital del lugar en que trabaja el asegurado (un tercio de dicho mínimo en el caso del servicio doméstico); si el asegurado recibe menos del mínimo, el empleador debe pagar la diferencia en la cotización. Los ajustes del salario mínimo han quedado muy por debajo de la inflación; por ejemplo en 1983 se aumentaron sólo en un 20% (pues los ajustes por costo de vida en gran parte no se incorporaron al salario mínimo legal) mientras que la inflación ascendió 111% por lo que la contribución real se ha reducido. Se planea continuar aumentando los topes hasta eliminarlos quizás en 1986. 189/

Además de la cotización salarial, el IPSS recibe otros ingresos menores por multas y donaciones así como el producto de las inversiones. Este último sólo representó en 1981 el 6% de los ingresos, en su mayoría por concepto de intereses y dividendos. Por ley, el IPSS debe tener sus depósitos en el Banco de la Nación, éste paga un interés por dichos depósitos a plazo fijo y cobran una comisión por sus servicios de recaudación de ingresos, contabilidad y pago de prestaciones. Funcionarios del Banco alegan que éste paga una tasa de interés efectiva que es sólo 2% inferior a la del mercado financiero y que los servicios que presta el Banco al IPSS superan con creces a la comisión que se cobra, por lo que esto compensa la diferencia en el pago de interés. 290/ Pero la investigación bicameral de 1983 concluyó que el Banco no reportaba de manera regular y confiable los montos recaudados, que los abonos a la cuenta del IPSS a veces demoraban 6 meses, que en ocasiones el Banco había cobrado comisiones con exceso las cuales se habían reembolsado al IPSS con demoras de hasta 14 meses (en estos dos últimos casos resultando en pérdidas cuantiosas para el IPSS debido a la inflación), y que los depósitos del IPSS en el Banco rendían un interés muy inferior al del mercado financiero (lo que es contrario a la ley) y a veces negativo teniendo en cuenta la inflación. 291/

En 1981 las inversiones corrientes del IPSS (93.836 millones de soles) se distribuían como sigue: 67% en depósitos a plazo fijo, 14% en certificados bancarios, 17% en préstamos hipotecarios y personales, y 2% en bonos estatales. Las inversiones en bienes de capital (72.153 millones de soles) se distribuían así: 72% en obras en construcción (principalmente instalaciones del programa de enfermedad-maternidad), 23% en inmuebles y el 4% restante en otros. 292/ De acuerdo con la investigación bicameral de 1983 no hay un estudio de rentabilidad de inversiones del IPSS pero se estimaba que la misma era negativa, lo que había provocado pérdidas cuantiosas. Las inversiones en edificios para arrendamiento tenían un rendimiento real negativo debido a la falta de pago (muchos tenían ocupantes precaristas), alquileres muy bajos (no ajustados a la inflación) y falta de eficiencia en el cobro; en 1981 aunque el 23% de la inversión de capital era principalmente en este rubro, el mismo sólo generaba el 0.08% de los ingresos. La amortización y pago de préstamos era también una operación muy ineficiente, debido a la mora y al pago con moneda devaluada por causa de la inflación. 293/

Fuera del IPSS, o sea, en los subsistemas independientes de pensiones del Estado y fuerzas armadas, el asegurado contribuye un 6% y el empleador (el Estado) otro 6%. Pero en las fuerzas armadas, todo el costo de las pensiones que estaban en vigor y las que correspondan al personal en activo antes de 1974 son totalmente pagadas por el Estado. Con respecto a enfermedad-maternidad, como los empleados estatales están comprendidos en el sistema del IPSS las contribuciones son las mismas. Sin embargo el sistema de salud de las fuerzas armadas es enteramente financiado por el Estado. 294/

b) Evasión y mora

Este es el problema financiero más grave que enfrenta el IPSS; sus causas son: la ignorancia del número real de asegurados y empleadores (estimados estos últimos a grosso modo en 150.000) debido a la ausencia de registro; la falta de balances de 1973 a 1980 y, por tanto, de records de lo adeudado; el mal ejemplo del Estado que es el principal deudor; el estímulo de la inflación para demorar el pago de las cotizaciones; el pobrísimo sistema de inspección agravado con una tradición de acuerdos fradulentos con los deudores; y el caótico procedimiento judicial para el cobro de adeudos también viciado por la corrupción. En 1980 un especialista afirmó que sólo cotizaban ciertas empresas privadas y sus asegurados lo que, además de ser discriminatorio, impedía la extensión de la cobertura. 295/

La deuda del Estado (incluyendo el gobierno central, los departamentos, provincias, organismos autónomos y empresas públicas) se estimó oficialmente por la investigación bicameral, para 1980-82, en 126.000 millones de soles y se consideró imposible calcular los adeudos de 1969-1979. 296/ Funcionarios del IPSS han dado cifras diversas sobre los adeudos estatales: 123.000 millones en 1977-1981; 128.930 a mediados de 1982; y 141.403 a mediados de 1983 (estas dos últimas cifras sin especificar el período de la deuda). 297/ En 1983 el Estado pagó el 80% de sus obligaciones anuales (cotización como empleador y retención del asegurado); además reconoció 80.000 millones de soles como la deuda de 1977-1981 entregando como pago bonos que rinden el interés bancario; por último se está estimando el adeudo total de 1975-1976 que se abonaría con equipamiento médico.

La evasión de los empleadores antes de la crisis económica fluctuaba entre el 15 y el 20% y ahora entre el 35 y el 40%; se dice que son tantas las empresas que adeudan al IPSS que todos los abogados del país no serían suficientes para interponer las demandas judiciales por cobro. La deuda del sector privado, que ya se habían estimado (muy a grosso modo pues no hay cifras fidedignas) en 36.000 millones de soles a mediados de 1982, subió de 60.000 millones a 203.989 millones entre principios y fines de 1983 (es decir, se expandió 51% en términos reales en el transcurso del año). De 1975 a 1983 se otorgaron seis veces facilidades de pago a los morosos pero no se controló su cumplimiento por lo que no fueron efectivas. En 1984 se decretó una nueva moratoria de las multas e intereses permitiendo convenios de pago hasta de 24 meses en la industria y 60 meses en la agricultura; esto ha sido combinado con una campaña por todos los medios de comunicación usando sus adeudos al IPSS como forma de pago de los anuncios. Más aun a partir de marzo de 1984 se suspendió la atención en salud de los asegurados cuyo empleador no esté al día en sus pagos de seguridad social; esto obliga al empleador a negociar un acuerdo de pagos con el IPSS. Además comenzó a introducirse un sistema de planilla única de pagos con recibos computarizados que se espera simplifique el cobro y lo haga más efectivo. 298/

La deuda combinada de los sectores privado y estatal fluctuaba en 1983 entre 159.000 y 344.000 millones de soles, según los diversos estimados, es decir, entre 70 y 150 millones de dólares.

c) Equilibrio financiero

De acuerdo con la investigación bicameral, los estimados de balances del IPSS entre 1973 y 1980 carecen de confiabilidad debido a documentación incompleta e inconsistente y falta de

procedimientos contables adecuados. En 1980 se contrató una firma de contadores para hacer el balance de esos años, diseñar el sistema contable e incorporar la contabilidad al sistema de procesamiento de datos, pero en 1981, a pesar de que el plazo se había vencido, la firma no había cumplido con su obligación. 299/ En vista de todo lo dicho las cifras del cuadro 58 deben ser tomadas con extrema cautela. Las mismas muestran un déficit en el programa de enfermedad-maternidad en 1982, aunque otra información del IPSS indica que dicho déficit comenzó a principios del decenio del 70. El cuadro también indica un superávit en el programa de pensiones y en el balance general aunque este último exhibe una tendencia decreciente en relación a los ingresos.

La crisis económica del decenio en curso ha tenido un impacto negativo en los ingresos reales del IPSS por la caída real de los salarios entre 1973 y 1983, el aumento del desempleo, y el agravamiento de la evasión y la mora. En 1983 se estimaba extraoficialmente el déficit del IPSS en 168.000 millones de soles, un 37.3% de los ingresos de 450.000 millones, mientras que oficialmente se proyectaba el déficit del programa de enfermedad-maternidad para 1984 en 108.000 millones. 300/

El déficit del programa de enfermedad-maternidad ha sido tradicionalmente cubierto con préstamos del programa de pensiones, sin que se amortice el capital ni se paguen intereses adecuados. Entre 1973 y 1982 dichos préstamos ascendieron a casi 26.000 millones de soles y además había créditos por 13.600 millones de soles; se estima que en ese período el IPSS perdió en intereses la suma de 10.000 millones de soles. También se reporta que el 50% de lo recaudado por el programa de riesgos profesionales se transfiere al programa de enfermedad-maternidad. No obstante, desde 1983, el fondo de pensiones ha dejado de prestar al programa de enfermedad-maternidad. 301/

Si la información contable disponible sobre el IPSS es deficiente, la situación es aún peor sobre el resto del sistema. Pero todo parece indicar que prácticamente todos los fondos independientes (v.gr., dueños de taxi, empleados estatales fuera del IPSS) son deficitarios.

d) Regímenes técnico-financieros

El programa de enfermedad-maternidad del IPSS utiliza el régimen de reparto simple con una reserva de seguridad. Desde principios del decenio pasaso el programa ha tenido un déficit y su cotización debió aumentarse en 1979 pero no se hizo (debido a dificultades político-económicas) y se calcula que

dicha cotización debe aumentarse un 1.5% cada 5 años. A los efectos de equilibrar el sistema habría no sólo que aumentar la cotización en 3% sino además reconstituir la reserva de seguridad.

El programa de pensiones utiliza el régimen de prima media escalonada con períodos de cinco años. Se considera que es deficitario actuarialmente puesto que la cotización tenía que ser aumentada en 1979 pero no se hizo. Si en 1984 se aumentara la cotización en 3% podría equilibrarse el sistema, pero debido a las transferencias que se han hecho al programa de enfermedad esto sólo sería efectivo si se recuperara la inversión, algo que parece imposible; así pues, el aumento de la cotización tendría que ser mucho mayor. En vista de ello se está considerando modificar el régimen por el de reparto con cobertura de capitales.

El programa de riesgos profesionales utiliza el régimen de reparto con cobertura de capitales. Como ha habido transferencias de sus reservas al programa de enfermedad-maternidad parece sufrir un déficit pero aún no se ha terminado de hacer su evaluación.

Los estudios actuariales del IPSS deben efectuarse por ley cada cinco años; el último se hizo en 1981 pero no se puso en vigor y no refleja la espiral inflacionaria de 1982-83. En 1983 se creó una oficina actuarial permanente y se ha iniciado un estudio actuarial que se espera estará terminado a mediados de 1984. 302/

e) Medidas para aumentar los ingresos

Desde 1980 el IPSS ha comenzado a introducir una serie de políticas para aumentar sus ingresos las cuales han sido explicadas en esta sección. Además, el dictamen de la comisión bicameral y la Ley Orgánica de Seguridad Social en proceso de aprobación han recomendado las medidas siguientes: i) creación de un registro único actualizado (usando la infraestructura informática) de empleadores y asegurados, depuración del registro de pensionados, actualización de las cuentas individuales y aplicación a nivel nacional del sistema de planilla única de pago, con el objetivo de reducir la posibilidad de evasión y fraude; ii) suscripción de un contrato detallado que especifique las obligaciones del Banco de la Nación con el IPSS a fin de poder verificar los pagos de cotizaciones y asegurar el abono rápido de las recaudaciones, la fijación de una comisión razonable, el mejoramiento del sistema contable y la colocación de los depósitos a un interés al menos igual al del mercado financiero; iii) conclusión del acuerdo entre el Estado y el IPSS para el reconocimiento de la deuda estatal y su forma de pago; iv) obligación de los funcionarios del gobierno

a todos los niveles, de consignar en sus presupuestos la partida para el pago de la cotización al IPSS; la violación de esta obligación sería considerada un delito de malversación de fondos y conllevaría la destitución automática del cargo; v) obligación de la Comisión Bilateral de Presupuesto del Congreso de consignar las cantidades correspondientes para el pago estatal de adeudos y cotizaciones corrientes; vi) auditoría de todos los expedientes de adeudos, denuncia penal contra empleadores deudores, imposición de recargo por mora no inferiores a la tasa de interés de depósitos bancarios a plazo fijo más un 50% adicional, y control de pago de los morosos; vii) inventario y evaluación de los bienes del IPSS, reajuste de los contratos de arrendamiento de viviendas e introducción de un régimen efectivo de cobranzas; viii) expansión de la cobertura (y por tanto de los contribuyentes), reajuste de las tasas de cotización para avanzar el equilibrio actuarial, y eliminación de los topes máximos de cotización; ix) colocación de las inversiones al máximo de rentabilidad de acuerdo al mercado financiero y prohibición de préstamos entre los programas del IPSS; y x) modificación de los regímenes -financieros en vista a las posibilidades reales de equilibrio, realización de estudios actuariales cada cinco años y ejecución de sus recomendaciones 303/.

5. Prestaciones, gastos y costos

a) Prestaciones y condiciones de adquisición

Dentro del IPSS hay uniformidad en las prestaciones y condiciones de adquisición, pero existen tres subsistemas independientes de enfermedad- maternidad y seis subsistemas independientes de pensiones. También hay diferencias en la accesibilidad y calidad de los servicios de salud otorgados por el IPSS.

En el programa de enfermedad-maternidad del IPSS el trabajador asegurado tiene derecho a una prestación monetaria, el subsidio por enfermedad en substitución del salario (si es mujer tiene además derecho a los subsidios por maternidad y lactancia) así como a prestaciones en servicios y especie, tales como atención médico-hospitalaria y odontológica, cirugía, medicinas (limitadas a una lista oficial) rehabilitación y aparatos de prótesis y ortopédicos. (Una concesión muy costosa es la de pagar el tratamiento del asegurado en el extranjero cuando no exista un tratamiento doméstico). La esposa del asegurado sólo tiene derecho a la atención de maternidad y el hijo menor de un año tiene derecho a las prestaciones en servicios y en especie por enfermedad incluyendo vacunación y control preventivo. El empleado asegurado (como rezago del antiguo sistema) conserva el derecho a la libre elección, o sea, puede escoger entre los servicios del IPSS propios o contrata-

dos, u otros servicios públicos o privados, pagando por los mismos y reclamando un reintegro, según tarifa, del IPSS. En riesgos profesionales, los asegurados tienen derecho a similares prestaciones monetarias y de salud más las pensiones por invalidez (total y parcial) y los dependientes tienen derecho a pensiones de sobrevivientes. Por último, el programa de pensiones incluye las de vejez, invalidez, cesantía (una pensión por vejez anticipada en caso de despido) y sobrevivientes; los familiares dependientes tienen derecho además a prestaciones funerarias (en servicios propios o contratados o el pago de una suma equivalente) y si no tienen derecho a pensión reciben un capital de defunción. No existe seguro de desempleo (salvo la pensión de cesantía) ni asignaciones familiares.

Dentro del contexto latinoamericano, las condiciones legales del sistema peruano son bastante estrictas en enfermedad-maternidad en lo que se refiere al período de calificación para recibir las prestaciones monetarias, pero relativamente liberales en cuanto al porcentaje pagado sobre el salario como subsidio y en la duración del período en que otorgan las prestaciones. Por otra parte el período de calificación para recibir las prestaciones de salud en servicios y especie es uno de los dos más largos en la región y el número de dependientes con derecho a dichas prestaciones uno de los más restringidos, mientras que las prestaciones concedidas son promedio (excepto el pago de servicios en el extranjero). En cuanto a las pensiones, la edad de retiro de vejez es relativamente inferior al promedio (60 años de edad para el hombre y 55 para la mujer, con 15 y 13 años respectivos de contribución, además -en caso de cesantía- se permite un retiro anticipado con cinco años de edad menos) mientras que las condiciones para la pensión de invalidez y el número de familiares con derecho a la pensión de sobrevivientes son típicas. En general, teniendo en cuenta que la cotización salarial total del sistema se coloca entre la mitad más alta de los países en la región, las prestaciones resultan adecuadas con muy pocas excepciones.

El cuadro 59 muestra la evolución de los servicios y niveles de salud en el Perú en los dos últimos decenios. Aunque los indicadores comparativamente son los más bajos de los seis países estudiados en este informe, se aprecia una mejoría progresiva en todos ellos con excepción de camas de hospital por 1.000 habitantes. No obstante dicha mejoría, los niveles en 1982 estaban entre los más bajos dentro de la región y, según información verbal, algunos de dichos indicadores se estaban deteriorando en años recientes.

b) Desigualdades en las prestaciones

El programa de enfermedad-maternidad del IPSS es el más uniforme en el país y sólo excluye a tres grupos de los cuales el único importante es el de las fuerzas armadas. El cuadro 60 ofrece una comparación gruesa entre los servicios disponibles para los asegurados del IPSS y otros grupos de la población. Las fuerzas armadas parecen tener mejor disponibilidad en médicos pero peor en camas de hospital aunque la población atendida está probablemente sobreestimada y esto reduce los indicadores. El sector no público es el que tiene los niveles superiores y atiende al sector de más alto ingreso, con algunas excepciones. Las dos terceras partes de la población, no cubiertas por el IPSS ni con acceso a otros servicios superiores, es la que tiene proporcionalmente los servicios de peor nivel: una tercera parte de los médicos y algo más de una mitad de las camas de hospital del IPSS. Esto en gran medida explica los bajos niveles nacionales de salud en el Perú, registrados en el cuadro 59.

También existen desigualdades muy notables en los niveles de salud entre los departamentos del Perú. En 1981 el departamento de Lima tenía 63 veces más médicos por habitante y cinco veces más camas de hospital por habitante que el departamento de Apurímac. Un ordenamiento de los departamentos por niveles de salud es muy similar al ordenamiento por cobertura de la seguridad social (cuadro 56). Los departamentos más desarrollados y con cobertura más alta (Lima, Callao, Arequipa, Tacna, Ica) tienen los niveles superiores en médicos y camas de hospital mientras que los departamentos más subdesarrollados y con cobertura más baja de seguridad social (Apurímac, Cajamarca, Amazonas, Ayacucho, Puno) tienen los niveles inferiores de servicios de salud. 304/

En el programa de pensiones existen desigualdades notables entre el IPSS y los fondos independientes. Por ejemplo, los miembros de las fuerzas armadas y los empleados públicos (contratados antes de 1962) tienen derecho a una pensión por antigüedad con un mínimo de 15 años de servicio los hombres y 12.5 años las mujeres, con cualquier edad. En las fuerzas armadas si se han acumulado 30 o más años de servicios la pensión es equivalente al 100% del salario pagado al personal que desempeña actualmente el cargo correspondiente y, si se tienen 35 años de servicios se paga una pensión equivalente al salario del cargo inmediatamente superior. 305/

c) Costo creciente de la seguridad social y sus causas

Según muestra el cuadro 61 el costo de la seguridad social peruana aumentó del 2.3% del PIB en 1961 al 3.4% en 1982. Como porcentaje del gasto del gobierno probablemente ocurrió

una reducción en la segunda mitad del decenio pasado por efecto de los programas de reajuste en estos años, con una leve recuperación en 1981-1982. El costo de la seguridad social peruana es similar al de México y moderado dentro del contexto regional: ocho países tienen un porcentaje en relación al PIB mayor, otros cinco un porcentaje igual, y seis un porcentaje inferior. A continuación se discuten las causas del incremento moderado del costo.

i) Causas generales. A diferencia de Costa Rica, Cuba y Chile, Perú está lejos de alcanzar la universalidad en la cobertura poblacional; de hecho ésta sólo aumentó unos 3 o 4 puntos porcentuales en los últimos 15 años. Además Perú tiene una cobertura de riesgos inferior a la de dichos países así como prestaciones y condiciones de adquisición más restringidas. Esto explica en gran medida el relativamente bajo nivel del costo de la seguridad social y su lento crecimiento.

Por otra parte, aunque la información disponible sobre el gasto administrativo es imprecisa el mismo parece ser muy alto: en 1981 los gastos combinados de "administración central" e "inscripción, acotación y recaudación" tomaron casi un 10% de los egresos y, además, había una partida no clara sobre "administración financiera" (probablemente inversiones) que absorbió un 20% adicional. 306/ El personal del IPSS ha sido calificado de excesivo por la comisión bicameral: entre 1968 y 1983 el número de empleados aumentó casi tres veces, de 13.000 a 32.000 (las cifras deben tomarse como aproximadas) mientras que el número total de asegurados sólo se duplicó; en 1983 había 4.8 empleados por cama de hospital y 9 empleados por cada 1.000 asegurados en el IPPSS (comparado con casi 13 por 1.000 en Costa Rica y 7.5 por 1.000 en México). Se reporta que un buen número de empleados cobran su salario sin trabajar, que el nivel de calificación es bajo y que el control y supervisión son ineficientes; además hay problemas de indisciplina laboral y los sindicatos interfieren en la contratación del personal. 307/ La remuneración del personal como porcentaje del gasto total de la seguridad social ascendió del 21.6% en 1975/76 al 27.3% en 1981 (el triple de lo reportado en gastos de administración en el mismo año). 308/ Los médicos toman la mayoría del gasto salarial; mediante una poderosa asociación y el uso frecuente de la huelga los médicos han sido el grupo ocupacional menos afectado por la caída de los salarios reales en los últimos años. 309/ En 1976-1980 el personal médico del Hospital Rebagliati, uno de los principales del Perú, aumentó en un 50% mientras que las consultas diarias disminuyeron en un 30% y los ingresos en un 20%. 310/

Según ha reportado la comisión bicameral, parte de los egresos se ha perdido en el pasado debido a irregularidades administrativas como las compras de equipo con sobreprecio de hasta el 25%, la construcción de hospitales y adquisición de equipo, bienes y servicios sin licitación pública, y la malversación de fondos. 311/ Un cambio en la dirigencia del IPSS en 1983 parece haber corregido estas irregularidades.

El cuadro 62 muestra que el programa de enfermedad-maternidad tomó en 1980-1982 alrededor de dos terceras partes de los egresos de la seguridad social aunque el porcentaje comenzó a descender a partir de 1982. Los gastos de pensiones tomaron alrededor de una tercera parte de los egresos en 1980-83 y su porcentaje parecía estar estancado. La proporción de gastos de riesgos profesionales y otros es muy pequeña.

ii) Causas relacionadas con el programa de salud. Perú no ha entrado por completo en la transición demográfica pues sus índices de fecundidad y mortalidad son muy superiores al promedio de América Latina. Por esto su tasa de crecimiento de la población y su índice de dependencia demográfica están, respectivamente, algo por encima y por debajo del promedio regional. Dentro de los seis casos de estudio, Perú tiene el segundo índice de dependencia más alto, 11 puntos porcentuales por encima del de Costa Rica que es el más cercano. Por tanto el porcentaje de su población con alto riesgo de enfermedad (primordialmente menores de 14 años) es muy alto si bien inferior al de México. Esto podría explicar en gran parte la alta proporción del gasto de seguridad social en salud, pero dos terceras partes de dicho gasto se dedica en Perú a los asegurados activos, en edad productiva (con riesgo de enfermedad más bajo) ya que el seguro de enfermedad sólo protege a los hijos dependientes menores de un año. Además la medicina curativa tiene absoluta prioridad sobre la preventiva.

En Perú el cambio en el perfil patológico no ha avanzado como en Costa Rica, Cuba, Chile y Uruguay. En 1982 el 53% de las muertes eran aún debidas a enfermedades infecciosas y parasitarias y sólo el 18% eran causadas por enfermedades degenerativas. Dentro del grupo de enfermedades transmisibles, el 44% era causado por deficiente saneamiento ambiental y un 10% eran inmunoprevenibles. El MIS, que cubría en 1982 al 66% de la población, recibía la mitad de los recursos asignados a salud que recibía el IPSS, el cual cubría sólo el 18% de la población y esencialmente al grupo en edad productiva (ver cuadros 55 y 60). En la misma fecha, la inmunización contra difteria, polio, tosferina, sarampión y tétanos (hecha en un 95% por el MS) no sobrepasaba el 25% de los niños menores de un año, y el 51% de la población total carecía de agua potable y el 64% de disposición de excretas. 312/ Con mayores recursos el MS podría

ampliar los servicios preventivos (como inmunización), mejorar las condiciones sanitarias (v.gr., a través de un programa de letrinas portátiles) y aumentar la educación de la salud. A un costo relativamente bajo podrían reducirse los índices de mortalidad infantil y morbilidad de enfermedades transmisibles.

El sistema de salud necesita una mejor coordinación y evaluación comparativa de costos. Uno de los problemas es el de asegurados que reciben doble atención: del IPSS y servicios contratados con clínicas privadas. Estos últimos, además, son excesivamente costosos, debido a que las tarifas se fijan arbitrariamente por no existir estimados fidedignos del costo promedio de atención en el IPSS que debía servir de base. Además las tarifas se indexaron con la inflación y, como el programa de enfermedad-maternidad del IPSS no aumentó las cotizaciones, la deuda con las clínicas contratadas creció con rapidez. Los convenios vencían a mediados de 1984 y el IPSS planeaba no renovar muchos de ellos a cuyo efecto había construido nuevos policlínicos; esta substitución se esperaba que ahorrra 24.000 millones de soles en la segunda mitad de 1984. Además se está considerando la identificación nacional e historia clínica única como medios para eliminar la duplicidad en la atención. 313/

El sistema de libre elección actualmente no envuelve un alto costo para el IPSS pues el asegurado absorbe la mayor parte del precio del servicio ya que la tarifa de reembolso no se ha ajustado desde 1980 y, como además hay una demora considerable entre la solicitud de reembolso y su pago, la inflación devaluaba aún más su valor real. Sin embargo, en vez de aprovecharse de la erosión de la libre elección para eliminar este trato discriminado entre empleados y obreros, el IPSS estaba planeando una revitalización de este sistema para mediados de 1984, que incluye inscripción de los médicos, clínicas y farmacias, ajuste de las tarifas con una base actuarial, y cambio de la solicitud de reembolso al IPSS que se haría, en el futuro, por los que prestan el servicio. 314/

Otros costos importantes son las medicinas y los subsidios de enfermedad. Hasta 1983 no existía una lista básica de medicinas pero ésta se inició tanto en el IPSS como en las clínicas contratadas y servicio de libre elección, lo que se espera resulte en un ahorro de 18.000 millones de soles anuales. El subsidio de enfermedad resulta costoso porque el IPSS estaba obligado a pagarlo al asegurado aún cuando el empleador no cumplía sus obligaciones financieras; se planeaba que, a partir de abril de 1984, el empleador moroso sería obligado a pagar directamente el subsidio al asegurado con lo que se ahorrarían 6.000 millones de soles. 315/

Por último la ineficiencia en la administración de los servicios de salud es una causa importante de los costos relativamente altos. El control de la estancia hospitalaria es muy deficiente: en 1983 el promedio nacional de días de estancia era de 9,8, muy superior a los de Costa Rica, Cuba y Chile que de por sí ya son altos. A pesar del alto número de médicos se ha reportado frecuentes citas diferidas de hasta seis meses, incumplimiento de horarios, atención de número excesivo de pacientes por los médicos, etc. 316/

iii) Causas relacionadas con el programa de pensiones

El primer programa de pensiones de empleados públicos del Perú es uno de los más antiguos de la región y, por tanto, de los más maduros y con más alto costo; además cuando se estableció el nuevo programa en 1962 el programa viejo quedó cerrado por lo que el número de activos bajo el mismo debe ser pequeño y eventualmente desaparecerá. Desgraciadamente no se tienen cifras de este programa.

Los dos programas de pensiones principales (obreros y empleados) fueron creados en 1961-62 así que son los más recientes de los seis países estudiados aquí. Además todos los empleados del Estado y organismos autónomos, contratados con anterioridad a la creación del programa, fueron mantenidos en el programa antiguo, y otro grupo de empleados públicos no entró al programa nuevo hasta 1973. Otra ventaja del Perú es que su población es joven y el porcentaje con más de 65 años es el más bajo de los seis casos de estudio con excepción de Costa Rica (ver cuadro 63). Más aún, la esperanza de vida no sólo es la más baja de los seis casos de estudio sino la cuarta más baja de la región, mientras que la edad de retiro es sólo ligeramente inferior al promedio legal latinoamericano y las condiciones para la adquisición de las otras pensiones son promedio. Por último las pensiones no se han ajustado al costo de vida -como en Costa Rica y México- sino que se han devaluado con rapidez, aún más que en Costa Rica, Cuba y Uruguay (ver cuadro 64). Por todas estas razones el costo de las pensiones en Perú no ha aumentado como en los países pioneros y se mantiene relativamente estancado.

Por otra parte, el incremento de la cobertura poblacional ha sido muy lento, de hecho las tasas de crecimiento de los asegurados activos y totales están declinando. El cociente de carga demográfica aumentó de 0.027 en 1975 a 0.107 en 1983 en parte por el lento crecimiento de los activos asegurados y también por el proceso de maduración del programa de pensiones (ver cuadro 55). De todas formas el cociente peruano en 1980 era inferior al de los países pioneros y al de la mayoría de los países latinoamericanos.

Un factor de incremento del costo es la baja edad de retiro de la mujer (55 años), cinco años menos que el hombre, a pesar de que la mujer tiene una esperanza de vida 3 1/2 años mayor. Cuando se compara la esperanza de vida al tiempo de retirarse en ambos sexos en 1980, la mujer tiene un promedio de seis años de vida más que el hombre. Y además, la mujer puede retirarse con 2 años menos de contribución. Otro factor en el costo de las pensiones es la falta de un registro actualizado de pensionados y de una inspección efectiva, lo que ha permitido irregularidades como la continuación del pago de pensiones después del fallecimiento del titular. 317/

d) Medidas para reducir el gasto

A más de las medidas ya discutidas en esta sección, aquí se mencionan otras en proceso de implantación y recomendadas oficialmente, así como algunas que se derivan del análisis anterior.

El IPSS ha obtenido un préstamo del Banco Mundial para desarrollar un sistema de computación que se aplique a la inscripción, control de cobros y pagos, registro de asegurados y pensionados, contabilidad y presupuesto. También se ha solido citado ayuda técnica de la OIT para llevar a cabo la revisión actuarial del sistema y se están aplicando algunas técnicas del sector privado para mejorar la eficiencia. Se espera que estas medidas estén en efecto a principios de 1985, antes de finalizar la presente administración. 318/

Desde un punto de vista organizativo es aconsejable: i) unificar y uniformar los subsistemas independientes e integrar el sistema de salud; ii) realizar un estudio del personal innecesario y subutilizado y reconocer un plan para eliminar estos problemas y aumentar la calificación del personal; y iii) evitar la creación de nuevos programas (como asignaciones familiares y desempleo) hasta tanto no se alcance la universalidad en los ya existentes.

En el área de salud debían asignarse mayores recursos al MS para extender los servicios preventivos de inmunización y saneamiento, así como la atención básica de la salud. Es importante mejorar la eficiencia hospitalaria, reducir los días de estancia hospitalaria y controlar el horario de los médicos. El sistema de libre elección y el pago de la atención médica en el extranjero debían ser eliminados y continuarse la reducción gradual de los servicios contratados, o al menos asegurar su control financiero estricto. Podría también reducirse el número de medicinas en la lista básica y promover la expansión de la producción farmacéutica doméstica.

En cuanto al programa de pensiones se debe actualizar el registro de pensionados y equiparar la edad de retiro de la mujer a la del hombre. El deterioro real de las pensiones (en 1982 a una mitad del valor de 1976) ha ayudado a reducir el costo pero las pensiones son en su mayoría insuficientes para resolver las necesidades básicas. El Proyecto de Ley Orgánica ordena el ajuste periódico de las pensiones de acuerdo con el costo de vida, previo estudio actuarial y dando preferencia a las de menor monto.

Por último, una forma de reducir el gasto es transferir parte del mismo al sector privado. La Constitución peruana permite la existencia de entidades aseguradoras complementarias (públicas y privadas) que mejoren las prestaciones del sistema general. El propio IPSS puede convenir prestaciones complementarias con las cotizaciones adicionales correspondientes. Debe evitarse, sin embargo, que ésta sea una puerta trasera para reintroducir un sistema estratificado. Por ejemplo se ha considerado la exoneración de la cotización al IPSS a aquellas entidades públicas o privadas que otorguen prestaciones de salud mejores que las del IPSS. Una medida como esta atentaría contra la solidaridad del sistema al reducir los ingresos que podrían ser parcialmente usados en la extensión de la cobertura a grupos de más bajo ingreso.

6. El impacto de la seguridad social en el desarrollo

No existen estudios de ningún tipo sobre el efecto de la seguridad social peruana en el ahorro/inversión, empleo y distribución, y la información disponible sobre estos aspectos es tan deficiente que sólo permite un tratamiento especulativo de estos temas.

a) Ahorro e inversión

El programa de pensiones del IPSS utiliza el régimen de prima media escalonada y debe haber contribuido al ahorro nacional, pero las transferencias al programa de enfermedad-maternidad y la rentabilidad muy baja o negativa de las inversiones deben haber decapitalizado el sistema, el cual probablemente sea substituído por el de reparto con capitales de cobertura. Los otros programas de pensiones, así como el programa de enfermedad-maternidad, no sólo carecen de reservas sino que son deficitarios.

b) Empleo

En Perú existe mano de obra abundante y una tasa de desempleo que en 1983 ascendió a casi el 9% (en Lima) lo que indica que existe una oferta laboral elástica. El empleador debe

pagar legalmente casi dos terceras partes de la cotización salarial total al IPSS. La transferencia de dicha cotización al trabajador asegurado parece estar limitada por la fuerte presión sindical y la legislación laboral. Por ejemplo, la ley incluso ordena al empleador pagar la diferencia de la cotización del asegurado cuando ésta es inferior al mínimo legal. Además, como sólo un 38% de la PEA está cubierta, el asegurado tiene amplio espacio para evadir la cotización salarial y se reporta un incremento del sector informal para evitar pagar esa contribución. La posibilidad de que el empleador puede transferir la cotización a los precios es limitada por la aguda recesión y el control de precios aunque la liberalización de éstos en años recientes abre la posibilidad de dicha transferencia. 319/ En la medida en que se facilitase la transferencia al consumidor se reducirá el posible efecto negativo sobre el empleo. Por otra parte, los no cubiertos por la seguridad social (la gran mayoría de la población) contribuirían vía precios al sistema que cubre a una minoría de la población probablemente con ingresos más altos que la mayoría del sector no cubierto.

c) Distribución del ingreso

Existe evidencia muy general de que el sistema de seguridad social peruano juega un papel regresivo en la distribución: i) el bajo porcentaje de cobertura de la población y la exclusión del sector de más bajo ingreso; ii) los topes de cotización salarial al IPSS que hacen que los asegurados de más alto ingreso contribuyan proporcionalmente menos que los de mediano y bajo ingreso (excepto los que están por debajo del mínimo de cotización); iii) la existencia de grupos con programas independientes con fuerte subsidio estatal (v.gr., ciertos funcionarios públicos, fuerzas armadas); iv) la ausencia de pensiones asistenciales; v) la relación positiva, en los departamentos, entre mayor ingreso y mejor cobertura de seguridad social y servicios de salud (y viceversa); y vi) la bajísima asignación de recursos al MS que cubre a las dos terceras partes de la población, comparada con la asignación al IPSS.

Capítulo VII

URUGUAY

El Uruguay es uno de los principales pioneros de la seguridad social en el continente y el prototipo del Estado de Bienestar Social. Con el empuje de los grupos de presión y la compencia entre los partidos políticos, facilitados ambos por un clima de democracia pluralista, al comienzo del decenio del 60 la seguridad social uruguaya se había desarrollado al máximo y se colocaba a la cabeza de América Latina: cubría todos los riesgos sociales, tenía una cobertura universal en pensiones y también en salud si se consideraba la población amparada por la mutualidades, ofrecía uno de los conjuntos de prestaciones más generosos y condiciones de adquisición más flexibles, y sobresalía en sus servicios médico-hospitalarios y niveles de salud.

La otra cara de la seguridad social uruguaya era su aguda estratificación y notables desigualdades entre grupos y áreas geográficas. Más aún el costo del sistema alcanzó cerca del 15% del PIB y el 62% del gasto fiscal, mientras que la cotización salarial global subió al 65% estableciendo records históricos en la región con la sola excepción de Chile. Parte del alto costo se debía a la universalidad de la cobertura, la madurez del programa de pensiones y el envejecimiento de la población y su alta esperanza de vida. Pero también a la excesiva generosidad de las prestaciones, a la masificación del privilegio, a la frondosa burocracia y a la ineficiencia administrativa. A pesar de la pesada carga sobre la nómina salarial y un laberinto de impuestos, el sistema estaba desequilibrado financieramente lo que obliga a fuertes transferencias estatales.

Desde fines del decenio del 60, primero con el restablecimiento del poder del Ejecutivo y más tarde con la mayor centralización del poder político, la desestabilización de la democracia y desmovilización de algunos grupos de presión, tuvo lugar un proceso de unificación y uniformidad de la seguridad social. Pero en 1984 ese proceso no había alcanzado el grado logrado por Cuba o Perú y aún subsistían grupos independientes y diferencias importantes entre sus subsistemas y con el sistema

relativamente unificado que también preservaba algunas desigualdades. El porcentaje gasto seguridad social/PIB se redujo gradualmente hasta el 8% en 1980 pero, a partir de entonces, reanudó su ascenso. En ese año se substituyó parte de la cotización salarial y de los impuestos por un aumento en el impuesto al valor agregado (IVA) con los objetivos de eliminar la distorsión en el costo de los factores, reducir el costo de producción, promover el empleo, aumentar el salario real y propiciar la competitividad de las exportaciones. No está claro si dichos objetivos fueron logrados en 1980 y parte de 1981; en todo caso la crisis y el deterioro económico de los años sucesivos ha hecho difícil evaluar la eficacia del IVA. En 1980-1982, por causa de la reducción de la cotización salarial y un reajuste de las pensiones, el déficit del sistema se agravó llegando al 80% de los ingresos. Este déficit fue cubierto con transferencias del Estado pero se ignora si la recaudación del IVA ha sido suficiente para financiarlas.

Debido a características demográficas sui generis y a una larga tradición de liberalidad en la prestaciones, el Uruguay confronta más dificultades que otros países para equilibrar el sistema (en 1982 el cociente de carga demográfica arribó al record continental de 0.8. Aunque se han introducido medidas importantes como la racionalización administrativa, la unificación y uniformidad parciales y la aplicación del IVA, el país debe tomar acciones más drásticas para completar la uniformidad del sistema, equilibrarlo financieramente, eliminar las desigualdades subsistentes y mantener los niveles alcanzados en ocho decenios de desarrollo de la seguridad social.

1. Evolución histórica

a) El sistema estratificado

Siendo Uruguay uno de los países pioneros de la seguridad social en la región, su sistema (como los de Cuba y Chile) apareció temprano pero se desarrolló gradual y fragmentariamente en los primeros 70 años del siglo XX dando lugar a una situación altamente estratificada. Con unas pocas excepciones prematuras, el sistema comenzó a principios de siglo con la iniciativa del Presidente José Battle y bajo el influjo del ala progresista del Partido Colorado. Pero a partir del decenio del 20, como en otros países con regímenes democrático pluralistas, los grupos de presión jugaron un papel crucial en ese tipo de evolución. Este generó diversos programas para ramas económicas (v.gr., industria, comercio), ocupaciones (v.gr., estibadores, textileros, servidores domésticos) y actividades específicas (v.gr., frigoríferos, lanas y cueros). Además, en Uruguay los dos partidos políticos tradicionales (Blanco y Colorado) compitieron entre sí contribuyendo a la estratifica-

ción mediante una copiosa legislación que otorgaba concesiones a grupos al efecto de obtener apoyo electoral. 320/

Por otra parte, el sistema uruguayo alcanzó una de las coberturas poblacionales y de riesgos más altas de América Latina. A mediados del decenio del 60 cubría todos los riesgos sociales (vejez, invalidez, muerte, riesgos profesionales, maternidad, enfermedad común, desempleo y asignaciones familiares) y tenía cobertura universal de la PEA en pensiones y de dos terceras partes de la población total en salud. Como en el caso de Cuba (y Argentina) el Uruguay desarrolló temprano un complejo sistema de mutualidades y cooperativas para la atención de la salud, que se anticiparon (y luego complementaron) a los múltiples programas de seguro de enfermedad que no aparecieron hasta el decenio del 60.

Siguiendo el patrón de desarrollo de la seguridad social en la región, las fuerzas armadas uruguayas fueron el primer grupo en recibir protección en todos los programas, excepto en asignaciones familiares en que fueron los segundos. A ellos siguieron los empleados públicos, primeros en obtener protección en dos programas y segundos en otros dos. En Uruguay no ocurrió la división de los trabajadores del sector privado en dos grandes grupos (empleados y obreros) como en Chile y Perú, pero sí entre grupos ocupacionales o sectores económicos con diverso poder. La aristocracia laboral (v.gr., servicios públicos, banca, industrias de carne, lana y cuero) fueron los primeros en recibir protección, mientras que los últimos fueron los grupos de menos poder (trabajadores rurales y servicio doméstico). Pero es importante anotar que Uruguay fue el primer país (1919) en establecer un programa de pensiones para indigentes (ver cuadro 65).

En 1967 había medio centenar de instituciones de seguridad social: 10 fondos de pensiones (los seis principales fueron agrupados en tres pares en el decenio del 30); 16 cajas de asignaciones familiares coordinadas por un consejo Central de Asignaciones Familiares-CCAF (más un número adicional de cajas de compensación familiar); 16 seguros de enfermedad (más un buen número de programas adicionales de salud); 6 programas de desempleo; un número indeterminado de programas de maternidad; y un programa único de riesgos profesionales y administrado por un organismo estatal. Cada uno de estos programas tenía su propia legislación, administración, financiamiento y prestaciones, y no existía un organismo central coordinador. Las diferencias y desigualdades entre los programas -especialmente los de pensiones- eran considerables: aquellos que protegían a los grupos más poderosos disfrutaban de las mejores prestaciones y recibían el apoyo estatal más fuerte vía impuestos específicos.

En el decenio del 60 se hicieron algunos estudios para reformar el sistema de seguridad social (en particular el programa de pensiones) recomendando su unificación parcial^{321/} pero, como en otros países, el poder de los grupos de presión complicado en Uruguay por la debilidad del régimen de gobierno colegiado, impidieron que se llevara a cabo dicha reforma.

b) El proceso de unificación y uniformidad

La Constitución de 1967 restituyó el régimen presidencial con un poder ejecutivo fuerte y la recentralización del poder de decisión. Esto facilitó el inicio del proceso de unificación con la agrupación de las tres principales cajas de pensiones (Civil-Escolar, Industria-Comercio y Rural-Servicio Doméstico) bajo la administración de un nuevo organismo: el Banco de Previsión Social (BPS). El aumento de poder a las fuerzas armadas, el control de los sindicatos, el cierre del parlamento y la eventual instauración del gobierno militar reforzaron el poder político del Estado y promovieron la desmovilización y eliminación de muchos grupos de presión. Una serie de disposiciones legales dictadas entre 1973 y 1982 ordenaron la gradual integración bajo el Estado del grueso del sistema de seguridad social uruguayo.

En 1973 el Estado intervino al CCAF; en 1978 se redujeron a cinco las 16 cajas de asignaciones familiares; y en 1979 se fundieron prácticamente todas las cajas y se pusieron éstas y el programa de maternidad bajo una nueva Dirección General de Seguridad Social (DGSS) creada en el Ministerio del Trabajo y Seguridad Social. En 1975-1976 se estableció un régimen único de seguro de enfermedad para el sector privado y en 1979 se fusionaron casi todos los programas independientes de seguro de enfermedad bajo la DGSS. En 1975 se unificó la administración de varios programas de seguro de desempleo; en 1979 se pasaron dichos programas a la DGSS; y en 1981 se incorporaron a la DGSS todos los programas restantes menos uno. En 1979 se eliminó el BPS y se transfirieron las tres principales cajas a fondos de pensiones a la DGSS. De 1968 a 1984 ha tenido efecto un proceso de uniformización de las cotizaciones salariales dentro de la DGSS (Ver sección 4a)).

A pesar del proceso de unificación, aún quedan varios programas de seguro social independientes de la DGSS: siete cajas de pensiones, el programa de riesgos profesionales, dos cajas de enfermedad (así como numerosos programas en el sector público) y un programa de desempleo. Dentro de la DGSS todos los programas han sido uniformados excepto los tres de pensiones los cuales continúan con administración y fondos separados, así como con financiamiento (las cotizaciones salariales de Industria-Comercio y Rural-Doméstico han sido uniformadas pero no las de Civil-Escolar) y prestaciones diferentes. Así pues, el

proceso de unificación y uniformidad de la seguridad social uruguaya no ha llegado al grado alcanzado por Perú y Cuba aunque ha reducido la estratificación mucho más que Chile.

En resumen, como en otros países pioneros, el sistema de seguridad social uruguayo nació temprano y mediante el papel de los grupos de presión y los partidos políticos alcanzó una cobertura universal de riesgos y población pero con una acentuada estratificación y desigualdad. El reforzamiento del poder estatal y el debilitamiento de los grupos de presión culminó, bajo el gobierno militar, en un proceso de unificación y uniformidad del sistema -bajo el Estado- aunque sin llegar al grado alcanzado por otros países.

2. Estructura organizativa

En la actualidad, el organismo central de la seguridad social uruguaya -el que ha agrupado la mayoría de los programas del antiguo sistema estratificado- es la DGSS del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social. 322/ Este tiene seis direcciones: i) tres direcciones de pensiones que administran, por separado, los fondos Civil-Escolar (empleados del Estado, organismos autónomos, y otras dependencias, más el subsistema educativo), Industria-Comercio (que además incluye transporte, construcción y servicios no estatales), y Rural-Servicio Doméstico (este también administra las pensiones asistenciales) ii) la dirección de asignaciones familiares que incluye el programa de maternidad; iii) la dirección de seguros de enfermedad; y iv) la dirección de seguros de desempleo. En 1982 se promulgó una ley que ordenó la unificación de las direcciones de enfermedad, desempleo y asignaciones familiares pero esta medida no se ha ejecutado.

Los riesgos profesionales son administrados por el Banco de Seguros del Estado (BSE) que tiene el monopolio de todos los seguros del país y aunque estatal opera como un seguro comercial con fines de lucro.

Fuera de la DGSS existen siete cajas de pensiones independientes: bancaria, notarial, profesionales universitarios (estas tres aunque teóricamente autónomas están fuertemente controladas por el Ejecutivo); empleados permanentes y temporales de hipódromos (dos cajas de carácter autónomo) ; militar y policial (estas dos cajas son administradas respectivamente por los Ministerios de Defensa e Interior). El único programa de desempleo independiente de la DGSS es el que cubre a los estibadores. No hay programas independientes de asignaciones familiares en el sector privado pero hay un número indeterminado de estos programas en el sector público.

En el campo de la salud no existe integración y muy escasa coordinación entre unos 200 organismos gestores. El Ministerio de Salud Pública (MSP) tiene la principal red nacional de hospitales y clínicas (con el 65% de las camas de hospital) seguido por los sectores privado (el 17% de las camas) y de mutualidades y cooperativas (el 11%). Las fuerzas armadas y la policía tienen hospitales y servicios de salud propios (3% de las camas de hospital). El BSE, el hospital de clínicas (universitario) y el programa de maternidad de asignaciones familiares del DGSS operan los restantes servicios.^{323/} La dirección de enfermedad de la DGSS no tiene instalaciones propias sino que funciona como un reaseguro; los asegurados reciben los servicios de una sociedad mutualista. Existe además un número importante de seguros privados y cajas de auxilio de enfermedad que tampoco tiene servicios propios. El BSE también contrata en el interior del país con otras instituciones.
324/

Con excepción de Cuba, Uruguay tiene el sistema más estatizado de todos los seis casos de estudio. La DGSS depende directamente del Estado, así como el BSE, los programas de las fuerzas armadas y el MSP. Además, tres de los fondos de pensiones están controlados por el Ejecutivo. La participación tripartita no existe en Uruguay pues la administración fue eliminada en el decenio del 70.

El proceso de unificación y uniformidad de la seguridad social uruguaya debía completarse integrando a los programas independientes, fusionando los tres fondos de pensiones de la DGSS y dictando una legislación que uniformase las prestaciones y sus condiciones de adquisición. Además debería integrarse, o al menos coordinarse, los múltiples programas de salud.

3. Cobertura de la población.

a) Cobertura legal y estadística

La legislación de seguridad social uruguaya -conjuntamente con la cubana y la chilena- es la más amplia en cobertura poblacional en América Latina. ^{325/} La DGSS debe cubrir obligatoriamente en pensiones a todos los trabajadores asalariados y por cuenta propia que no están comprendidos en los siete fondos o cajas de pensiones independientes. De acuerdo con la ley, todos los trabajadores agrícolas y del servicio doméstico deben estar cubiertos por la dirección correspondiente de la DGSS. La cobertura obligatoria de pensiones a los trabajadores independientes (que incluye a grajeros y pequeños empresarios) es única entre los seis casos de estudio, puesto que en Chile dicha cobertura es obligatoria en el sistema antiguo peor voluntaria en el nuevo, mientras que en Costa

Rica y Perú dicha cobertura es voluntaria y en Cuba y México no existe. La mayor parte de los trabajadores independientes cubiertos por la DGSS están incluidos en Industria-Comercio (v.gr., propietarios de negocios, vendedores) y en Rural-Doméstico (v.gr., granjeros, trabajadores del hogar); otros grupos de trabajadores independientes están asegurados en las cajas independientes de profesionales universitarios y notarios. Por último hay un programa de pensiones asistenciales (no contributivas) para los indigentes, o sea, aquellos mayores de 60 años o incapacitados de cualquier edad (Costa Rica, Chile y Cuba tienen programas similares).

La cobertura legal contra riesgos profesionales es también obligatoria para todos los empleadores y el aseguramiento debe ser hecho a través del BSE. La cobertura de asignaciones familiares y maternidad es universal pero múltiple, pues el sector privado debe estar cubierto por la DGSS mientras que el sector público está protegido por una diversidad de programas. La cobertura por desempleo es la más pequeña pues sólo incluye a un número reducido de grupos ocupacionales.

La cobertura de enfermedad es la más difícil de analizar legalmente. La dirección del seguro de enfermedad de la DGSS debe cubrir a todos aquellos en el sector privado que no tiene otra protección pero no ampara a los trabajadores rurales y del servicio doméstico. El sector público probablemente tiene cobertura universal a través de diversas fórmulas legales: prestación directa del servicio, contratación con otras instituciones y reembolso de las cuotas mutuales y costos de medicamentos. Debe tenerse en cuenta además que el sistema de sociedades mutuales y cooperativas cubre a un sector significativo de la población. Por último los hospitales del MSP y de la universidad deben prestar asistencia gratuita a los que no tienen recursos. A ese efecto existe un carnet de salud del MSP con diferentes categorías de acuerdo con el ingreso: el 72% de los usuarios no tienen ingreso y no pagan nada, después la tarifa aumenta del 20% al 100% del costo del servicio según los ingresos. 326/

El cuadro 66 muestra estimados gruesos de la cobertura estadística poblacional de seguridad social. Las estadísticas de cobertura de seguridad social son incompletas, parciales y a veces dudosas, por lo que varias aclaraciones son necesarias: i) las cifras de asegurados activos en pensiones son estimados del autor basados en cifras oficiales, para todos los años, de los fondos independientes (excepto las fuerzas armadas, sólo para 1975, 1979 y 1983) y de la DGSS para 1983 (los asegurados de la DGSS en 1975-1982 fueron estimados substrayendo de la PEA: los otros asegurados, los desempleados, los familiares no remunerados y la evasión); ii) las cifras de pasivos -oficiales- incluyen a todos los pensionados (de la DGSS y cajas independientes) excepto a militares y policías a partir de 1975, por lo que hay una subestimación aunque probablemente no muy grande a partir de dicha fecha; y iii) las cifras de dependientes se basan en los "beneficiarios de cargas de familia" cubiertos por la DGSS pero excluyen a los beneficiarios del sector público por lo que la subestimación es importante. El cálculo de la población total cubierta en salud sumando los activos, pasivos y dependientes es una simple aproximación, porque en Uruguay estos asegurados no están cubiertos por un programa único central de enfermedad como en Costa Rica y Perú. Además, debido a las subestimaciones explicadas a más de que el cuadro 66 no incluye la cobertura de las mutualidades y cooperativas, ni tampoco los servicios contratados con el MSP para ciertos grupos de asegurados, la cobertura mostrada por el cuadro para la población total en salud debe ser muy inferior a la real.

Otra distorsión, pero de dirección contraria, es la sobreestimación de la cobertura especialmente en pensiones claramente visible en 1960 y 1965. La razón de esto es la cobertura doble porque la misma persona es cubierta en más de una caja o fondo: por ejemplo, los empleados públicos trabajan media jornada y pueden desempeñar otro trabajo en el sector privado; los trabajadores por cuenta propia pueden prestar sus servicios en varias ocupaciones o sectores cubiertos por diferentes cajas; y debido a la falta de actualización del registro, una persona que cambia de ocupación (y de institución aseguradora) puede también aparecer más de una vez. ^{327/} Este problema ha sido gradualmente eliminado con el proceso de unificación iniciado en 1967 y acentuado en el decenio pasado; de acuerdo con la DGSS, toda posible duplicación entre sus asegurados es eliminada y la única posibilidad de conteo doble puede ocurrir entre los asegurados de la DGSS y los fondos independientes. En 1983, el 87% de los asegurados en pensiones estaban en la DGSS (8% en las fuerzas armadas y 5% en el resto) por lo que la duplicación, si existe, es muy pequeña.

Teniendo en cuenta las advertencias anteriores, el cuadro 66 muestra una caída consistente en el porcentaje de cobertura en pensiones: de 117% en 1965 a 72% en 1983. Hasta 1975 la principal explicación del descenso es la eliminación del conteo doble; la caída en 1982-83 se debe fundamentalmente al aumento del desempleo y la evasión. En 1980 la cobertura de la PEA en Uruguay era la tercera en América Latina y posiblemente mantenía ese lugar en 1983 a pesar del descenso en la cobertura. Debe tenerse en cuenta además, que con las pensiones asistenciales la cobertura debe ser universal. Como se ha dicho anteriormente, la cobertura de la población total está subestimada de forma significativa; el cuadro muestra aquí poca variación, con aproximadamente dos tercios de la población cubierta. En 1982 una Encuesta Familiar de Salud encontró que sólo un 20% de la población total carecía de derechos con instituciones aseguradoras o mutualistas, pero aun ese 20% estaba amparado por el MSP 328/ por lo que la cobertura era prácticamente universal (ver sección 3c)). De forma que en este sentido, Uruguay se coloca en una posición similar a la de Costa Rica, Cuba y Chile. No existen cifras sobre la cobertura de riesgos profesionales.

b) Factores estructurales determinantes

La cobertura universal (al menos en pensiones) en Uruguay ha sido facilitada por los mismos factores estructurales presentes en Costa Rica, Cuba y Chile: i) la alta proporción de trabajadores asalariados (69% de la fuerza laboral en 1975); ii) la relativamente baja proporción de trabajadores por cuenta propia y familiares sin paga para un familiar (24 y 2% respectivamente) así como de trabajadores en la agricultura (16%); iii) la pequeña proporción del sector informal-tradicional (27% en 1980, la segunda más baja de América Latina); y iv) el pequeño tamaño del país, su buena red de comunicaciones y altísimo grado de urbanización (83%). Por otra parte, la tasa de desempleo abierto ha sido relativamente alta (fluctuó entre 7 y 15% en 1968-1983 con tasas superiores al 10% en 1976-1978 y 1982-1983) pero la tasa de subempleo equivalente ha sido la más baja de América Latina (4% en 1970 y 7% en 1980). 329/ Como en el caso de los tres países citados, ha habido también en Uruguay una decisión política para universalizar el sistema, en gran medida el resultado de la competencia entre partidos políticos hasta principios del decenio pasado.

c) Diferencias en la cobertura poblacional

Como la cobertura de pensiones es prácticamente universal no deben existir diferencias en el grado de cobertura entre los departamentos del Uruguay; por otra parte, un análisis de las diferencias de cobertura de salud entre los departamentos es imposible por falta de estadísticas. El cuadro 67 intenta

cubrir este vacío con información de la distribución porcentual de la cobertura de salud por distintas instituciones entre los departamentos, que muestra además el porcentaje de la población total no cubierto. Este último es muy pequeño y fluctúa entre 0 y 3% lo que ratifica que la cobertura de salud es prácticamente universal. Con pocas excepciones los departamentos más desarrollados (medidos por el PIB y el ingreso per cápita y el grado de urbanización 330/) tienen la cobertura más alta por las mutualidades y cooperativas (v.gr., Montevideo, Maldonado, Canelones, Florida, Colonia, Paysandú) mientras que los departamentos menos desarrollados tienen la cobertura más alta por el MSP (v.gr., Rivera, Cerro Largo, Flores).

La calidad de la atención médico-hospitalaria de las mutualidades es superior a la del MSP, pero el costo de afiliación a las primeras se está haciendo intolerable por lo que hay un proceso gradual de desafiliación a las mutualidades e incremento de la cobertura del MSP. La encuesta familiar de salud de 1982 mostró que a mayor ingreso de los usuarios de salud mayor la cobertura por las mutualidades y por las instituciones de salud de los militares (y probablemente también por las privadas) mientras que a menor ingreso mayor la cobertura por el MSP (los usuarios de ingresos más bajos no tienen derecho a la cobertura y la reciben asistencialmente). 331/

Otra forma subrogante de evaluar las diferencias geográficas en cobertura es comparar los servicios en la capital y en el resto del país. En 1980 Montevideo tenía el 44 % de la población total pero concentraba el 80% de los médicos y el 67% de las camas de hospital y en 1982 además recibía el 69% de la suma total de prestaciones por desempleo y el 65% de las prestaciones de enfermedad. Por el contrario el Interior tenía en 1980 el 56% de la población, pero el 20% de los médicos y el 33% de las camas hospitalarias, y en 1982 recibía el 31% de las prestaciones de desempleo y el 35% de las de enfermedad. 332/

d) Población no cubierta

Aunque la cobertura en pensiones es universal y parece serlo también en salud, ya hemos visto que hay diferencias geográficas en la disponibilidad de servicios de salud. De acuerdo con la ley los trabajadores rurales y los del servicio doméstico no tienen derecho a la cobertura de enfermedad de la DGSS por lo que sólo tienen disponibles los servicios asistenciales del MSP. Tampoco están cubiertos los desempleados (excepto los comprendidos en el seguro correspondiente) ni los trabajadores familiares no remunerados y el primer grupo ha aumentado notablemente en 1982-83. Aunque los trabajadores rurales están cubiertos en pensiones, la mayoría de los especialistas cree que son los peor protegidos porque, en el campo, la legislación laboral y la seguridad social tienen una pobre

implantación, los sindicatos son muy débiles, el trabajo estacional es común y las oportunidades de empleo son escasas. La migración rural urbana (especialmente en Montevideo) es evidencia de las diferencias importantes en el ingreso y en los servicios sociales entre los cuales destaca la seguridad social. Se ha mencionado también que los indigentes tienen derecho a una pensión asistencial, pero la cuantía de ésta es considerablemente inferior que el promedio de las otras pensiones e insuficiente para cubrir las necesidades básicas. 333/

e) Medidas para mejorar la cobertura

Aunque Uruguay tiene una de las coberturas poblacionales más altas de la región, es importante que se publiquen estadísticas de cobertura en pensiones y enfermedad a fin de eliminar las subestimaciones y duplicaciones explicadas en esta sección y determinar con precisión el sector no cubierto; además deberían elaborarse estadísticas sobre la cobertura de riesgos profesionales. A estos efectos sería conveniente desarrollar el registro único actualizado y la identificación nacional. Además es aconsejable incorporar en el seguro de enfermedad de la DGSS a los trabajadores rurales y del servicio doméstico y reducir las desigualdades en servicios de salud entre departamentos, especialmente desconcentrar dichos servicios de Montevideo hacia el Interior. También podría concederse un período de cobertura a los desempleados que los protegiera por seis meses a partir del despido.

4. Financiamiento

a) Fuentes de financiamiento

Antes del proceso de unificación y uniformidad había una gran diversidad en la cotización salarial legal, tanto global como desagregada, entre las tres principales cajas luego incorporadas a la DGSS (ver cuadro 68). En 1969 el porcentaje global fluctuaba entre 15 y 65%; el asegurado pagaba entre 5 y 21.5% y el empleador entre 10 y 43.5%. La contribución estatal (no incluida en el cuadro) difería en los tres grupos y se hacía mediante múltiples impuestos sobre: importaciones y exportaciones, venta de productos (agropecuarios, bebidas alcohólicas, tabaco), alquileres inmobiliarios, etc., así como subsidios.

Entre 1969 y 1984 ocurrió un proceso gradual (aunque con algunas oscilaciones) de uniformidad de la cotización salarial con un efecto diverso para los tres grupos. Así en 1984 los asegurados en los tres fondos de pensiones pagaban el mismo porcentaje de cotización (13%), lo que significó una disminución para Civil-Escolar, y más aún para Industria-Comercio, pero un aumento para Rural y aún más para Doméstico, los dos

grupos de más bajo ingreso. La cotización para pensiones del empleador se había uniformado en 1984 en un 10% en Industria-Comercio y Rural-Doméstico (reduciendo la primera y aumentando la segunda) pero continuaba igual en Civil-Escolar. La cotización por enfermedad aparece en el cuadro como uniforme pero en realidad se aplica sólo a Industria-Comercio puesto que Rural-Doméstico está excluido de este programa y Civil-Escolar tiene programas independientes con diversa cotización. La cotización salarial para asignaciones familiares en 1969 se aplicaba sólo a Industria-Comercio, pues el Estado la pagaba por entero en Civil-Escolar, en la Rural se fijaba de acuerdo con la extensión y valor de la tierra cultivada y en Doméstico no se pagaba. En este caso, en 1984, se había uniformado la cotización (calculada dentro de la cotización para pensiones) para dos grupos, exceptuándose Civil-Escolar en que seguía siendo pagada por el Estado. En 1984 el porcentaje de cotización global máximo se había reducido (de 65 a 41%) mientras que el porcentaje mínimo se había incrementado (de 15 a 28%). El efecto neto de este cambio ha sido una reducción del ingreso real de seguridad social, debido a que el incremento en la cotización se ha aplicado al grupo de más bajo ingreso mientras que la disminución en la cotización ha beneficiado a los dos grupos de más alto ingreso que, combinados, tienen la mayoría de los asegurados. Para compensar por la disminución del ingreso se introdujo en 1980 un impuesto al valor agregado (IVA) que será discutido en las secciones 4 c) y 6 b).

El cuadro 68 no incluye la cotización de los grupos independientes (excepto hipódromos), la que no ha sido afectada por el proceso de uniformidad. En 1969, las cajas de profesionales universitarios y notarios se financiaban con una cotización del asegurado similar a la de Industria-Comercio más impuestos sobre los servicios prestados por dichos profesionales o sobre la venta de artículos relacionados o no con sus profesiones. En la caja militar, el asegurado pagaba una cotización parecida a la Civil-Escolar y el Estado pagaba enteramente algunos programas y cubría los déficit de otros. En 1982, más del 86% de los gastos de salud de la caja militar eran subsidiados y el 89% provenía del presupuesto estatal. En la caja bancaria, la cotización del asegurado era similar a la de Industria-Comercio pero la cotización del empleador era el doble. 334/ Las dos cajas de hipódromos han uniformado su cotización salarial para pensiones igualándola a la de Industria-Comercio y Rural-Doméstico.

Los subsidios del Estado al financiamiento de salud favorecen a los grupos de mayor ingreso. Así, en 1982 el subsidio estatal a los asegurados de los organismos autónomos y a los militares era, respectivamente, el 100% y el 50% mayor que el subsidio estatal a los cubiertos por el MSP. El 54% de estos últimos caía en el quintil de ingreso familiar más bajo y sólo

el 12% en el quintil de ingreso más alto, mientras sólo el 12% de los asegurados en organismos autónomos y los militares caía en el quintil de ingreso familiar inferior y un 40% en el quintil de ingreso superior. 335/

Aunque la información sobre inversiones es muy escasa y agregada, éstas aparentemente constituyen una fuente insignificante del financiamiento de la seguridad social. En la DGSS las reservas en 1982 equivalían al 2% del activo total y las inversiones sólo generaban el 0.4% de los ingresos. 336/ Las cajas independientes del sector privado (profesionales, notarios, hipódromos) tienen proporcionalmente mayores reservas y las inversiones probablemente generan una proporción más alta del ingreso (en 1969 un promedio inferior al 4% 337/) pero esto tiene muy poco peso en el sistema general.

b) Evasión y mora

Históricamente, las altas tasas de cotización salarial y de inflación han constituido un fuerte acicate para la evasión y mora de los empleadores, a menudo de acuerdo con los asegurados. Esto es más frecuente en las pequeñas empresas donde los empleadores declaran menos empleados y salarios más bajos, especialmente donde predomina el empleo estacional o temporal. Debido a la alta inflación, las sanciones por mora han sido inferiores a las ganancias obtenidas al posponer la cotización, además las moratorias, al conceder largos períodos para el pago sin ajustar las deudas, han contribuido a su reducción sustancial. El Estado también tradicionalmente ha evadido sus obligaciones y de ahí la proliferación de los impuestos especiales en Uruguay. Además, en el pasado el Estado ha utilizado la mora, de la misma forma que los empleadores privados, para reducir sustancialmente sus contribuciones reales. 338/

La unificación de las principales cajas dentro de la DGSS ha sentado las bases para centralizar la información y control de la evasión y la mora (mediante el Centro de Procesamiento de Datos y la Unidad de Recaudación y Fiscalización) pero aunque se tiene información sobre las medidas no hay estadísticas publicadas sobre sus resultados. En 1982 se inició el proceso de unificación de archivos y un registro individualizado del contribuyente, sin embargo, a fines de 1983 las publicaciones de la DGSS aún no reportaban el número de asegurados activos cotizantes. La sustitución parcial de la cotización de los empleadores y de los impuestos específicos por el IVA han simplificado el sistema de tributación. En 1982 entró en funcionamiento en todo el país un sistema uniforme de declaración y pago de todos los tributos de seguridad social y se comenzó a aplicar la computación a la recaudación y control de las empresas. 339/ Por último, la reducción importante de la

tasa de inflación en 1981 y 1982 disminuyó el incentivo a la mora pero el aumento de la tasa de inflación al triple en 1983 restableció dicho incentivo. Estimados gruesos del autor indican que la evasión aumentó del 6% en 1981 al 8% en 1982 y al 9% en 1983.

c) Equilibrio financiero

El cuadro 69 presenta el balance de ingresos y egresos del sistema de seguridad social uruguayo; el primer año se limita a los tres fondos principales, que pasaron luego a la DGSS, y los años subsiguientes abarcan a todo el sistema salvo los militares y la policía. Como promedio los ingresos/egresos de los programas de la DGSS representan el 90% del total del sistema, sin incluir a las fuerzas armadas. El superávit de 1976 se transforma en un déficit en 1978 que crece alcanzando el 81% de los ingresos en 1982. Hay dos causas fundamentales de este enorme desequilibrio financiero. Primero, los ingresos reales se redujeron gradualmente por el corte en el porcentaje global de cotización salarial y en 1982 eran equivalentes al 63% del nivel de 1976. Segundo, los egresos reales se mantuvieron estables en 1976-1978, bajaron en 1979, comenzaron a subir en 1980 y crecieron rápidamente en 1981-1982; en el último año habían aumentado un 36% sobre el nivel de 1976.

El cuadro muestra que la razón principal del desequilibrio financiero ha sido el déficit creciente en el programa de pensiones que, en 1982, equivalió al 79% del déficit global; el incremento del déficit de pensiones en 1980-1982 se debió primordialmente al reajuste de las mismas al costo de la vida (ver sección 5 c) ii)). Los déficits en asignaciones familiares y desempleo (el aumento del déficit de este último en 1982 obedeció al incremento a casi el doble de la tasa de desempleo) representaron el 15% del déficit global en 1982. Paradójicamente el programa de enfermedad genera un superávit (aunque cayendo en 1982) porque sólo cubre a una cuarta parte de la población activa y funciona como un reaseguro.

En 1978-1982 los fondos más solventes fueron los de profesionales universitarios, notarios y bancarios que casi siempre generaron un superávit. Dentro de la DGSS los tres grupos arrojaban déficit en 1982; el déficit menor era en Industria-Comercio (42% de los ingresos), luego seguía el déficit de Civil-Escolar (106% de los ingresos) y el mayor déficit era el de Rural-Doméstico (1.010% de los ingresos). 340/ No hay información oficial de las cajas de las fuerzas armadas, pero se reporta que en 1982 la caja militar tuvo un déficit equivalente al 150% de sus ingresos, mientras que el déficit de la caja policial ascendió a 173% de sus ingresos; ambos déficits fueron cubiertos por el Estado. 341/

Al menos desde 1980 el déficit de la DGSS se cubre con transferencias del gobierno central, usando los recursos generados por la recaudación del IVA que se introdujo ese año para compensar por el corte de la cotización salarial. Un estudio publicado por INTAL afirma que, en 1980, el déficit del sistema fue cubierto enteramente por transferencias del gobierno central usando la recaudación del IVA destinada a la seguridad social; dichas transferencias equivalieron al 32% de los egresos globales. 342/ En 1982 la DGSS reportó que el Estado había aportado 7.869 millones de pesos nuevos, equivalentes al 48% de los egresos globales (los empleadores contribuyeron un 27% y los asegurados un 22%), para cubrir el déficit de ese año. 343/ Pero no existe información para determinar con precisión si la recaudación del IVA realmente cubre el costo total de esa transferencia.

d) Régimen técnico-financiero

Aunque no existe información precisa sobre este tema parece cierto que la DGSS sigue el régimen de reparto, posiblemente con una pequeña reserva de contingencia (en 1982 se reportó una reserva equivalente al 3% de los egresos globales). El programa de riesgos profesionales, operado por el BSE, y las cajas privadas independientes usan un régimen de capitalización pero se ignora de que tipo. Las cajas de las fuerzas armadas aplican el régimen de reparto. Se desconoce si se han hecho estudios actuariales recientes en la DGSS o en otros programas.

e) Medidas para aumentar los ingresos

En esta sección se han citado algunas medidas introducidas en años recientes por la DGSS para reducir la evasión y la mora, así como racionalizar y controlar mejor la recaudación. Ya se ha visto también cómo en 1969-1984 la cotización de los asegurados en Rural-Doméstico se incrementó del 5 al 13%, mientras que la cotización de los empleadores se duplicó del 5 al 10%. Además en 1982 se introdujo la obligación de cotizar a los trabajadores rurales independientes, incluyendo a los patronos. Pero este aumento de ingresos no compensa la notable reducción provocada por el corte de la cotización de los asegurados en los dos otros grupos, así como la reducción de la cotización del empleador en Industria-Comercio y la eliminación de las cotizaciones para asignaciones familiares y desempleo. La fuente más importante de financiamiento de la seguridad social pareciera el IVA pero ignoramos si la misma compensa las reducciones en el ingreso y el aumento de los egresos. La crisis económica que se agudizó en 1982-1983 resultó

en un incremento del desempleo y la evasión, así como una caída en los salarios reales y las ventas, todo lo cual debe haber afectado negativamente los ingresos de seguridad social.

Si el gobierno decide no aumentar la cotización salarial y los ingresos generados por el IVA son insuficientes para equilibrar el sistema, será necesario elevar las tasas del IVA. En todo caso el gobierno debería considerar la incorporación a la DGSS de las cajas independientes que generan un superávit (a fin de consolidar el principio de solidaridad). También podría aumentarse la cotización de los asegurados en las cajas que cubren a grupos de más alto ingreso y en las cajas deficitarias independientes (militares y policías) cuya cotización es relativamente pequeña para financiar prestaciones muy generosas.

5. Prestaciones, gastos y costos

a) Prestaciones y condiciones de adquisición

A pesar del proceso de unificación y uniformidad, aún subsisten diferencias notables en las prestaciones y sus condiciones de adquisición; el único programa completamente uniforme es el de riesgos profesionales. Aun dentro de la DGSS existe uniformidad sólo en parte del sector privado (Industria-Comercio y Rural en ciertos programas) puesto que el sector público tiene un régimen diferente, y las cajas independientes en los sectores privados y públicos agravan las diferencias. Esto impide hacer un análisis comparativo con otros países del nivel de prestaciones en Uruguay.

No obstante las limitaciones indicadas, Uruguay se coloca entre los primeros países de la región en cuanto al número de riesgos cubiertos, incluyendo desempleo y asignaciones familiares sólo amparados en media docena de países. Para la comparación de las condiciones de adquisición de las prestaciones hemos tomado el grupo que abarca la mayoría de los asegurados en Uruguay (Industria-Comercio), el cual tiene condiciones más estrictas que en el Civil-Escolar y en las cajas independientes y sólo menos rigurosas que en el Rural-Doméstico. En los programas de enfermedad y maternidad las condiciones de adquisición son de las más generosas en América Latina, con la única excepción del período de contribución para adquirir el derecho a las prestaciones de enfermedad. En cuanto a pensiones, Uruguay ocupa una posición regional intermedia en las condiciones para la jubilación (60 años de edad para el hombre y 55 para la mujer, con 30 años de contribución) que son más estrictas que las de Costa Rica, similares a las de Cuba y Perú, y más flexibles que las de Chile y México. Por otra parte, Uruguay concede pensiones por cesantía y asistenciales

(disponibles en muy pocos países) y, a pesar de la alta inflación, ha seguido una política relativamente moderada de ajuste de las pensiones. La cotización salarial global promedio en 1984 (35% en Industria-Comercio) es la segunda más alta en América Latina y a ella debe añadirse la contribución importante del IVA. A pesar de ello la carga de las prestaciones es muy pesada y exhibe una tendencia ascendente.

El cuadro 70 muestra los avances del Uruguay en servicios y niveles de salud en 1960-1981. Debe apuntarse que el cuadro no incluye el número total de médicos en ejercicio sino, generalmente, lo afiliados activos en la caja de profesionales universitarios; un estimado más acucioso hecho por el autor en 1983 dio una razón de 22.1. 344/ Por otra parte, el número de camas en 1980 incluye las de instituciones de "corta estancia", pero excluye las de hospitales mentales y tuberculosos. En ambos servicios Uruguay se colocaba en el primer lugar de América Latina; mientras que en esperanza de vida ocupaba en 1980 el tercer lugar y en mortalidad infantil el quinto lugar. El índice de mortalidad general es relativamente alto y estable, en gran medida el resultado de tener la población más envejecida de la región.

Debe notarse que ya en 1960 Uruguay ocupaba el primer o segundo lugar en niveles de salud en América Latina: por ejemplo, aventajaba a Cuba en tres de los cinco indicadores del cuadro y a Costa Rica en cuatro (el quinto era mortalidad general en que la tasa de Costa Rica era más baja por tener una población más joven). Sin embargo, el avance en dichos niveles, en los dos últimos decenios, ha sido estacionario o muy lento. La esperanza de vida aumentó con rapidez hasta fines del decenio del 50, luego descendió su ritmo de crecimiento y prácticamente se estancó en 1964-1976. Esto se debió en parte al alto nivel relativo ya alcanzado que hace cada vez más difícil el aumento, pero en el mismo período otros países con una esperanza de vida similar, y aun mayor, han logrado aumentos superiores a los alcanzados por Uruguay. Por ello la brecha con otros países se ha ido cerrando y algunos han logrado sobrepasar la esperanza de vida del Uruguay (v.gr., Costa Rica y Cuba). 345/

La tasa de mortalidad infantil cayó con rapidez hasta 1955, prácticamente se estancó hasta 1965 y reanudó su descenso en el decenio del 70, pero a un ritmo menor que lo que podría esperarse en vista de los servicios de salud y nivel de desarrollo del país. En 1980 la tasa de mortalidad infantil era relativamente alta y la razón de ello era que la tasa de mortalidad neo-natal (infantes con menos de 4 semanas), que explica más del 60% de la tasa global, era superior a la de 1963. Este problema, uno de los principales en el sector salud,

requiere determinar el número de embarazos controlados, el seguimiento de los casos con alto riesgo y los niveles de calidad de la atención institucional del parto y del recién nacido 346/

b) Desigualdades en las prestaciones

La distribución del gasto público de salud está relacionada con el ingreso de los usuarios y no necesariamente con las necesidades de éstos. En 1982 el gasto por persona cubierta era mayor en los organismos autónomos, después en las mutualidades y el gasto más bajo era a los atendidos por el MSP. Al parecer la distribución de dicho gasto se ha hecho más regresiva en los últimos años: mientras en 1972 el MSP recibía el 94% del gasto y los militares y la policía un 6%, en 1982 el porcentaje del MSP se había reducido al 66% (a pesar de que atendía a muchas más personas) y el de las fuerzas armadas había aumentado al 10%. 347/

Las desigualdades geográficas en servicios y niveles de salud son particularmente notables, como ya hemos visto, entre Montevideo y el resto del país. En 1981, Montevideo tenía 33.9 médicos por 10.000 habitantes, mientras que el departamento de Rivera tenía 5.9 y el de Flores tenía 3.8. La comparación de camas de hospital por 1.000 habitantes es menos precisa pues se basa sólo en las facilidades del MSP excluyendo a las de las mutualidades que se concentran en Montevideo y otros centros urbanos; aun así en 1981 Montevideo tenía una razón de 3.2 mientras que Rivera tenía 1.8. Sorprendentemente la tasa de mortalidad infantil del Uruguay exhibe un patrón diferente a la de los otros países estudiados, pues en 1980 Montevideo tenía una tasa de 40.1 (superior al promedio nacional) mientras que la tasa más baja se registraba en Colonia con 25.5; en todo caso las tasas más altas del país eran las de Salto (54.7), Flores (53.5) y Cerro Largo (44.6), departamentos menos desarrollados que los anteriores. 348/

En materia de pensiones las desigualdades son notables entre los diversos grupos asegurados. A principios del decenio del 70 (antes del proceso de uniformidad) se compararon las siguientes regulaciones legales de las pensiones entre los distintos grupos de asegurados: edad de retiro, existencia de la pensión por antigüedad y años de cotización requeridos para solicitarla, salario básico usado para calcular la pensión, ajuste de las pensiones al costo de la vida y tiempo promedio del trámite de concesión de la pensión. El estudio encontró que las fuerzas armadas ocupaban el primer lugar con el mejor conjunto de condiciones; las cajas de Civil-Escolar, profesionales, notarios y bancario se colocaban en segundo lugar; las de Industria-Comercio en tercero, y las de Rural-Doméstico en el último, a considerable distancia de los anteriores. 349/

El cuadro 71 prueba que, a pesar del proceso de uniformidad, las desigualdades en el monto de las pensiones continúan aunque algo más atenuadas y con cambios interesantes en el ordenamiento. En 1965 los bancarios recibían la pensión promedio más alta, casi 13 veces la pensión promedio más baja que era recibida por Rural-Doméstico. En 1982 la pensión más alta la recibían los militares, casi 6 veces la pensión más baja que continuaba recibiendo Rural-Doméstico, mientras que los bancarios habían pasado a un segundo lugar con una razón de 5.6 a 1.

c) Costo creciente de la seguridad social y sus causas

En 1965 el costo de la seguridad social en Uruguay alcanzó un porcentaje del PIB de casi el 15% que históricamente sólo ha sido superado en la región por Chile en 1971 (17%) y que fue mayor en 1965 que el porcentaje de los Estados Unidos y otros países desarrollados. El cuadro 72 muestra que el porcentaje gasto seguridad social/PIB en Uruguay disminuyó drásticamente en 1969-80 a 8.3, pero después volvió a ascender a 12.8% en 1982. En todo caso, a principios del decenio en curso, el gasto de seguridad social uruguayo como porcentaje, tanto del PIB como del gasto del gobierno central, era el más alto de América Latina (con Chile y Argentina empatados y ocupando el segundo lugar). A continuación analizamos las causas del alto costo de la seguridad social uruguaya.

i) Causas generales. Como en los casos de Cuba, Costa Rica y Chile, la universalización de la cobertura poblacional es una causa importante del aumento del costo. Además, Uruguay es uno de los pocos países de la región que cubre todos los riesgos sociales y tiene, además, un sistema de prestaciones generoso con unas condiciones de adquisición más liberales en su conjunto que las de la mayoría de los países.

La información sobre los gastos administrativos es escasa. De acuerdo con cálculos basados en cifras oficiales, el gasto administrativo de la DGSS, como porcentaje del total de egresos, aumentó del 6% en 1976 al 7% en 1980, pero descendió al 5% en 1982. Este porcentaje es ligeramente inferior al promedio de la región, pero muy alto para niveles internacionales. Ignoramos el número de empleados en la DGSS, pero en 1982 había entre 30.000 y 50.000 empleados sólo en el sector salud, o sea, entre 1.7 y 2.8 por cama de hospital. En 1976, el 72% del gasto administrativo de la DGSS se dedicaba a la remuneración del personal, aunque el porcentaje descendió al 67% en 1982, este último similar a la proporción de Costa Rica y muy superior a la del Perú. 350/

El cuadro 73 muestra que el componente fundamental del gasto de seguridad social en Uruguay son las pensiones, que tomaron un porcentaje creciente de los egresos del sistema: del 66% en 1970 a más del 82% en 1982. Este porcentaje no sólo es el más alto de América Latina, sino, además, supera en 25 puntos porcentuales al de los dos países más cercanos que son Argentina y Chile. El porcentaje del gasto de salud parece ser descendente, como lo es también el de asignaciones familiares.

El porcentaje dedicado al programa de desempleo es el más pequeño, pero con fluctuaciones importantes, así su disminución en 1979-1981 se debió a la caída de la tasa de desempleo de casi el 12% a menos del 7%, mientras que el aumento del porcentaje del gasto de desempleo en 1982 obedeció al retorno de la tasa de desempleo al 12% en dicho año como consecuencia de la crisis económica. Con un aumento del desempleo a casi el 16% en 1983 351/ el porcentaje del gasto por ese programa debe de haber aumentado, posiblemente generando el segundo déficit más alto dentro del sistema de seguridad social.

ii) Causas relacionadas con el programa de pensiones.

La tendencia creciente y la altísima proporción del gasto de pensiones en Uruguay son explicables por las razones siguientes: una de las legislaciones más antiguas de América Latina, universalidad en la cobertura, pensiones generosas y condiciones de adquisición relativamente liberales (especialmente para ciertos grupos), la población más envejecida de la región con una esperanza de vida que es la tercera más alta, y una política de ajuste (si bien no completa) de las pensiones al costo de la vida.

El cuadro 66 muestra que el cociente de carga demográfica aumentó de 0.256 en 1960 a 0.822 en 1983, este último era el más alto de América Latina, casi el doble del cociente de Chile y más del triple del cociente de Cuba. El ritmo de crecimiento de la PEA ha promediado 0.5% anual desde fines del decenio del 60 y los asegurados activos cotizantes muestran una tendencia declinante acentuada en 1982-1983.

En 1960-1980 el porcentaje de la población mayor de 65 años en Uruguay aumentó del 8 a más del 10% y se proyectaba que alcanzaría el 12% en el año 2000, los porcentajes más altos de la región (ver cuadro 74 y 6). Se ha estimado que en 1980 el 66% de los hombres y el 79% de las mujeres arribó a los 65 años; la esperanza de vida al nacer de la mujer es cuatro años más que la del hombre y como se puede retirar a los 55 años (cinco años antes que el hombre) tiene un promedio de 24 años de vida después del retiro (352/ 16 años el hombre).

Debe tenerse en cuenta que las edades de retiro citadas son las correspondientes a Industria-Comercio, pero en muchas de las cajas independientes los asegurados pueden retirarse a edades más tempranas, en algunos casos con 45 años de edad.

Debido a que el costo de las pensiones representa cuatro quintas partes de los egresos de la seguridad social, el ajuste de las pensiones al costo de la vida es un factor primordial en el comportamiento de dichos egresos. De acuerdo con el cuadro 75 el valor real de las pensiones descendió a menos de la mitad en 1963-1968, pero se recuperó algo en 1969-1970. Una nueva reducción en el valor real de las pensiones ocurrió en 1971-1979; en el último año las pensiones estaban al mismo nivel que en 1968. Esto explica la caída en el porcentaje del gasto de seguridad social como porcentaje del PIB en el decenio del 70 (ver cuadro 72). Un nuevo reajuste de las pensiones ocurrió en 1981-1982 de forma que en el último año éstas se aproximaban al nivel de 1971. Este aumento importante en el gasto de pensiones explica en gran medida el incremento del costo de seguridad social/PIB en 1981-1982 y el enorme crecimiento del déficit del programa de pensiones y del sistema general en esos dos años (ver cuadro 69).

iii) Causas relacionadas con el programa de salud. El cuadro 73 subestima el porcentaje del gasto de salud pues reporta sólo el sector cubierto por la DGSS. Pero aun si se incluyera el gasto total del sector salud, el porcentaje destinado al mismo probablemente sería muy pequeño comparado con los de Costa Rica, México y Perú. Estos países tienen poblaciones más jóvenes, así en 1980 el porcentaje de la población de 14 años y menos era entre 43 y 66% superior en esos tres países que en Uruguay. Por otra parte, Uruguay tiene el porcentaje de población en edad productiva -un grupo con riesgo bajo de enfermedad- más alto de América Latina, respectivamente 8 y 11 puntos porcentuales por encima de los porcentajes de Perú y México. Si bien Uruguay tiene un porcentaje de población de 65 años y más (un grupo de alto riesgo de enfermedad) superior a la de dichos países, esto es más que compensado por la alta proporción de la población en edad productiva y la baja proporción de la población menor de 14 años (un grupo de alto riesgo de enfermedad). En 1980 Uruguay tenía el índice de dependencia más bajo de América Latina (59.8%) después de Argentina, mientras que el índice de Perú (83.2%) era promedio y el de México (93.4%) era el cuarto más alto de la región.

Por otra parte Uruguay -como Cuba y Chile y aún más que Costa Rica- ha cambiado su perfil patológico y confronta el alto costo de las "enfermedades del desarrollo", agudizado por el envejecimiento de su población y larga esperanza de vida. No obstante, como en otros países de la región, parte del

costo de salud se debe a ineficiencias administrativas especialmente en el MSP. Alrededor del 65% de las camas de hospital pertenecen al MSP y el índice ocupacional que era de 75.8% en 1979 descendió a 68.7% en 1980 aunque aumentó a 73.8% en 1981, este último inferior a los índices de Costa Rica, Chile y Cuba. El índice ocupacional en los hospitales del interior era más bajo -un 67% en 1981- con fluctuaciones entre 33.3 y 88%. Por otra parte el índice ocupacional de los hospitales de Monte video fluctuaba entre 29 y 99%, pero en casi la mitad de los hospitales el índice era inferior al 60%. La capacidad instalada es bastante antigua: sólo un 2% ha sido construida después de 1963 y un 37% es anterior a 1930. Otra evidencia de ineficiencia es el altísimo promedio de días de estancia hospitalaria, 20.9 en 1980, más del doble del promedio de Costa Rica, Cuba y Chile. 353/

Una característica de la atención de la salud uruguaya, común a la mayoría de la región, es la alta prioridad que se da a la medicina curativa y el poco énfasis que se da a la preventiva (salvo inmunizaciones). El MSP que tiene a su cargo la medicina preventiva (y la curativa de quizás dos quintas partes de la población) ha recibido una proporción decreciente del gasto público de salud como porcentaje del gasto del gobierno no central: 95% en 1974 y 63% en 1982. 354/

d) Medidas para reducir el gasto

Uruguay está en una posición mucho más difícil para reducir el gasto de seguridad social que los otros países estudiados aquí (con la posible excepción de Chile) debido a los factores demográficos ya explicados y la irreversible liberalidad histórica que en gran medida ha contribuido al altísimo cociente de carga demográfica actual. La posibilidad de no reajustar las pensiones con el costo de la vida está limitada por el ya relativo bajo nivel de éstas para la mayoría de los pensionados y las tensiones políticas que dicha medida causaría.

La DGSS ha tomado algunas medidas positivas para aumentar la eficiencia administrativa y reducir el gasto, como son: la introducción de un sistema de contabilidad y auditoría con mecanización de los pagos; la afiliación de los familiares de los asegurados para mejorar el control de pagos; la depuración del archivo médico para eliminar las historias dobles; y la unificación y simplificación del trámite de prestaciones. Pero estas medidas no pueden corregir los principales problemas de la seguridad social uruguaya, por lo que se hace necesario tomar acciones más drásticas para contrarrestar los errores del pasado y sentar las bases para gradualmente reducir el gasto futuro y equilibrar el sistema.

Con ese objeto deberían aumentarse las edades de retiro al menos igualando la de la mujer con la del hombre (60 años) e idealmente incrementando ambas a 65 años. También debía procederse a la unificación y uniformidad completa de todo el sistema de seguridad social promulgando una legislación más estricta que eliminase la pensión por antigüedad y otras condiciones generosas, enfatizase el pago de prestaciones básicas, integrase el sistema de salud y mejorase su eficiencia, y diera más énfasis a la medicina preventiva. Estas medidas debían acompañarse de la posibilidad de complementar las prestaciones básicas con otras financiadas por el asegurado a través de seguros mutuales y privados. En los cinco casos anteriores se han discutido otras políticas para la reducción del gasto administrativo que pudieran también ser aplicadas en Uruguay.

6. El impacto de la seguridad social en el desarrollo

Uruguay es uno de los pocos países en América Latina que ha sustituido parte de la cotización salarial de seguridad social por el IVA y hay algunos estudios sobre este tema por lo que esta sección pondrá énfasis en él. A fines de 1983 estaba planeada una encuesta de gasto público social que al recoger información sobre seguridad social y el ingreso, permitiría un análisis sobre el impacto de la primera en la distribución del segundo, pero el procesamiento de los resultados de dicha encuesta no estaba terminado al tiempo de concluir este capítulo. 355/

a) Ahorro e inversión

Ya se ha visto que el grueso de la seguridad social uruguaya utiliza el régimen de reparto y que sólo existe una pequeña reserva de contingencia con un impacto insignificante en la inversión. El sistema ha adolecido de desequilibrio financiero por muchos años, requiriendo fuertes transferencias estatales por lo que posiblemente ha tenido un impacto negativo en la inversión.

b) Empleo

Hasta fines del decenio del 60, la tasa de desempleo en el Uruguay era baja, así como la tasa de crecimiento demográfico y las edades de retiro, por lo que no había mano de obra abundante y, como además la cobertura de seguridad social era universal, el país parecía aproximarse al modelo de oferta de trabajo inelástica descrito en el capítulo I. Por otra parte la cotización salarial variaba significativamente entre distintas actividades económicas. El Estado intervenía fuertemente en la regulación del salario y otras condiciones laborales y de seguridad social, así como en el control de precios, y

los sindicatos eran fuertes e influyentes por lo que la oferta de trabajo parecía no tener una inelasticidad perfecta. La cotización salarial para seguridad social impuesta legalmente al empleador era una de las más altas de la región y fluctuaba entre 10% y 44%, aproximadamente el doble de la cotización del asegurado. Con una situación tan compleja y sin estudios adecuados es imposible llegar a una conclusión sobre la incidencia de la cotización del empleador, pero posiblemente ésta no podía ser transferida completamente ni al trabajador ni al consumidor por lo que tenía cierto efecto negativo en el empleo.

i) El IVA y sus efectos teóricos. Desde el inicio del decenio del 70 hasta el momento actual han ocurrido cambios importantes en la situación arriba descrita: ha aumentado el desempleo, ha declinado el poder de los sindicatos, ha disminuido la intervención del Estado en la economía (asumiendo, como en Chile un papel subsidiario), ha habido una apertura hacia al exterior, se han liberado los precios, y se ha reducido significativamente la cotización salarial del empleador a 15-25% (si se elimina el sector estatal la reducción es de 15-19%). Para compensar por la caída de ingresos de la seguridad social, debida al corte de la cotización salarial del empleador (y de la cotización de parte de los asegurados) el Estado aumentó en 1980 la tasa del IVA destinando dichos recursos a la seguridad social.

De 1967 a 1980 el IVA fue adoptado en siete países latinoamericanos incluyendo, en 1972, al Uruguay. Pero únicamente dos países han llevado a cabo la sustitución de la cotización salarial para seguridad social por el IVA y solo parcialmente: Argentina y Uruguay. En este último el IVA generaba más de la mitad del total de recaudaciones por impuestos a fines del decenio pasado. 356/

Desde un punto de vista teórico si el IVA se estableciera en un país donde no hay cotización salarial para la seguridad social, su impacto en el empleo sería neutro puesto que no favorecería ni al capital ni al trabajo. Pero el IVA se ha introducido en dos países que tienen en vigor una cotización salarial para seguridad social, y muy alta. Por lo tanto, se presume que en estos países el IVA produce un impacto positivo en el empleo puesto que elimina la discriminación contra el factor trabajo, o sea, el incentivo de sustituirlo por capital para reducir el costo de mano de obra. Si el IVA además sustituye parte de la cotización del asegurado debe aumentar el salario real. Este efecto pudiera ocurrir también a corto plazo en el caso del corte de la cotización del empleador pero como alternativa al impacto positivo en el empleo (en cuyo caso no habría cambio en el costo de producción) y también pudiera ocurrir a largo plazo si el aumento de la demanda laboral se

acercara a una situación de pleno empleo. 357/ Al reducir el IVA el costo de producción en empresas intensivas en mano de obra, también se incrementaría la competitividad de las exportaciones. Estos efectos se basan en las presunciones siguientes: i) que operan en el largo plazo; ii) que existe elasticidad en la sustitución de los factores de producción; iii) que hay competitividad entre las empresas; y iv) que el trabajador no perciba al menos una parte de la cotización del empleador como integrante de su remuneración (puesto que si toda la cotización fuera percibida como parte de la remuneración la absorbería el asegurado y no habría impacto negativo en el empleo). 358/ Estudios hipotéticos sobre el impacto del IVA han sido conducidos por varios especialistas como vimos en los casos de Chile y México.

El IVA ha sido objeto de varias críticas por su alegado impacto regresivo en la distribución, unaposible elasticidad de la sustitución de los factores baja, la dificultad en su cobro, su posible efecto alimentador de la inflación, y sus implicaciones ideológico-simbólicas. 359/ Dejamos para la sección 6 b, el análisis de la crítica sobre el efecto en la distribución. Si la elasticidad de sustitución de los factores es en realidad baja, el IVA aun produciría efectos positivos sobre el empleo aunque de menor magnitud. El IVA parece ser relativamente fácil de cobrar (excepto en países con una infraestructura tributaria muy pobre) si la tasa es igualitaria, pero se complica la recaudación si existen exenciones y tasas discriminatorias. Si el IVA reemplaza un impuesto preexistente (la cotización salarial) en un monto igual, su impacto en la inflación debe ser neutro. A corto plazo sin embargo podría haber un efecto inflacionario si no hay suficiente competitividad, puesto que las empresas monopólicas u oligopólicas pudieran mantener el mismo costo de producción y embolsillarse el corte de la cotización como ganancia. Por último, el IVA ha provocado a veces la crítica sindical porque elimina o reduce la cotización del empleador lo que se considera una pérdida de una vieja conquista social y también ha sido objeto de porque supuestamente recarga el peso sobre los consumidores de bajo ingreso. El análisis de este último argumento, por cuanto se refiere a la redistribución, se deja para la sección 6 b. En cuanto a la crítica sindical, si el IVA se aplica y funciona correctamente su impacto debería ser positivo en el empleo y, a largo plazo, en el salario real.

ii) Los efectos del IVA en Uruguay. Como se ha dicho, el aumento de la tasa del IVA a los efectos de la seguridad social comenzó en Uruguay en 1980: el primer escalón de sustitución se inició en enero y el segundo escalón comenzó en julio (pero después ocurrieron ciertos cambios en la cotización del empleador). El único estudio sobre los efectos del IVA en Uruguay abarca sólo el año 1980 y, por lo tanto, se limita al muy corto

plazo. Otro problema de ese estudio es que la información sobre ciertas variables como el salario real y la ocupación, aparentemente adolece de deficiencias metodológicas. 360/ Pero el principal defecto de dicho estudio es que no aísla el efecto del IVA del de otras medidas económicas tomadas con anterioridad así como de factores de coyuntura. 361/

El estudio ratifica los efectos hipotéticos beneficiosos del IVA: aumento del empleo y del salario medio real a corto plazo (este último por la reducción de la cotización del asegurado -al menos en Industria-Comercio), disminución de los costos de producción y mejor competitividad en las exportaciones. Se sostiene que Uruguay debe exportar productos intensivos en el uso de la tierra y la mano de obra, los que posee en abundancia relativa, y que el pesado gravamen sobre la mano de obra indujo una elección de técnicas productivas distintas, que discriminaron contra las actividades intensivas en el uso de mano de obra, reduciendo la competitividad de las exportaciones. Idealmente debió haberse sustituido enteramente la cotización salarial del empleador por el IVA, pero no se hizo, parece, debido a que la existencia del impuesto a la renta de industria y comercio (IRIC) hubiera provocado una discriminación a la inversa, o sea, la sustitución del capital por mano de obra para eludir el pago del IRIC. Así pues, se dice que se fijó una tasa de sustitución óptima que no favoreciera ni al capital ni al trabajo. 362/

De acuerdo con el estudio referido, se materializaron todos los efectos de primer grado previstos: i) el desempleo se redujo de 8.1% en el segundo semestre de 1979 a 7% en el segundo semestre de 1980, mientras que la ocupación aumentó 1.2% en dicho período; ii) el salario real aumentó en casi un 12% en el mismo período; iii) la participación relativa del ingreso del trabajo en el ingreso total creció de 30.2% en 1979 a 32.8% en 1980; y iv) mejoró la competitividad de la producción local en el ámbito doméstico e internacional (sobre este aspecto no se aportan cifras). Además se mantiene que las prestaciones reales aumentaron un 3% en 1980 y que el incremento de precios provocado por el IVA fue sólo del 1.7% y por una sola vez. 363/ Pero si se analizan las tendencias anteriores a 1980 (basados en información de CEPAL) las conclusiones anteriores se debilitan en algunos casos. Por ejemplo, la tasa de desempleo venía bajando gradualmente desde 12.7% en 1976 y, de hecho, la reducción experimentada en 1978 y 1979 fue mayor que la de 1980. La tasa de ocupación venía subiendo desde 1975 (con excepción del año 1978) aunque con tasas inferiores a la de 1980. El volumen de las exportaciones también venía ascendiendo desde 1973 y en 1973-1976 tuvo tasas mayores que en 1980. El incremento del salario real en 1980 se reportó como 0.5% en vez de 12% y la participación del trabajo en el

ingreso total era de 41.4% en 1971 y 29.7% en 1977. A las tendencias apuntadas hay que añadir una tasa promedio de crecimiento del PIB real per cápita de 4% en 1975-1979. Esta mejora en la economía uruguaya en gran parte se debió a variables externas: el aumento de las exportaciones (en gran parte a la Argentina debido a los precios más bajos del Uruguay) y aumento de la inversión extranjera (fundamentalmente argentina en la construcción). 364/

El desempeño positivo de la economía uruguaya continuó aproximadamente hasta la mitad del año 1981 y luego apareció la recesión. Esta fue en gran medida inducida también por factores externos: la devaluación del peso argentino que eliminó las ventajas competitivas del Uruguay y provocó una reducción en las exportaciones y en la inversión argentina. De acuerdo con información de CEPAL, en 1981 el desempleo se redujo aún más, a 5.5% (en la primera mitad de 1981), la tasa de ocupación aumentó en 3.2%, el salario real subió en 7.5%, y el volumen de las exportaciones creció en 7.1%. Pero con la recesión todos estos indicadores se deterioran en 1982 y 1983: la tasa de desempleo aumentó en la segunda mitad de 1981 a 6.7% y después creció hasta alcanzar 15.7% en 1983; el salario real descendió en 0.3% en 1982; el volumen de las exportaciones continuó creciendo en 1982 pero a menos de la mitad de la tasa de 1981 y tuvo una caída brusca de -12% en 1983; por último la tasa de inflación que había disminuido en 1980-1982 ascendió a 62.7% en 1983. 365/

Como no es posible aislar aquí los factores relacionados con la crisis, del factor IVA, no puede concluirse que el deterioro en el desempleo, el salario y las exportaciones haya sido resultado del segundo. Pero, por las mismas razones tampoco quedó demostrado en el estudio citado que la sustitución de la cotización salarial por el IVA tuvo un impacto positivo en esas variables en 1980. Por tanto es necesario realizar un análisis que evalúe adecuadamente -aislándolos- los efectos del IVA en los últimos tres años, puesto que la experiencia uruguaya es importante como alternativa en el diseño de la política futura de financiamiento de la seguridad social latinoamericana.

c) Distribución del ingreso

Aunque no hay estudios para medir el impacto de la seguridad social en la redistribución del ingreso en Uruguay, existe cierta evidencia de un deterioro general de la distribución entre 1963 y 1979. 366/ Lo que sigue son reflexiones sobre el posible impacto específico de la seguridad social, pero se requiere un estudio profundo sobre el tema.

La cobertura poblacional universal y la aparente inclusión de parte del sector de pobreza crítica mediante las pensiones asistenciales son aspectos progresivos del sistema de seguridad social uruguayo. Por el contrario, la subsistencia de grupos con programas independientes de pensiones, a pesar del proceso de unificación, es un elemento regresivo, como lo es también la relación directa entre el ingreso y el derecho a la cobertura institucional de salud y, dentro de ésta, por las mejores instituciones (mutualidades, servicios de salud a los militares). Con respecto a la cotización salarial (la discusión del impacto del IVA se hace más abajo) son elementos progresivos la ausencia de topes salariales, el proceso de uniformidad de la cotización y la reducción del porcentaje de cotización pagado por el empleador. En sentido opuesto pueden señalarse la reducción de la cotización de asegurados de ingreso medio (Industria-Comercio y Civil-Escolar) contrapuesta con el aumento de la cotización de los asegurados de bajo ingreso (Rural-Doméstico) así como el mantenimiento de una cotización salarial más alta del Estado-empleador para sus empleados (incluyendo los organismos autónomos) y los subsidios estatales generosos a grupos de más alto ingreso.

En cuanto a las prestaciones, es positiva la pensión asistencial pero ésta es de un nivel muy bajo. Más aún, cuatro quintas partes de las prestaciones se pagan en pensiones y hay desigualdades muy notables en su monto entre diversos grupos, las que no se justifican sólo por las diferencias salariales de los mismos sino también por condiciones de adquisición más generosas y el apoyo sustancial del Estado a grupos de ingreso medio y alto tales como profesionales universitarios, notarios, bancarios y fuerzas armadas. En el campo de la salud existen desigualdades notables en los servicios médicos entre Montevideo y el interior (y entre los departamentos en general) aunque al menos un indicador del nivel de salud (la mortalidad infantil) no parece reflejar dichas desigualdades.

La introducción del IVA en un sistema con cobertura universal como el uruguayo o el argentino, en principio elimina o al menos reduce el posible impacto regresivo del IVA, puesto que toda la población está cubierta y también contribuye (aunque pueda hacerlo de manera desproporcionada a su ingreso) por el contrario, en países con cobertura poblacional pequeña, la introducción del IVA tendría un claro efecto regresivo en la distribución, puesto que la mayoría no cubierta contribuiría al sistema a través del IVA. El reemplazo parcial de la cotización salarial por el IVA puede haber tenido efectos cruzados en Uruguay. Como el grupo de bajo ingreso no estaba exento de la cotización (salvo las pensiones de indigentes) ni ésta tenía una escala progresiva, es probable que el IVA no haya producido un cambio importante en la distribución a pesar de que la tasa del IVA destinada a la seguridad social no exima

de su pago al grupo de bajo ingreso y no discrimine en cuanto a los bienes y servicios gravados. Pero sí es de signo regresivo el que se haya incrementado la cotización de un sector de bajo ingreso (que no se benefició por tanto de la sustitución parcial de la cotización por el IVA) el que además tiene que contribuir al IVA.

Por último el IVA ha reducido notablemente la contribución directa del asegurado (excepto de los grupos de bajo ingreso) al financiamiento de sus prestaciones, las cuales son ahora en gran medida sufragadas por el IVA. Esto elimina toda justificación de correspondencia entre los salarios y las prestaciones monetarias; éstas debían pues consistir en un monto básico uniforme, sólo variable de acuerdo con el número de dependientes del asegurado. Como hemos sugerido anteriormente, el monto básico podría complementarse por el asegurado a través del seguro mutual o privado. 367/

Capítulo VIII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Comparación del desempeño entre los casos de estudio

En esta sección se compara el desempeño de los seis países en cuanto al cumplimiento de objetivos y aplicación de principios de seguridad social. También se confirman las hipótesis establecidas en el Capítulo I.

a) Unidad y uniformidad del sistema

Dentro del grupo alto, los tres países pioneros (Chile, Uruguay y Cuba) desarrollaron sistemas altamente estratificados que eventualmente fueron reformados cuando el poder del Estado se reforzó (bajo gobiernos de diversa orientación ideológica) frente a los grupos de presión, pero con resultados distintos en cuanto al grado de unificación y uniformidad.

El sistema actualmente más unificado y uniforme (no sólo entre los países pioneros sino en los seis casos) es el de Cuba. Esto ha sido facilitado por el Estado con más poder y el mayor debilitamiento de los grupos de presión entre los seis casos, el modelo económico de planificación central y el énfasis ideológico en la igualdad. No obstante, el sistema cubano no es totalmente unido y uniforme, pues se mantiene el subsistema independiente de pensiones para las fuerzas armadas, así como un tratamiento diverso a algunos grupos.

Bajo el gobierno militar, el Uruguay unificó y uniformó relativamente los tres principales grupos de asegurados, pero los fondos de pensiones de éstos no se han fusionado y subsisten entre ellos algunas diferencias en cotizaciones y prestaciones. Además, se mantienen varios subsistemas independientes de pensiones (v. gr., fuerzas armadas, policía, profesionales, universitarios, banca), y asignaciones familiares, y en el sector de salud operan múltiples organismos gestores con escasa coordinación. Por todo ello el sistema uruguayo es todavía hoy el más estratificado después del chileno.

El sistema chileno fue originalmente el más estratificado. La reforma impulsada por el gobierno militar logró uniformar ciertas prestaciones y condiciones de adquisición así como agrupar algunos subsistemas bajo una administración común, pero los mismos no han fusionado sus fondos, subsisten diferencias entre ellos, y algunos mantienen una administración independiente. Entre estos últimos se encuentran las fuerzas armadas y la policía que prácticamente no han sido afectados por la reforma. Paralelo al sistema antiguo -aún el más estratificado de los seis- se ha desarrollado un nuevo sistema que, si bien tiene condiciones de adquisición uniformes, promueve -tanto en pensiones como en salud- la multiplicidad de entes gestores y la individualidad y diversidad de las cotizaciones y prestaciones.

A diferencia con los países pioneros, la aparición tardía de la seguridad social en Costa Rica (país de transición pero colocado en el grupo alto) lo salvó de la estratificación aguda inicial por lo que hoy su sistema es el segundo más unificado y uniforme de los seis países y tiene un alto grado de integración en el sector de salud. Como Costa Rica carece de fuerzas armadas, se liberó también de la difícil tarea de incorporar este grupo al sistema general. Pero existen varios subsistemas independientes de pensiones que cubren a grupos influyentes en el sector público (v.gr., poder judicial, congreso, ministerio de hacienda) que resisten la unificación.

Dentro del grupo medio, Perú y México tiene sistemas relativamente unificados, posiblemente con mayor grado en el primero que en el segundo. El sistema original de Perú no alcanzó el grado de estratificación de los tres países pioneros pero surgió temprano y generó suficiente multiplicidad y diversidad para requerir una reforma -facilitada por la concentración de poder bajo el gobierno militar- que consiguió establecer un sistema general unificado y uniforme. Pero se mantienen varios subsistemas independientes (fuerzas armadas, empleados públicos contratados antes de establecer el sistema general y dos grupos de obreros) así como regulaciones especiales dentro del sistema general; además, el sector de salud no ha alcanzado el nivel de integración de Cuba y Costa Rica.

El sistema mexicano, como el costarricense, apareció tardíamente y como aquél creó, además del sistema general, subsistemas independientes -pero no sólo en pensiones, sino también en salud y otras prestaciones- para grupos poderosos del sector público (v.gr., gobierno federal, fuerzas armadas, petróleo) la mayoría de los cuales aún subsiste. Además, dentro del sistema general existen regulaciones especiales para grupos de asegurados y el sector de salud ha alcanzado menor grado de integración que en Cuba y Costa Rica.

b) Universalidad de la cobertura

Los cuatro países en el grupo alto son los que han alcanzado los niveles superiores de cobertura poblacional. En 1981 Cuba tenía el porcentaje de cobertura (al menos legal) más alto: 100% de la población total (en salud) y 93% de la PEA (en pensiones) lo cual incluye la asistencia social. Total o parcialmente excluidos de las prestaciones monetarias aseguratorias están los propietarios de pequeñas granjas, los trabajadores independientes y familiares no remunerados y los desempleados, pero si estos tienen escasos recursos son elegibles para prestaciones de asistencia social. Aunque la medición directa de las posibles diferencias en cobertura entre las provincias de Cuba no fue posible, un método subrogante permitió detectar que la capital y las provincias más desarrolladas tienen servicios de salud y prestaciones monetarias aseguratorias superiores a las de las provincias menos desarrolladas; la razón extrema (entre la mejor y la peor) es de 2.5 a 1.

El sistema aseguratorio uruguayo cubrió estadísticamente en 1983 el 70% de la población total y el 82% de la PEA pero si a ésto se añade la atención a la salud y pensiones asistenciales se aproxima a la universalidad. No obstante se registra una caída en la cobertura de la PEA en el decenio actual como efecto de la crisis económica. Los trabajadores familiares no remunerados y los desempleados carecen de cobertura aseguratoria (tampoco los trabajadores rurales pero sólo en cuanto a salud) pero si éstos tienen escasos recursos son elegibles para la asistencia social. Aunque una medición directa de las diferencias de cobertura por departamentos no fue tampoco posible en este caso, un método subrogante permitió comprobar que la capital tiene servicios de salud y recibe ciertas prestaciones monetarias a un nivel superior al resto del país.

El sistema aseguratorio chileno cubría estadísticamente en 1980 el 67% de la población total y el 62% de la PEA (aunque no hay estadísticas, ambos porcentajes posiblemente eran similares en 1982) y al añadirse las prestaciones asistenciales se acercaba a la universalidad. También en este caso parece haber una caída en la cobertura pero desde principios del decenio pasado. No cubierta por el régimen aseguratorio (aunque sí por el asistencial si de escasos recursos) está la mayoría de los trabajadores independientes, así como los familiares no remunerados y los desempleados. La cobertura más alta se registra en las regiones más desarrolladas y la más baja en las menos desarrolladas (con una razón extrema de 2.3 a 1); en cuanto a las ramas económicas, las mejores cubiertas eran minería y electricidad, gas y agua, y la peor cubierta

la agricultura (con una razón extrema de 2.4 a 1 entre las ramas).

La aceleración de la extensión de la cobertura aseguratoria en los decenios del 60 y 70 permitió a Costa Rica cubrir estadísticamente en 1982 al 77% de la población total y el 68% de la PEA, sobrepasando así el nivel de Chile; además, los no asegurados de escasos recursos tienen derecho a atención de salud y pensiones asistenciales. No cubiertos por el régimen aseguratorio (aunque sí por el asistencial si de escasos recursos) están los trabajadores por cuenta propia (que han decidido no afiliarse) y los familiares no remunerados así como los desempleados; además, parece haber un porcentaje significativo de evasión entre los asalariados agrícolas. La capital y las provincias más desarrolladas tienen una cobertura más alta que las provincias menos desarrolladas (con una razón extrema de 2.2 a 1), mientras que entre las ramas económicas las mejores cubiertas son servicios, electricidad, gas y agua, e industria y la peor cubierta, agricultura (con una razón extrema de 2.6 a 1).

Los dos países del grupo medio tienen una cobertura poblacional inferior a la de los países pioneros. México cubría estadísticamente, en 1983, el 60% de la población total (incluyendo el programa asistencial de salud COPLAMAR) y el 42% de la PEA, sin que existan pensiones asistenciales. La crisis económica ha provocado una ligera caída de la cobertura de la PEA en 1982-1983. Excluidos de la cobertura obligatoria están los trabajadores independientes y familiares no remunerados, los servidores domésticos, ejidatarios no asociados, pequeños productores y patronos (todos éstos pueden afiliarse voluntariamente) y los desempleados; también parece haber un alto número de asalariados rurales, especialmente eventuales, sin cobertura efectiva. Parte de los no cubiertos por el régimen aseguratorio pueden recibir atención asistencial en salud. El Distrito Federal y los estados más desarrollados tienen una cobertura mucho más alta que los menos desarrollados (con una razón extrema de 20 a 1); mientras que las ramas económicas mejor cubiertas son el gobierno federal, electricidad, petróleo, gas y agua, y la peor cubierta es la agricultura (con una razón extrema de 17 a 1).

Perú es el país con la cobertura poblacional más baja: en 1983 sólo cubría estadísticamente el 18% de la población total y el 38% de la PEA. A pesar de este nivel tan bajo Perú se coloca en un punto medio en América Latina, de ahí que el resto de los países de la región (con un par de excepciones) tenga una cobertura inferior. Como en casi todos los otros casos, los trabajadores independientes y familiares no remunerados, así como los desempleados, no están cubiertos pero, además, en Perú se limita mucho el número de familiares dependientes

asegurados (lo que explica la bajísima cobertura de la población total). Debido al gran porcentaje de no asegurados, los servicios asistenciales de salud son claramente insuficientes y, además, no existen pensiones asistenciales. La capital y los departamentos más desarrollados tienen una cobertura muy superior a los menos desarrollados, con una razón extrema de 11 a 1.

c) Equilibrio financiero

En el grupo alto los tres países pionero arrojan los déficit más altos, lo cual es explicable porque tienen una cobertura virtualmente universal, los programas de pensiones más antiguos, el conjunto de prestaciones más generoso y los costos más altos. Estos tres países (y Costa Rica) parecen soportar una carga de seguridad social que excede su capacidad económica y utilizan el régimen de reparto (excepto Chile en el sistema nuevo).

Uruguay, el segundo país que introdujo un programa de pensiones, encabeza la lista con un déficit del 81% de los ingresos en 1982, aunque al menos parte del mismo se cubrió con los ingresos del IVA que compensó por la reducción de la cotización salarial (aunque la misma continúa siendo una de las más altas de la región). El costo de la seguridad social uruguayana alcanzó en 1965 un 14.5% del PIB y aunque había bajado al 13% en 1982 era el más alto de la región. Este país fue probablemente el pionero en cambiar al régimen de reparto simple en el programa de pensiones.

El sistema chileno fue el primero en introducir un programa amplio de pensiones en la región y generó un superávit hasta 1980; pero se discute el papel del aporte del estado en el equilibrio del sistema y, en todo caso, la cotización salarial global era la más alta de la región. Aunque después de 1980 la escasa información disponible del sistema antiguo no es estrictamente comparable con la anterior, la misma indica que en 1983 ocurrió un déficit equivalente al 297% de los ingresos. Por otra parte, el sistema nuevo acumuló un superávit de cuantía similar al déficit en el sistema antiguo. El costo del sistema total, en 1980 (antes de introducir el sistema nuevo) era del 11% del PIB, el más alto después del costo de Uruguay. El programa de pensiones antiguo cambió al régimen de reparto en el decenio del 50 y continúa con éste, mientras que el programa de pensiones nuevo utiliza el régimen de capitalización.

El sistema del tercer país pionero, Cuba, arrojó en 1982 un déficit global equivalente al 33% de los ingresos que fue cubierto a través de asignaciones del presupuesto estatal. La cotización salarial, enteramente pagada por el empleador es

muy baja para poder financiar las prestaciones. El costo del sistema alcanzó su cenit en 1971 con un 12% del PIB, pero luego bajó hasta un 9% en 1980, el tercero más alto de los seis países. Desde el decenio del 60 se utiliza el régimen de reparto simple.

Los sistemas de Costa Rica, México y Perú son de creación más reciente y han generado un superávit. Sin embargo el sistema costarricense (colocado en el nivel inferior del grupo alto) tiene cobertura casi universal y un conjunto de prestaciones generoso. Estos factores y la falta de cumplimiento de las obligaciones financieras estatales determinó que, desde mediados del decenio del 70, el superávit como porcentaje de los ingresos fuera el más pequeño de los tres países (0.8% en 1982) apesar de un porcentaje de cotización salarial bastante alto. El costo del sistema ha ascendido gradualmente hasta alcanzar el 9% del PIB en 1980, similar al porcentaje de Cuba. El programa de pensiones del sistema general se basa en el régimen de prima media uniforme.

El sistema peruano, más antiguo que el costarricense y el mexicano, generó un superávit aunque decreciente que equivalió al 4% de los ingresos en 1982; no obstante, se estimaba que debido a la crisis económica habría un déficit sustancial en 1983 y 1984. Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que si el Estado hubiera cumplido con sus obligaciones financieras, el superávit en el pasado habría sido mayor y se hubiera, posiblemente, evitado el desequilibrio actual. El costo del sistema se ha mantenido estancado en algo más del 3% del PIB desde mediados del decenio pasado, un porcentaje similar al promedio de la región y que parece ser adecuado a la capacidad económica del país (el porcentaje de cotización salarial es también promedio). El programa de pensiones del sistema general se basa en el régimen de prima media escalonada, pero se está considerando sustituirlo por el de reparto de capitales de cobertura.

Por último, México combina un sistema reciente, con algo más de la mitad de la población cubierta y un conjunto de prestaciones ligeramente superior al promedio; además, el Estado ha cumplido con sus obligaciones financieras. Así, aunque el porcentaje de cotización salarial es relativamente bajo, el sistema ha generado el superávit mayor de los seis países, equivalente al 17% de los ingresos en 1981. Sin embargo, debido a la crisis económica dicho superávit aparentemente se redujo de manera notable en 1982-1983. El programa de pensiones del sistema general se basa desde 1973 en el régimen de prima media escalonada, el que pudiera ser objeto de revisión en el futuro inmediato.

El equilibrio financiero de estos tres últimos países puede haber sido afectado por la crisis económica (y la deuda estatal en Costa Rica y Perú) pero este parece ser más un problema coyuntural y no crónico como en los países pioneros.

d) Integridad, suficiencia e igualdad de las prestaciones

Entre los países del grupo alto, Uruguay y Chile cubren todos los riesgos sociales (incluyendo programas de desempleo y asignaciones familiares), los otros cuatro países tienen esencialmente los tres programas básicos (pensiones, enfermedad-maternidad y riesgos profesionales). En cuanto a la generosidad del conjunto de prestaciones y liberalidad en las condiciones de adquisición, Uruguay, Chile (al menos en el sistema antiguo), Cuba y Costa Rica se colocan en una posición similar, a la cabeza de la región, mientras que México tiene un sistema ligeramente superior al promedio y el sistema peruano se coloca justo en el promedio.

Los cuatro países del grupo alto exhibían en 1981 los servicios y niveles de salud superiores. Cuba y Costa Rica, ocupan una posición muy parecida en los indicadores principales: una mortalidad infantil entre 17 y 18 por 1.000 y una esperanza de vida de 72 a 73 años, los mejores de América Latina. Costa Rica ha hecho un esfuerzo superior al de Cuba porque sus niveles en 1960 eran muy inferiores, por lo que el cierre de la brecha ha sido mayor. Chile y Uruguay ocupan un segundo lugar con posiciones similares: tasas de mortalidad infantil respectivas de 27 y 31 por 1.000 y esperanzas de vida de 68 y 70 años. Sin embargo, el esfuerzo mayor en cerrar la brecha, entre los seis países, lo ha hecho Chile con una reducción de 93 puntos porcentuales en 1960-1981 comparado con 51 puntos en Costa Rica, 19 en Uruguay y 18 en Cuba. (Debe advertirse que cuando se llega a tasas de mortalidad infantil relativamente bajas se hace mucho más difícil la reducción de dicha tasa). En tercer lugar está México con una tasa de mortalidad infantil de 39 por mil y una esperanza de vida de 64 años; en cuanto al cierre de brecha de la mortalidad infantil, se registra una reducción de 36 puntos porcentuales. Por último, se coloca Perú con una tasa de mortalidad infantil de 100 por 1.000 y una esperanza de vida de 58 años; pero en el cierre de la brecha en mortalidad infantil (42 puntos porcentuales) Perú es sólo superado por Chile y Costa Rica.

El desempeño de los países pioneros ha sido inferior en cuanto al ajuste de las pensiones al costo de vida. Tomando como 100 el año 1970, el valor real de la pensión promedio en 1981 era equivalente a: 198 en Costa Rica, 141 en México, 90 en Uruguay, 82 en Chile (1980), 64 en Perú y 63 en Cuba. Este ordenamiento, sin embargo, no mide el poder adquisitivo de las

pensiones para lo que se requeriría una investigación más profunda.

En todos los países la disponibilidad de los servicios de salud entre unidades geográficas es paralelo al grado de cobertura Poblacional: a mayor desarrollo mejor cobertura y servicios y a menor desarrollo peor cobertura y servicios. Las desigualdades en médicos por habitante son siempre más agudas que las de camas de hospital por habitante. Una comparación de las desigualdades extremas en dichos servicios, entre los seis países, se dificulta por el distinto número y tamaño de las unidades geográficas y las diferencias en la comprensividad de las cifras. No obstante, este estudio sugiere que las menores desigualdades existen en Chile y Cuba (aunque la segunda tiene niveles tanto inferiores como superiores más altos que la primera) y las desigualdades mayores se registran en Perú. La comparación entre países en cuanto a la desigualdad en las pensiones es aún más complicada pero, en general, indica que la desigualdad es mayor en los sistemas estratificados que en los uniformes o relativamente uniformes. Por ejemplo, la razón extrema entre la pensión promedio más alta recibida por un grupo asegurado y la más baja es de 8 a 1 en Chile (sistema antiguo) de 6 a 1 en Uruguay y de 4 a 1 en Costa Rica.

e) Impacto en el desarrollo

Este es el aspecto más difícil de evaluar debido a la ausencia de estudios en casi todos los países. En cuanto al ahorro parece confirmarse la hipótesis de que a mayor desarrollo del sistema de seguridad social menor la generación de ahorro e inversión y viceversa. Así, en Uruguay, Chile (sistema antiguo) y Cuba, aparentemente ocurre un impacto neutro o negativo, mientras que en Costa Rica, México y Perú (así como en el sistema nuevo de Chile) el efecto es aparentemente positivo. Pero el único estudio existente es sobre Chile, de forma que lo anterior es una apreciación tentativa.

En cuanto al empleo, la eliminación de la cotización del empleador en Chile y su reducción y sustitución por el IVA en Uruguay deberían tener un impacto positivo, pero los estudios existentes son muy cercanos a esta reforma y no evalúan adecuadamente su efecto. No existen estudios sobre los otros países y es imposible, por tanto, llegar a una conclusión sobre ellos.

Los únicos estudios sobre el impacto de la seguridad social en la distribución del ingreso se han hecho sobre Chile y Costa Rica. En el primero la evidencia es contradictoria, la mayoría concluyó que el efecto era regresivo, pero los dos últimos estudios registraron un impacto ligeramente

progresivo en el sistema antiguo y más marcadamente progresivo en el programa de salud antiguo. Dos estudios sobre Costa Rica concuerdan en que el efecto neto del sistema es ligeramente progresivo. No existen estudios sobre los otros países, lo que impide hacer una evaluación sobre los mismos.

2. Sumario de los problemas claves que confrontan los países

a) Grupo alto:

Dentro de este grupo hay que distinguir a los países pioneros (Uruguay, Chile y Cuba) del país de transición entre los dos grupos (Costa Rica).

i) Los países pioneros. El principal problema de los países pioneros no es expandir la cobertura puesto que los mismos han alcanzado virtualmente la universalidad, no obstante deben hacer un esfuerzo para evitar una caída en la cobertura, lo que ha ocurrido en Chile y Uruguay durante la crisis económica. Los servicios y niveles de salud de los países pioneros son de los más altos de la región así que esto tampoco es objeto de preocupación.

El problema clave que confrontan estos países es el desequilibrio financiero y el altísimo costo de la seguridad social que parece sobrepasar su capacidad económica. El porcentaje mayor del gasto de seguridad social es en pensiones: 83% en Uruguay, 53% en Chile y 44% en Cuba, y el segundo es en salud: 42% en Cuba, 22% en Chile y 5% en Uruguay (el porcentaje en este último debe ser mucho mayor si se toma en cuenta todo el gasto de salud).

Los países pioneros tienen los cocientes de carga demográfica más altos: el de Uruguay (0.822 en 1983) es casi el doble del de Chile (0.458 en 1980), el cuádruple del de Cuba (0.211 en 1981) y unas diez veces el de los otros tres países. Como los países pioneros ya han salido de la transición demográfica, su tasa de crecimiento poblacional ha disminuido gradualmente; esto, unido al proceso de universalización ha determinado también una caída en la tasa de crecimiento de activos asegurados. Esta última ha declinado a mayor velocidad que la tasa de crecimiento de la población hasta igualarla: en Uruguay a fines del decenio del 60, en Chile a principios del decenio del 70 y en Cuba a fines del decenio del 70. La crisis económica causó un crecimiento del desempleo y del trabajo por cuenta propia y familiar no remunerado, lo que, a su vez, provocó tasas negativas en el crecimiento de activos asegurados en Chile y Uruguay (en este último las tasas negativas comenzaron a fines del decenio del 60 pero debido a la eliminación de la duplicación en la cobertura). Los factores

explicados, combinados con la antigüedad del programa de pensiones, la relativa baja edad de retiro y la alta esperanza de vida han determinado los altos cocientes de carga demográfica. Ninguno de los tres países ha ajustado por completo el valor de las pensiones a la inflación, pero el ajuste parcial (en 1981 el valor real de las pensiones fluctuó entre 63 y 82% del valor de 1970) ha constituido una carga muy pesada debido al alto porcentaje de los gastos de seguridad social que van al programa de pensiones.

Los países pioneros tienen la tasa de dependencia demográfica menor (de 60 a 63%), lo que es decir que el grupo en edad productiva es el mayor y, como este grupo tiene un riesgo de enfermedad bajo, el gasto de salud debería ser también bajo. Pero por otra parte, el perfil patológico de los países pioneros es similar al de los países desarrollados, o sea, que las principales causas de muerte son enfermedades cardiovasculares y degenerativas, de difícil erradicación y tratamiento de alto costo. Como además el énfasis es en la medicina curativa e intensiva en capital y las prestaciones de enfermedad-maternidad son las más generosas de la región, el gasto en salud es relativamente alto y en Cuba es prácticamente igual al de pensiones.

Los sistemas de los tres países (excepto el sistema nuevo en Chile) arrojan un déficit cuantioso que si no se resuelve podría erosionar aún más el valor real de las pensiones y afectar negativamente en el largo plazo, los altos niveles de salud. La recesión económica actual no ha sido la causante de la crisis de la seguridad social pero ha acentuado el desequilibrio ya existente. A pesar de las reformas introducidas en los países pioneros, se requieren medidas más drásticas para restablecer el equilibrio.

ii) El país de transición. Costa Rica, como país de transición entre los grupos alto y medio, combina aspectos beneficiosos (al menos por un tiempo) de ambos: la cobertura es casi universal, los niveles de salud son muy altos y el ajuste de las pensiones ha sobrepasado a la inflación, y todo esto sin aún sufrir un desequilibrio crónico. Pero el costo del sistema es muy alto y parece exceder la capacidad económica del país; dicho costo es determinado fundamentalmente por el gasto del programa de salud (75% del gasto de seguridad social) cuyo equilibrio se ha mantenido mediante transferencias del programa de pensiones que ha sido así gradualmente desfinanciado.

Costa Rica está saliendo del período de transición demográfica, pero su tasa de mortalidad ha caído más rápidamente que la tasa de fecundidad, de forma que la tasa de crecimiento de la población es todavía alta aunque declinante. La tasa de dependencia demográfica (23%) es la quinta más baja de América

Latina y coloca a Costa Rica justo después de los países pioneros. El síndrome de los países pioneros se repite en Costa Rica: un perfil patológico similar al de los países desarrollados, énfasis en medicina curativa e intensiva en capital y prestaciones excesivamente generosas. Pero en este caso el grueso de los gastos de seguridad social se dedica al programa de enfermedad, de ahí que este problema se magnifique.

En el programa de pensiones, la rápida extensión de la cobertura en los dos últimos decenios determinó una razón muy alta entre las tasas de crecimiento de activos asegurados y la PEA (15:1 en 1965-1970) pero al disminuir la tasa de población y aproximarse el sistema a la universalidad en la cobertura, ocurrió una brusca caída en la razón activo/PEA (1.4:1 en 1975-1980), la que después se tornó negativa debido a la crisis económica. Por otra parte el programa de pensiones de Costa Rica es relativamente reciente (aunque las condiciones de retiro son muy liberales) y la estructura etárea de la población es muy joven de ahí que el cociente de carga demográfica sea tan bajo. A diferencia con los países pioneros, el valor real de las pensiones casi se duplicó en Costa Rica en 1970-1981, pero el porcentaje del gasto de seguridad social dedicado al programa de pensiones es muy bajo por lo que la carga del reajuste es menos pesada. El problema crucial que confronta el programa de pensiones es su desfinanciamiento por transferencias al de enfermedad-maternidad y aunque se han tomado algunas medidas para restablecer el equilibrio las pérdidas son cuantiosas.

La crisis económica y las deudas estatales han creado una situación financiera difícil pero probablemente de carácter transitorio: la recuperación económica y la negociación de la deuda estatal resolverían este problema. Pero de seguir con el modelo actual, el sistema costarricense desembocaría indefectiblemente en el desequilibrio crónico que aqueja a los países pioneros. Así pues, Costa Rica debe tomar ventaja del respiro de que disfruta para acometer la necesaria reforma del sistema.

b) Grupo medio

El problema fundamental de los dos países del grupo medio es como alcanzar la universalidad (a pesar de obstáculos estructurales), mejorar los niveles de salud y mantener el valor real de las pensiones, sin provocar el desequilibrio en el futuro. Como en Costa Rica, el grueso del gasto de seguridad social en México y Perú va al programa de salud (65 y 63%) y éste se ha mantenido a flote gracias a la inyección de recursos del programa de pensiones que también en ambos países ha sido gradualmente desfinanciado. El costo de la seguridad social en Perú

parece ser adecuado a la capacidad económica del país, pero la extensión de la cobertura la elevaría de manera significativa; por el contrario, México tiene una carga aparentemente inferior a su capacidad económica, y el triple de la población cubierta del Perú, por lo que disfruta de más espacio para el desarrollo del sistema.

Ambos países están en la transición demográfica (Perú entrando y México desde hace algún tiempo), por lo que las tasas de crecimiento de la población son muy altas, pero en México han comenzado a descender desde mediados del decenio del 70. La tasa demográfica de México (93%) es la cuarta más alta de América Latina y la mayor de los seis casos, mientras que la del Perú (83%) se sitúa cerca del promedio regional. Así, pues, el porcentaje de la población menor de 14 años es muy alto (42% en Perú y 45% en México) y el porcentaje en edad productiva es el más bajo. Aunque el perfil patológico de ambos países está cambiando, aún la mayoría de las muertes son causadas por enfermedades perinatales y de los aparatos digestivo y respiratorio. A pesar de ello, el énfasis es en la medicina curativa y, especialmente, en Perú, en la atención de la población con riesgo de enfermedad más bajo. En México la proporción del gasto de salud en medicina curativa es de 9 a 1 con respecto a la preventiva y en Perú la seguridad social sólo cubre a los hijos dependientes menores de un año. Esto explica las tasas de mortalidad infantil relativamente altas, en especial en el Perú. Alcanzar la universalidad con este modo no es viable financieramente.

En México la alta tasa de crecimiento de la población y la aceleración en la extensión de la cobertura en los dos últimos decenios determinó una razón alta en las tasas activo/PEA (3.5:1 en 1960-1965) y aunque dicha razón bajó después (2.1:1 en 1965-1980) era la más alta de los seis países. Pero en 1981-1983 la crisis económica provocó tasas estancadas o negativas en el crecimiento de los activos. En cuanto a Perú, la cobertura estuvo paralizada en el decenio del 70, de ahí que la razón en las tasas activo/PEA descendió de 3:1 en 1960-1965 a 1.8:1 en 1980, y luego a 1.3:1 en 1982. La caída más brusca de la razón ha sido provocada por la crisis económica pero antes de ésta la tasa de activos asegurados crecía aproximadamente el doble que la tasa de crecimiento de la población. Como el programa de pensiones de Perú es más antiguo y tiene condiciones de retiro más liberales que el de México, el cociente de carga demográfica del primero (0.107) es más alto que el cociente del segundo (0.089) pero, en todo caso, ambos cocientes son muy bajos en comparación con los de los países pioneros. El ajuste de pensiones en México ha sido mucho mayor que en Perú (198 versus 64 en 1981 con base a 1970) pero en México el porcentaje del gasto de seguridad social dedicado a las pensiones (21%) es el más bajo de los seis

países, así que la carga del ajuste es menos pesada que en los países pioneros. Como en el caso de Costa Rica, el problema crucial en el programa de pensiones en ambos países es su desfinanciamiento por el programa de enfermedad-maternidad.

La crisis económica, combinada con la deuda estatal en Perú y la congelación del porcentaje de cotización al programa de pensiones en México, han creado dificultades financieras, pero éstas podrían resolverse (al menos por un tiempo) con la recuperación económica y la corrección de los problemas indicados. Pero a largo plazo ambos países deben cambiar el modelo actual para lograr los objetivos indicados y evitar el desequilibrio ocurrido en los países pioneros.

3. Estrategia general y políticas específicas

Para hacer frente a los problemas descritos se pueden adotar tres estrategias diferentes: una plantea que la seguridad social es un reflejo de la sociedad, por lo que no puede pedir se que sea mejor que ésta. Se alega que en sus 60 años de operación en América Latina la seguridad social ha logrado avances notables basados en lo que es posible en cada uno de los países. De acuerdo con esta posición, la seguridad social ha de evolucionar de manera gradual correspondiente a la evolución de la sociedad, sin que se puede forzar el avance de aquélla.

La segunda estrategia coincide con la primera en cuanto a que la seguridad social viene determinada por la estructura socio-económica pero, en vez de aceptar dicha correspondencia, propone un cambio de dicha estructura al efecto de transformar a la seguridad social. El ámbito y grado de intensidad de dicho cambio puede variar. En su versión más radical envolvería una sustitución del sistema económico; otras versiones plantean una modificación de los patrones de producción, consumo y distribución, o el diseño de una política integral de desarrollo que promueva el pleno empleo y la satisfacción de las necesidades básicas, incluyendo a la seguridad social.

Las dos estrategias anteriores tienen inconvenientes. La primera podría representar el estancamiento por un largo período o el desarrollo muy lento de la seguridad social especialmente en los países del grupo bajo. La segunda podría posponer también la solución del problema, esperando por un cambio de diverso grado en la estructura. Aquí se propone una tercera estrategia que combinaría aspectos de las otras dos: en el corto y mediano plazo impulsar el cambio máximo posible del actual modelo de seguro social con base a la realidad y limitaciones de cada país, y en el largo plazo perseguir el ideal de la seguridad social. 368/ En aquellos países en que la segu-

ridad social fue más allá de lo viable económicamente, probablemente se pagó un precio en términos de crecimiento y, eventualmente, se comprometió la estabilidad financiera del sistema y se generaron mecanismos perniciosos de ajuste para adecuar las prestaciones a la realidad económica. Uno de los pioneros en el estudio y reforma de la seguridad social latinoamericana ha planteado recientemente que los excesos que llevaron a la seguridad social más allá de límites razonables en algunos países, son los que han inducido un movimiento pendular resultante en la privatización, por lo que es necesario buscar un punto medio entre ambos extremos. 369/ Así, pues, el avance de la seguridad social debe planearse cuidadosamente teniendo en cuenta la capacidad económica del país y otras necesidades básicas que pueden ser más apremiantes (v.gr., empleo, saneamiento, nutrición).

Por otra parte, el análisis de los seis casos ha demostrado que -contrario a la estrategia gradualista- es posible saltar ciertos obstáculos estructurales a fin de avanzar en algunos frentes de la seguridad social. Por ejemplo, la barrera para la expansión del viejo modelo de seguro social ha sido rota por vías innovativas como los programas de protección a los indigentes o grupos de escasos recursos en Uruguay, Chile y Costa Rica el programa de IMSS-COPLAMAR en México y el sistema nacional de salud en Cuba que cubre a toda la población.

La mayoría de las recomendaciones de esta sección provienen de organismos internacionales y regionales especializados (v.gr., OIT, OMS/OPS, AISS, CISS, OISS) y un buen número de ellas tienen un decenio o más. 370/ Las mismas se basan en los principios de la seguridad social: unidad, uniformidad, universalidad, integridad, solidaridad, etc.

a) Organización

i) Planificación. En vista de la necesidad de coordinación entre seguridad social y crecimiento económico, así como de los conflictos entre objetivos nacionales y teniendo en cuenta el alto costo de la seguridad social en varios países de la región, sorprende que aquélla sólo haya sido incluida en los planes nacionales y regionales de poquísimos países. Una de las razones aducidas es que los planificadores sólo se han interesado en las reservas de la seguridad social como potencial de inversión y en muchos países dichas reservas son escasas o inexistentes. Otra explicación es que sólo parte de los ingresos de la seguridad social proviene directamente de los recursos públicos que los planificadores deben asignar. 371/

Pero el impacto de la seguridad social va más allá del aporte fiscal y el potencial de inversión, ya que -según se ha visto- afecta al costo de los factores de producción, el empleo, la distribución, los precios, la inflación y la competencia de las exportaciones. Los planificadores son los que están en mejor posición para coordinar las políticas de seguridad social, salud, saneamiento, nutrición, empleo, distribución etc. La implantación de metas como la expansión de la cobertura, la unificación del sistema, la integración de los servicios de salud, la menor distribución de servicios y prestaciones, y la introducción de fuentes alternativas de financiamiento requieren un esfuerzo nacional, la fijación de prioridades y decisiones técnicas que sólo pueden tener éxito mediante una planificación cuidadosa.

ii) Unidad y uniformidad del sistema. La unificación y uniformidad del sistema de seguridad social simplifica la afiliación, la cuenta individual, la recaudación y el trámite de concesión de prestaciones; elimina la duplicación en la cobertura y la falta de continuidad entre subsistemas (permitiendo acumular el tiempo de servicios prestado en ocupaciones cubiertas por subsistemas diversos); reduce los costos administrativos; elimina o reduce las desigualdades; y facilita la transferencia entre grupos (solidaridad) y la redistribución progresiva del ingreso.372/

La uniformidad del sistema de seguridad social no siempre significa que todos los asegurados contribuirán con la misma suma y recibirán la misma prestación monetaria sino que la legislación será igual para todos los asegurados (con excepciones justificadas por el tipo de trabajo) en cuanto a: porcentaje de cotización (en caso de que se mantenga este método de financiamiento), prestaciones a las que se tiene derecho, condiciones para adquirir dicho derecho, y cómputo de la prestación. La uniformidad, combinada con la extensión de la cobertura, requieren eliminar ciertas prestaciones y reducir condiciones excesivamente generosas de las que disfrutaban los grupos más privilegiados (por ejemplo, pensiones por antigüedad retiro a edades muy tempranas, préstamos para vivienda, etc.). En otras palabras, no es financieramente viable la cobertura universal más la masificación del privilegio. La disminución de los niveles debe hacerse de acuerdo con los recursos disponibles y la capacidad económica del país, siendo deseable que no se reduzcan a la línea del grupo más bajo. La transferencia de un sistema estratificado a uno uniforme plantea el problema de los derechos adquiridos; este puede resolverse garantizando dichos derechos a aquellos que ya los disfrutaban (v.gr., están retirados) o han iniciado su tramitación o la inicien en un período corto de transición. Pero no es posible garantizar los derechos de los sistemas anteriores a todos los asegurados,

pues ello destruiría el objetivo de la reforma, prolongaría la actual situación de desigualdad, e hipotecaría el futuro del sistema unifome. 372/

En los últimos 20 años se ha avanzado notablemente en este aspecto con la unificación total o parcial de los sistemas de seguridad social de Cuba, Chile, Perú y Uruguay (así como de Argentina y Brasil). En el caso de México se han incorporado algunos subsistemas independientes al sistema general. Además, se han integrado los servicios de salud en varios países. Pero el análisis de los casos de estudio mostró que en todos ellos se mantienen subsistemas independientes, regulaciones especiales dentro del sistema general y desigualdades significativas.

Aún en Cuba, el sistema más unificado y uniforme, se debería unificar y uniformar el subsistema de las fuerzas armadas y las regulaciones especiales para granjeros privados y trabajadores independientes. En Costa Rica habría que integrar y uniformar al sistema general los subsistemas independientes de pensiones. En Perú sería aconsejable integrar al sistema general los subsistemas independientes de las fuerzas armadas, empleados públicos y grupos de obreros. En México habría que integrar al sistema general a los empleados del gobierno federal, el resto de los empleados públicos, las fuerzas armadas y el sector petrolero, así como uniformar estos subsistemas y las diversas regulaciones especiales dentro del sistema general. En Uruguay debería completarse la unificación y uniformidad de los tres grupos bajo el sistema general e integrar a éste los subsistemas independientes de pensiones. Por último, en Chile, habría que completar el proceso de unificación y uniformidad del sistema antiguo.

iii) Integración/coordinación de los servicios de salud. Igualmente importante es la integración, o al menos coordinación, de los servicios de salud de las instituciones de seguridad social, el ministerio de salud y otros entes gestores. En el estudio de casos vimos ejemplos de integración exitosa, tanto bajo el ministerio de salud (Cuba) como del instituto de seguridad social (Costa Rica). La cuestión fundamental no es cuál organismo debe hacer la integración sino cómo debe ser llevada a cabo. En Chile se ha integrado el sector público y se ha coordinado éste con el sector privado mediante la libre elección, mientras que en México se ha dado el primer paso para el establecimiento de un sistema nacional de salud coordinado por el Ministerio de Salud. En Perú y especialmente Uruguay, se requiere una integración o mejor coordinación entre los diversos entes gestores.

b) Cobertura

i) Alternativas para alcanzar la cobertura. La prioridad más importante de la seguridad social debiera ser la extensión de la cobertura a toda la población (aunque sometida a un ordenamiento en cuanto a los riesgos a proteger y nivel de prestaciones) y ella tendría que preceder a cualquier adición de nuevos programas y prestaciones al sector ya cubierto. Esto implica extender la protección al sector rural y a las regiones menos desarrolladas, así como a los trabajadores independientes y no remunerados, servicio doméstico, desempleados y otros grupos de bajo ingreso. No es posible alcanzar la universalidad con el mismo conjunto de prestaciones, condiciones de adquisición, nivel y calidad de servicios de salud de que disfrutan actualmente los grupos privilegiados, pues el costo sería prohibitivo.

Una alternativa al problema planteado sería establecer un sistema dual, manteniendo las prestaciones para el sector ya cubierto y concediendo una cobertura de riesgos limitada (v.gr., sólo atención en salud) o de más bajo nivel para el sector que se quiere incorporar. Esta alternativa es la seguida por los países que tienen programas de solidaridad o asistenciales que cubren a parte del sector rural (v.gr., en México) o a los indigentes o personas de escasos recursos que no reúnen las condiciones para las prestaciones del seguro social (v.gr., en Costa Rica, Cuba, Chile y Uruguay). No obstante, en algunos de estos países las prestaciones no-monetarias de salud son uniformes y sólo las pensiones asistenciales tienen un nivel más bajo.

La segunda alternativa sería eliminar las prestaciones más generosas, hacer más rígidas las condiciones de adquisición, suprimir los programas menos esenciales (v.gr., préstamos, vivienda, prestaciones sociales) y extender este sistema a toda la población. Pero es posible que el costo de este conjunto reducido de prestaciones fuera tan alto que estuviese fuera de la capacidad económica del país. En este caso podría considerarse una tercera alternativa que sería conceder prestaciones básicas, suficientes para cubrir las necesidades mínimas e iguales para toda la población. Paralelo a este sistema universal e igualitario podría desarrollarse un sistema complementario (de carácter público o privado) en el que se concertasen prestaciones adicionales de distinto nivel que serían financiadas exclusivamente por los asegurados.

ii) Registro, identificación y estadísticas. Con pocas excepciones la mayoría de los países estudiados tiene un sistema de registro, identificación y estadísticas de cobertura muy deficiente. Esto genera subestimaciones y duplicaciones en la cobertura, hace difícil estimar los sectores cubiertos y no

cubiertos y facilita la evasión. En Costa Rica se planeaba en 1983 introducir una identificación única nacional y similares esfuerzos se están haciendo en Chile y en Uruguay. Con respecto a las estadísticas de cobertura, Costa Rica reporta la del sistema general pero no los subsistemas de pensiones; Cuba no publica estadísticas de cobertura; Chile no ha publicado estadísticas del sistema antiguo desde 1980 y las del sistema nuevo se paralizaron a principios de 1983 debido a la necesidad de depurar una sobreestimación; México tiene series muy completas del IMSS y el ISSSTE pero no de los otros subsistemas; Perú no publica estadísticas de cobertura y sólo tiene estimados; y en Uruguay no hay estadísticas precisas sobre los asegurados activos. Debe hacerse un esfuerzo en todos los países para mejorar este aspecto tan importante.

c) Financiamiento

i) Medidas para aumentar el ingreso. La extensión de la cobertura a los trabajadores independientes y familiares remunerados así como al sector rural no puede financiarse con la cotización salarial. De seguirse con este método de financiamiento debería al menos eliminarse los topes de contribución (en México y Perú), aplicar el porcentaje a toda la remuneración, establecer una tasa progresiva sobre el salario y combinar la cotización salarial con otras fuentes. Ya se ha citado el caso de Brasil en que la extensión al sector rural se realizó mediante impuestos a la nómina salarial de las empresas urbanas y a la producción agrícola. El aporte directo del Estado se ha usado en todos los casos de estudio (menos en Perú) y en México se ha combinado con un aporte de trabajo comunitario.

Aunque en la mayoría de los países la carga de seguridad social es ya muy pesada, hay otros en que todavía es posible elevar la cotización salarial. En México la cotización al programa de pensiones no se ha aumentado desde su creación, con lo que se ha desequilibrado dicho programa. Y en Cuba la cotización salarial global es muy baja y el asegurado no contribuye a pesar del alto déficit del sistema. En la mayoría de los países los asegurados en los subsistemas usualmente tienen cotizaciones que no pueden financiar prestaciones excesivamente generosas, por lo que o bien debe aumentarse dicha cotización o reducirse proporcionalmente los beneficios.

Un mejor sistema de registro, identificación y estadísticas de cobertura, combinado con una inspección más eficiente, sanciones más gravosas (y superiores a la tasa real de interés bancario) y procesamiento de los violadores, reduciría considerablemente la evasión y la mora. De celebrarse convenios de pago con los morosos debería controlarse su ejecución y procesarse a los que no cumplan las obligaciones pactadas.

En aquellos sistemas que utilizan regímenes financieros de capitalización debe evitarse la transferencia de recursos del programa de pensiones al programa de enfermedad-maternidad, evitar los programas de préstamos y viviendas a los asegurados, e invertir las reservas con una rentabilidad mínima equivalente a la del mercado bancario.

El aporte estatal debe ser fijado a un nivel razonable y ser efectuado sin mora. La deuda estatal de Costa Rica y Perú ha sido una de las causas principales de desequilibrio de la seguridad social y aunque el Estado se ha comprometido a abonar los adeudos, nunca podrá restituir las pérdidas por inflación y rentabilidad del capital adeudado.

ii) Fuentes alternativas de financiamiento. Dentro del ideal de seguridad social y para facilitar la universalidad, evitar el efecto negativo sobre el empleo y promover el efecto progresivo sobre la distribución, debería sustituirse la cotización salarial por un impuesto progresivo sobre el ingreso (eximiendo al sector de más bajo ingreso) o un impuesto al valor agregado (eximiendo a los artículos de primera necesidad). Esta sustitución eliminaría todo pretendido derecho basado en la contribución del asegurado y facilitaría la integración de los programas de seguro social y asistencia social.

Otra posible fuente de ingresos sería establecer una carga mínima por el uso de los servicios médicos y medicinas, eximiendo al sector de más bajo ingreso. Esta medida, además, contribuiría a evitar el uso innecesario o excesivo de dichos servicios. También podrían establecerse niveles diversos de atención (sobre un nivel mínimo que sería gratuito) y fijar una escala de contribución del asegurado como se ha hecho en Chile.

iii) Equilibrio y régimen técnico financiero. Los tres países pioneros (salvo el sistema nuevo chileno) se basan en el régimen de reparto y todos confrontan déficit financieros. Costa Rica, México y Perú utilizan la prima media escalonada pero los dos últimos probablemente modifiquen este régimen en un futuro cercano. El cambio de los regímenes de capitalización por reparto crea una ilusión de equilibrio pero en realidad pospone temporalmente la hora de rendir cuentas. Si los países no han sido capaces de equilibrar financieramente (y mucho menos actuarialmente) los sistemas cuando éstos eran de creación reciente y estaban en el período de acumulación, mucho menos podrán hacerlo cuando el sistema haya madurado. A fin de cuentas, el equilibrio habrá que establecerlo aumentando los ingresos o reduciendo las prestaciones y/o haciendo más rigurosas las condiciones de adquisición. Los países de los grupos medio y bajo tienen más espacio que los del grupo

alto para efectuar el equilibrio; la carga de los países pioneros es tan pesada que dicho objetivo debe conseguirse fundamentalmente por el lado de los agresos.

d) Prestaciones

i) Prioridades en los riesgos. La enfermedad-maternidad debía ser el primer riesgo a cubrir y las prestaciones no-monetarias debían ser iguales para toda la población con énfasis en la medicina preventiva y atención básica. Cuando las condiciones existentes impidan esta estrategia podrían seguirse las alternativas 1 y 2 discutidas en la sección 3.b. Una segunda prioridad sería el programa de pensiones y lo ideal sería establecer una prestación mínima, suficiente e igual. Una segunda opción podría ser el establecimiento de un mínimo básico y otro máximo (pero a un nivel no muy alto) y entre ambos la cuantía de la pensión se determinaría de acuerdo a niveles previos de ingreso. En ambos casos las pensiones se ajustarían al costo de vida. El programa de riesgos profesionales debería fusionarse con el sistema de seguridad social, eliminándose su trato especial y atendándose sus manifestaciones a través de los programas de enfermedad-maternidad y de pensiones. Sin embargo, en los países sin cobertura universal habría que mantener la separación, pues el programa de riesgos profesionales tendría una cobertura mayor que los otros dos. Las asignaciones familiares serían fijadas de acuerdo con el salario mínimo o vital e idealmente serían iguales, limitadas a los grupos de bajo ingreso y preferentemente otorgadas en especie, como leche y otros nutrientes básicos. El programa de subsidios de desempleo tiene poco sentido en América Latina porque la desocupación es, usualmente, un fenómeno crónico, más estructural o estacional que cíclico, la tasa de desempleo abierto es alta, hay una proporción considerable de trabajadores independientes y el subempleo tiende a ser más importante que el desempleo abierto. El costo del programa a nivel nacional se haría insostenible y sería preferible dedicar estos recursos a la promoción de empleo o a proporcionar atención de salud y asignaciones familiares a los desempleados y su familia, al menos por un período después de la cesantía. Por último, los programas no esenciales como préstamos personales, viviendas, economatos y otras prestaciones sociales deberían ser eliminados.

ii) Nivel de las prestaciones. Como ya se ha indicado anteriormente, de aceptarse la alternativa de la prestación universal básica, suficiente e igualitaria, ésta podría suplementarse con una prestación adicional sufragada por el asegurado. Debe notarse que este último se propone, no como sustitutivo del sistema general sino como complementario y que el financiamiento debe recaer enteramente sobre el usuario. En varios de los casos de estudio se vio que el sistema de seguri

dad social contempla las prestaciones complementarias, las cuales también podrían organizarse por el sector privado. Esta estrategia resolvería las necesidades básicas, especialmente de la población de bajo ingreso, y -existiendo economías de mercado en casi toda la región- permitiría a los grupos medio y alto recibir prestaciones adicionales de acuerdo con sus ingresos. Podría considerarse, como incentivo, que las contribuciones a este programa adicional fueran diferidas del impuesto sobre ingresos, hasta que el asegurado se retirase, generalmente con un ingreso inferior al que tenía en activo. El ligero efecto regresivo que dicha exención podría tener en la distribución del ingreso, podría compensarse con el efecto saludable que tendría sobre el ahorro, la inflación, y el mercado de capitales.

Debe recordarse que bajo la estructura actual de financiamiento, los asegurados contribuyen legalmente, en casi todos los países, con una tercera parte o menos del costo de las prestaciones, de ahí, que no pueda reclamarse -al menos desde un punto de vista jurídico- que existe un derecho a prestaciones que son a menudo excesivamente generosas. La prestación básica posiblemente correspondería más con la contribución del asegurado y permitiría reforzar el principio de solidaridad entre grupos de diverso ingreso, acentuando el impacto progresivo del sistema.

iii) Cambio del modelo de salud. Una característica común a los seis casos de estudio es la asignación preponderante de recursos a la medicina curativa e intensiva de capital sobre la preventiva, aunque hay diversos grados en los países, con una razón que fluctúa entre 4 a 1 en Costa Rica y 15 a 1 en Chile (aunque no existen cifras sobre Cuba es probable que su relación sea similar o más baja que la de Costa Rica). Este modelo de atención no sólo es muy costoso sino también ineficiente, especialmente en los países en que no ha ocurrido el cambio en el perfil patológico y en los que una buena parte de las muertes son causadas por enfermedades inmuno-prevenibles o controlables con medidas básicas de saneamiento, nutrición y educación de la salud.

Para reducir el gasto de seguridad social, facilitar la universalidad y el equilibrio financiero e, incluso, mejorar los niveles de salud de la población, es aconsejable que se transforme el modelo actual de salud por otro centrado en la prevención y atención básica o primaria, con preferencia al grupo materno-infantil y de alto riesgo de enfermedad, la inmunización, el saneamiento, la nutrición y la educación para la salud. También debería ponerse más énfasis en el personal

paramédico y auxiliar sobre el personal médico, y en los ambulatorios y postas de salud sobre los hospitales (aunque estableciendo la base hospitalaria necesaria para un sistema de referencia).

El costo creciente por cama de hospital debe minimizarse, usando al máximo la capacidad hospitalaria instalada y reduciendo el promedio de días de estancia. En los seis casos el porcentaje promedio nacional de capacidad hospitalaria fluctúa de 69% en Uruguay a 81% en Cuba (con variaciones significativas entre especialidades y regiones) y el promedio de días de estancia fluctúa de 5 días en México (IMSS) a 21 días en Uruguay. En varios de los países (v.gr., Costa Rica, Cuba) si se aumentara significativamente el uso de la capacidad hospitalaria no habría que hacer nuevas inversiones por un largo período de tiempo.

Por último, los medicamentos constituyen una parte importante del costo de salud. Varios de los países estudiados han introducido un petitorio básico pero en algunos la lista es aún muy larga. Ya se ha mencionado la posibilidad de cargar un mínimo para reducir la sobremedicación y reducir el gasto. También se han hecho avances en varios países en el desarrollo de la industria farmacéutica doméstica pero hay que aumentar este esfuerzo y promover aún más la integración regional.

iv) Restricción en la liberalidad de las pensiones. En la mayoría de los países existen pensiones por antigüedad, si no en el sistema general al menos en los subsistemas, que permiten retirarse a veces con 45 años de edad. Este tipo de pensión debía ser eliminada en todos los casos. Por otra parte, la edad de retiro por vejez es usualmente baja, especialmente cuando se relaciona con la esperanza de vida, y a menudo es más baja para el hombre que para la mujer. Por ejemplo: 57 años (ambos sexos) en Costa Rica, 55 años (mujer) y 60 años (hombre) en Cuba, Perú y Uruguay, y 60 años (mujer) y 65 años (hombre) en Chile. Por el contrario, México, que tiene una esperanza de vida menor que los países pioneros, fija la edad de retiro en 65 años. La edad de retiro de la mujer, con una esperanza de vida mayor que la del hombre, debería equipararse a la edad de retiro de éste, y el mínimo debía ser 60 años e idealmente 65 años para ambos sexos. Ya se ha demostrado el gran ahorro que esto significaría para el programa de pensiones.

v) Reducción de los gastos administrativos. El porcentaje del gasto administrativo sobre los egresos del sistema es muy alto, fluctuando de 7% en Costa Rica, Chile y Uruguay a 10% en Perú y 18% en México, porcentajes muy superiores a los de los países desarrollados. La mayoría del gasto administrativo se dedica a la remuneración del personal que es excesivo en

prácticamente todos los países, por ejemplo, el número de empleados por 1.000 asegurados es de 12 en Costa Rica y por cama de hospital llega a 4.8 en Perú y a 7 en México.

El personal generalmente recibe un salario y beneficios adicionales que supera el promedio de los asegurados y, en algunos países, está exento de contribución a la seguridad social o paga una cotización inferior a la de los asegurados. Es necesario reducir el personal excedente, pagar salarios adecuados y eliminar los beneficios privilegiados. El despido de personal es difícil política, económica y socialmente, pero debe tenerse en cuenta que el costo del personal innecesario repercute sobre los pasivos, los que a veces reciben pensiones insuficientes y que el objetivo de la seguridad social no es crear fuentes de trabajo sino atender los estados de necesidad creados por los riesgos sociales.

Por último, debe mencionarse que la participación comunitaria puede ser una vía de reducir el gasto de personal a más de involucrar a los asegurados haciéndolos sentirse parte del sistema. En este sentido deben citarse las experiencias de México con el programa IMSS-COPLAMAR, de Cuba con la participación comunitaria en campañas de inmunización, saneamiento y educación de la salud, y de Costa Rica con los programas de postas rurales.

e) Obstáculos posibles a la reforma

La reforma propuesta, especialmente si cumple la meta ideal de la seguridad social, podría lograr la cobertura universal con equilibrio financiero y tener efectos positivos en el empleo, la distribución del ingreso y el ahorro. Pero la ejecución de la reforma enfrentaría obstáculos de tipo económico y político.

El costo del sistema reformado puede ser un obstáculo. Las diferencias en los sistemas de seguridad social y las economías de América Latina, así como la selección diversa de las opciones propuestas en este trabajo, impiden hacer aquí un cálculo, incluso grueso, sobre dicho costo. No obstante, la clave financiera de la reforma está en compensar el costo de la extensión de la cobertura, con la reducción de los niveles de privilegio y de gastos y el incremento de recursos a través de métodos alternativos y otras fuentes de financiamiento. El sistema reformado debería, además, resultar en una reducción de los gastos de operación, que a su vez permitiera un corte en el personal excesivo. Pero es obvio que esta es una generalización y que es necesario estudiar, en cada país, el costo posible de la reforma. Un problema a enfrentar es que los países menos desarrollados son los que tienen la cobertura más pequeña y la capacidad impositiva menor, o sea, que

será difícil en ellos equilibrar la universalidad con la reducción de gastos más el aumento del ingreso; en estos casos, habrá que tomar decisiones más cuidadosas sobre la prioridad de riesgos a cubrir y el ritmo de la extensión. Debe resistirse también la tentación de crear un sistema perfecto en la ley, pero que en la práctica otorgue prestaciones monetarias irrisorias que no sean suficientes incluso para satisfacer las necesidades de los grupos de más bajo ingreso.

Los obstáculos políticos son quizás tan importantes como los económicos. La reforma podría ser opuesta por los sectores asegurados que tienen una posición ventajosa y, usualmente, éstos tienen también una influencia poderosa en la sociedad. Por otra parte, el sector no cubierto está disperso o atomizado, no está organizado, ni tiene suficiente educación para entender y apoyar la reforma. En todos los países en que se ha efectuado un cambio global, o al menos parcial, del sistema de seguridad social, es el Estado el que ha impulsado dicho cambio, por lo que es importante difundir la literatura de la reforma y llevar a cabo una labor de educación de la dirigencia política.

La burocracia de seguridad social en algunos países con sistema relativamente unificado (v.gr., Costa Rica) se ha colocado a la vanguardia en el proceso de extensión; pero en países con sistemas estratificados la burocracia teme a la reforma, porque ella puede acarrear la pérdida de su empleo y privilegios. Los empleadores no siempre asumen una actitud contraria a la reforma (si la misma puede simplificar el "papeleo" y no incrementar las contribuciones) pero ciertas empresas temen que la pérdida de privilegios de sus empleados resulte en reivindicaciones a través de la negociación colectiva para que el empleador restituya las ventajas perdidas.

Por último, los organismos internacionales de salud y seguridad social tienen una posición favorable a la reforma. La OIT, la OMS/OPS y las asociaciones internacionales o regionales especializadas (AISS, CISS, OISS) han jugado un papel fundamental en impulsar el desarrollo de la seguridad social en América Latina. Este esfuerzo está siendo reforzado recientemente por otros organismos internacionales y regionales como el BID, el Banco Mundial y CEPAL/ILPES que han realizado varios estudios y/o incluido el tema de la seguridad social en algunas misiones o proyectos de ayuda técnica. El impacto innegable de la seguridad social en el desarrollo es una razón convincente para que estos organismos económicos expandan su involucración y asistencia en este campo. Sería también conveniente establecer metas para la seguridad social en el largo plazo, similares a las adoptadas en el sector salud para el año 2000. Como indica la experiencia de algunos países, como Costa Rica y México, la fijación de dichas metas a nivel nacional ha sido crucial en la asignación de prioridades y recursos,

la educación de los gobernantes y el público, y la movilización de la ayuda internacional.

f) Agenda de investigación para el futuro

Este documento ha señalado los vacíos que existen tanto en el campo estadístico e investigativo con respecto al tema tratado. Aquí se hace un sumario de cuáles deberían ser los aspectos a desarrollar en el futuro.

Es conveniente realizar un estudio similar a éste en otros países de la región: i) Argentina, otro país pionero, que ocupa el segundo lugar en el grupo alto, ha substituido parte de la cotización salarial por el IVA y se encuentra en una etapa política propicia a la reforma; ii) Brasil, también un pionero, colocado en el grupo alto, con experiencias valiosas en la unificación de un sistema altamente estratificado y en desarrollar una alternativa innovadora en la extensión de la cobertura al sector rural; iii) Colombia, país del grupo medio que aún tiene un sistema relativamente estratificado y con baja cobertura, pero un costo relativamente alto; iv) Venezuela, que a pesar de sus recursos abundantes, se coloca en el nivel inferior del grupo medio, con la mitad de la población cubierta y un costo relativamente bajo del sistema; v) Guatemala, país con la cobertura más alta del grupo bajo (y mayor en la PEA que algunos países del grupo medio) y un sistema relativamente nuevo y de bajo costo; y vi) Nicaragua, país que ha logrado la integración del sector salud y está extendiendo la cobertura con rapidez pero que debido a sus escasos recursos pudiera enfrentar un desequilibrio en el futuro inmediato.

Se sugieren los siguientes tópicos para una investigación más profunda: i) estimación del costo que envolvería alcanzar la cobertura universal en varios países; ii) encuesta del acceso real a los servicios de seguridad social y salud entre regiones geográficas y grupos de ingreso; iii) evaluación de las series estadísticas de cobertura contrastándolas con los resultados de la encuesta de acceso real; iv) estudio sobre la capacidad económica de un país y su carga de seguridad social, para determinar su potencial de tolerancia; v) evaluación de la sustitución de la cotización salarial por el IVA y su impacto en el empleo, aislando dicho impacto del producido por otros factores; vi) estudio comparativo de la eficiencia en la administración de la salud entre el sector público (separando el Ministerio de Salud del ente gestor de la seguridad social) y el privado; vii) medición del impacto de la medicina preventiva y curativa en los niveles de salud; y viii) evaluación del impacto de la seguridad social en el ahorro/inversión y en la distribución del ingreso.

Notas

1/ Para un resumen de los avances de la seguridad social en América Latina en lo que va de siglo ver Giovanni Tamburi, "Social Security in Latin America: Trends and Outlook", en Carmelo Mesa-Lago, editor, Social Security and Health Care in Latin America and the Caribbean in the 1980s en prensa, 1984, capítulo 2. Ver también, Beryl Frank, La seguridad Social en América Latina (Washington D.C.: OEA/CIES, 1982).

2/ Sobre los conceptos de seguro social y seguridad social y los principios de la última ver Carmelo Mesa-Lago, Planificación de la seguridad social (Madrid: OISS, 1959).

3/ Felix Paukert ha intentado probar que la carga financiera de la seguridad social es un resultado del desarrollo económico y que a mayor carga mayor la función redistribuidora del sistema; ver "Social Security and Income Redistribution: Comparative Experience", en The Role of Social Security in Economic Development, Everett M. Kassalow, ed. (Washington, D.C.: GPO, 1968). Dieter K. Zschok también mantiene que la seguridad social se extiende y se hace menos desigual con el crecimiento económico y el tamaño del gobierno, en "Review of Medical Care Under Social Insurance in Latin America", Washington, D.C., USAID, marzo 1983. Por el contrario Henry Aaron ha aportado evidencia contra el punto de vista anterior y en favor de la tesis que la antigüedad del sistema es la variable explicativa más importante del nivel de gasto de seguridad social; ver "Social Security: International Comparisons", en Studies in The Economics of Income Maintenance, Otto Eckstein, ed. (Washington, D.C.: Brookings Institution, 1967), pp. 13-48.

4/ Ver David Collier y Richard E. Messick, "Prerequisites Versus Difusión: Testing Alternative Explanations of Social Security Adoption", American Political Science Review, 69 (diciembre 1975): 1299-1315.

5/ Ver Carmelo Mesa-Lago, Modelos de seguridad social en América Latina: Estudio Comparativo (Buenos Aires: Ediciones SIAP, 1977) y Social Security in Latin America: Presume Groups, Stratification and Inequality (Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1978), pp. 14-16, 264-291.

6/ Ver James M. Malloy, The Politics of Social Security in Brazil (Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1979).

7/ Para un resumen del debate ver C. Mesa-Lago, "Investigación multidisciplinaria comparativa sobre los sistemas de seguridad social en América Latina", Seguridad Social, 25:105-106 (mayo-agosto 1977): 49-58.

8/ Ver Silvia Borzutzky, "Politics and Social Security Reform", en Social Security and Health Care in Latin America and the Caribbean in the 1980's, C. Mesa-Lago, ed. en prensa 1984, capítulo 9.

9/ OIT/PNUD, "Previsión Social del Brasil, Política Social", Ginebra, 1981.

10/ Mesa-Lago, Social Security in Latin America, pp. 265-266.

11/ Aldo Isuani, "Social Security and Public Assistance", en Social Security and Health Care in Latin America and the Caribbean, capítulo 3.

12/ Ver capítulos 2, 4 y 5 de este estudio y para Colombia, Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, Instituto de Seguros Sociales, Informe de Actividades 1981 (Bogotá, 1981). Sobre la cobertura rural en nueve países en la segunda mitad de la década del 70, ver Alfredo Mallet, "Social Protection of the Rural Population", International Social Security Review, 33:3/4 (1980):366.

13/ Ver capítulos 2 y 4 a 6 de este estudio; Ernesto Isuani y C. Mesa-Lago, "La seguridad social en Panamá: Avances y problemas", Informe al ILPES, 1981; y José Rómulo Sánchez, "La seguridad social en Guatemala", Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, 6:15 (enero-abril 1980): 103-114.

14/ Gonzalo Arroba, "La financiación de la seguridad social en los países en desarrollo", Estudios de la Seguridad Social, 29 (1979): 5-31; e Isuani, op.cit.

15/ PREALC, Dinámica del subempleo en América Latina (Santiago: Estudios e Informes de la CEPAL, N°10, 1981), pp. 35-54. Victor Tokman, no obstante, asume una posición más optimista a largo plazo, concentrándose en la expansión del sector formal y planteando que si las tendencias del pasado recontinúan en el futuro habría que preocuparse de la capacidad del sistema de seguridad social para financiar la rápida expansión de la población cubierta. Ver "Comment", en Social Security and Health Care in Latin America and the Caribbean, capítulo 8.

16/ Isuani, op.cit. Una posición similar plantea para todas las necesidades básicas COPLAMAR, Macroeconomía de las necesidades esenciales en México: Situación actual y perspectivas al año 2000 (México, D.F.: Siglo XXI, 1983), pp. 105-110.

17/ Francisco León, "Comment", en Social Security and Health Care in Latin America and the Caribbean, capítulo 3.

18/ Dieter K. Zschock, Health Financing in Developing Countries (Washington, D.C.: American Health Association, 1979) y "Health Care Financing in Central America and the Andean Region: A workshop Report", Latin American Research Review, 15:3 (1980): 149-168.

19/ Arroba, op.cit., y Jorge Brenes, "Costo e investigación económica aplicados a los seguros de enfermedad y maternidad", Seguridad Social, 89, (1974): 95-112.

20/ Ver Peter Thullen, "Social Security Financing: Principles, Current Issues and Trends", en Social Security and Health Care in Latin America and the Caribbean, capítulo 5; e International Social Security Association, Methods of Financing

Social Security: Their Economic and Social Effects (Ginebra: Studies and Research, N°15, 1979).

21/ Gonzalo Arroba, et al, El impuesto al valor agregado en el financiamiento de la seguridad social y el proceso de integración latinoamericano (Washington, D.C.: BID/INTAL, 1980), Tomo I, p. 49. Ver también (p. 202) la comparación de los regímenes técnicos financieros de siete países que refuerza lo planteado en esta sección.

22/ OIT, El costo de la seguridad social, 1975-1977 (Ginebra, 1981)

23/ C. Mesa-Lago, Social Security in Latin America, op. cit. y "Financing Health Care in Latin America and the Caribbean", Washington, D.C., World Bank/PHND, marzo 1983.

24/ Mesa-Lago, Social Security in Latin America, pp. 283-289.

25/ William Mc Greevey, "Brazilian Health Care Financing and Health Policy: an International Perspective", Washinton, D.C., World Bank/PHND, agosto 1982.

26/ Caja Costarricense de Seguridad Social, "Financiación pluralista de las prestaciones médicas en la seguridad social costarricense", VII Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, Quito, 2-5 junio, 1981.

27/ James Malloy y Silvia Bortzutzky, "Politics Social Welfare Policy and the Population Problem in Latin America", International Journal of Health Services, 12:1 (1982): 77-98; y C. Mesa-Lago, "Financing Health Care in Latin America", op.cit.

28/ OIT, op.cit. Para otros problemas administrativos ver Beryl Frank, La seguridad social en América Latina (Washington, D.C.: OEA/CIES, 1982), pp. 58-75.

29/ Marshal Wolfe, El desarrollo esquivo (México, D.F.: Fondo de Cultura económica, 1976), pp. 256-257.

30/ Ver capítulos 2 y 5 de este estudio.

31/ Fernando Rezende, et.al., "Os custos da assistência médica e a crise financeira da previdência social", Dados, 25:1 (1982): 25-43; y Mc Greevey op.cit.

32/ Antonio Ugalde, "The Integration of Health Care Programs into a National Health System", en Social Security and Health Care in Latin America and the Caribbean, capítulo 4; Zschock, "Health Care Financing...", op.cit., y Mc Greevey, op.cit.

33/ Zschock (Health Financing..., op.cit.) ha estudiado los problemas que distorsionan las comparaciones internacionales en el gasto de salud

34/ Ver Philip Musgrove, "The Impact of Social Security and Health Care on Income Distribution in Latin America", en Social Security and Health Care in Latin America and the Caribbean, capítulo 6.

35/ Para resúmenes de este tema ver José Pablo Arellano, "The Impact of Social Security on Savings and Development",

en ibid., capítulo 7; y Christine Wallich, "Savings Mobilization Through Social Security: The Experience of Chile 1916-1977", World Bank Staff Working Papers, N°553, 1982, pp. 1-28.

36/ Arroba, et.al., op.cit., pp. 319-320

37/ Arellano, op.cit. y Musgrove, op.cit.

38/ Para un buen resumen del debate en los EE.UU. ver George F. Break, "The Economic Effects of the OASI program", en Social Security Financing, Felicity Skidmore, ed. (Cambridge MIT Press, 1981), pp. 59-71. El estudio de los países de la OEDC es Erkki Koskela y Matti Virén, "Social Security and Household Saving in an International Cross Section", American Economic Review, 73:1 (marzo 1983); 212-217.

39/ Ver Wallich, op.cit., pp. 29-77; y Arellano, op.cit.

40/ OIT, El costo de la seguridad social, op.cit.

41/ Héctor L. Diéguez, "La seguridad social en América Latina: Reflexiones sobre sus características y problemática", Centro de Investigaciones Económicas, Instituto Torcuato Di Tella, N°84, 1978, pp. 29-32.

42/ OIT, Papel de la seguridad social y del mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo en el progreso social y económico (Ottawa: OIT, 1966), pp. 76-83.

43/ C. Mesa Lago, "Seguridad social y pobreza crítica en América Latina", en ¿Se puede superar la pobreza?, Sergio Molina, ed. (Santiago: CEPAL/ILPES, 1980), pp. 163-189). Para análisis y proyecciones 1980-2000 ver Enrique de la Piedra, "Conceptos y medidas de la pobreza: una síntesis", Santiago, CEPAL, 29 de marzo de 1983 y "La pobreza en América Latina: la situación actual, las perspectivas y el marco global de políticas", Santiago, CEPAL, diciembre, 1982.

44/ Musgrove, op.cit.

45/ Para un buen resumen sobre la incidencia ver Arroba, et.al., op.cit., pp. 320-330.

46/ Ver ibid; Musgrove, op.cit., y Break, op.cit., pp. 71-72.

47/ Musgrove considera que aun en los países en desarrollo la mano de obra calificada no es abundante y asume que en la negociación con el estado o el empleador se incluye la cotización del empleador como parte del paquete salarial, por lo que su oferta no es perfectamente elástica y paga probablemente parte de dicha cotización.

48/ Ver Alejandro Foxley, Eduardo Aninat y José Pablo Arellano, Efectos de la seguridad social sobre la distribución del ingreso (Santiago: Estudios CIEPLAN, N°8, 1977), pp. 23-24; y Richard R. Wilson, "The Impact of Social Security on Employment", en Social Security and Health Care in Latin America and the Caribbean, capítulo 8.

49/ Ver Christian Kornevall, "Un cambio en el financiamiento de la seguridad social y sus efectos en el empleo", El Trimestre Económico, 44:2 (abril-junio 1977): 455-482

50/ Tokman, op.cit.

51/ Musgrove, op.cit.

52/ Mesa-Lago, "Seguridad social y pobreza crítica...", pp. 175-176.

53/ CEPAL, Economic Development and Income Distribution in Argentina (New York: U.N., 1969), pp. 262-264.

54/ Héctor L. Diéguez y Alberto Petrecolla, "La distribución funcional del ingreso y el sistema previsional en Argentina, 1950-1972", Desarrollo Económico, 55 (octubre-diciembre 1974): 423-440.

55/ Fernando A. Rezende, "Redistribution of Income Through Social Security: The Case of Brazil", 31st Congress of the International Institute of Public Finance, 1974, y Rezende y Dennis Mahar, Saúde e previdencia social: Uma análise econômica (Rio de Janeiro: IPEA, 1974).

56/ Dianne W. Green, "Some Effects of Social Security Programs in the Distribution of Income in Costa Rica", Ph.D. Dissertation, University of Pittsburg, 1977. Véase la crítica que hace Musgrove (op.cit.) a este estudio.

57/ Edgar A. Briceño y Eduardo A. Méndez, "Salud pública y distribución del ingreso [familiar] en Costa Rica", Revista Ciencias Económicas, 1:2/2:1-2 (1982): 49-69.

58/ Para detalles ver Mesa-Lago, Social Security in Latin America, pp. 54-55

59/ Foxley, Aninat y Arellano, op.cit., p. 38.

60/ José Pablo Arellano, "Gasto Público en salud y distribución del ingreso", en Salud pública y bienestar social, Mario Livingston y Dagmar Raczynski, eds. (Santiago: CIEPLAN, 1976), p. 166.

61/ La mejor historia de la creación de la CCSS es la de Mark B. Rosenberg, Las luchas por el seguro social en Costa Rica (San José: Editorial Costa Rica, 1980). Para un resumen ver "Social Security policymaking in Costa Rica: A Research Report", Latin American Research Review, 15:1 (1979):116-113.

62/ Entrevista con Guido Miranda Gutiérrez, Presidente Ejecutivo de la CCSS, San José, 6 de mayo y Pittsburgh, 27-29 junio 1983; y con Juan Jaramillo Antillón, Ministro de Salud, San José, 12 julio 1983.

63/ Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, "Plan nacional de desarrollo 1982-1986", San José, 1982, p. 49.

64/ Basado en cifras de CCSS, Unidad Estadística, Dirección Técnica actuarial de Planificación Institucional, y del Ministerio de Salud, San José, julio 1983.

65/ Entrevista con Gerardo Arauz, Jefe de la Dirección de Seguros Solidarios, Instituto Nacional de Seguros, San José, 7 julio 1983.

66/ Cifras para 1978-80 del cuadro 2; OIT, Anuario de Estadísticas del Trabajo 1981; y PREALC, Dinámica del subempleo en América Latina (Santiago: Estudios e Informes de CEPAL, N°10, 1981), p.26.

67/ Ver Carmelo Mesa-Lago, "Financing Health Care in Latin America and the Caribbean with a Special Study of Costa Rica", World Bank, marzo 1983, pp. 60-65; y "Social Security and Health: Final Report to the World Bank SAL Mission to Costa Rica", julio 1983, p.6.

68/ CCSS, Anuario Estadístico 1981 (San José, 1982); "Situación presupuestaria de la Caja Costarricense de Seguro Social", San José, 1982; e información de la Sección Financiera, julio 1983.

69/ CCSS, Sección Financiera, julio 1983.

70/ Ibid., y OIT, El costo de la seguridad social 1975-1977 (Ginebra: 1981).

71/ Jorge D. Montt, "Pensiones por jubilación en Costa Rica", Instituto de Estudios Sociales en Población, Heredia, 1982; y entrevista con Jorge Arturo Hernández, Jefe de la Sección Financiera, CCSS, 6 julio 1983.

72/ Ibid.; OPS/OMS, "Análisis integral de la Caja Costarricense de Seguro Social: Informe Final", San José, 1980; e información provista al autor en visitas a hospitales en 7-8 julio 1983.

73/ Sección Financiera, CCSS, julio 1983. De acuerdo con el Fondo Monetario Internacional, el balance general de la CCSS en 1983 generó un superavit de más de 1.000 millones de colones, un 12% de los ingresos. Ver IMF Costa Rica (Washington)

74/ Entrevista con Roger M. Aguilar, Actuario, CCSS, julio 6, 1983.

75/ Montt, op.cit.

76/ CCSS, Plan de emergencia (San José, 1982).

77/ Entrevistas con Jorge A. Hernández, Jefe Sección Financiera, CCSS, y Thomas Mckee, Chief General Development Division, USAID-San José, 6 julio 1983, y con Eduardo Lizano Fait, Director de la Escuela de Economía de la Universidad de Costa Rica, 5 julio 1983.

78/ Entrevista con Ricardo Fallas, Director Departamento de Servicios médicos, CCSS, 5 julio 1983.

79/ Ver "Social Security and Health", op.cit., pp. 30, 32.

80/ Entrevista con Aguilar, cit.

81/ Los cálculos de médicos y camas de hospitales se basan en Dirección General de Estadística y Censos, "Población de la República de Costa Rica por provincias, cantones y distritos, N°43, San José, 1979, y CCSS, Anuario Estadístico 1981. Ver además, Mesa-Lago, "Financing Health Care...", pp. 75-76; Antonio Casas y Herman Vargas, "The Health System of Costa Rica Toward a National Health Service", Journal of Public Health Policy, N° 1 (1980):273; y Fernando Naranjo et al, "Desarrollo de los programas de seguridad social en Costa Rica: Universalización y extensión de los servicios médicos asistenciales", Seguridad Social, N°s 105-106 (1977): 59-138.

82/ Montt, op.cit.; legislación y entrevistas del autor con funcionarios de los fondos independientes, San José, 6-12 julio 1983.

- 83/ CCSS, Memoria 1981; Montt, op.cit.; y Narnajo et al , op.cit.
- 84/ Entrevista con Aguilar y Jaramillo, cit. y con Saeed Mekbel, Sub-Gerente Médico, CCSS, 11 julio 1983; Casas y Vargas, op.cit.; y OPS/OMS, op.cit.
- 85/ CCSS, "Financiación pluralista de las prestaciones médicas en la seguridad social costarricense", VII Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, Quito, 2-5 junio, 1981.
- 86/ Edgar Mohs, "Infectious Diseases and Health in Costa Rica: The Development of a New Paradigm", Pediatric Infectious Disease, 1:3 (1983):212-216.
- 87/ Juan Jaramillo Antillón, Los problemas de la Salud en Costa Rica: políticas y estrategias (San José: Litografía Ambar, 1983), p.77.
- 88/ Visitas del autor a varios hospitales en las provincias de Alajuela y San José; y Lizano Fait, op.cit.
- 89/ CCSS, Anuario Estadístico 1979 (San José, 1981); Mohs, "Infectious Diseases..." op.cit. y entrevista cit.; OPS/OMS, op.cit.
- 90/ Entrevista con Hernández, cit.
- 91/ Ibid., y entrevista con Arauz, cit.
- 92/ CELADE, Boletín Demográfico, 17:33 (enero 1984):64,69.
- 93/ Ver CEPAL, "Costa Rica" en Estudio Económico de América Latina 1982, octubre 1983, y "Síntesis preliminar de la economía latinoamericana durante 1983", 20 diciembre 1983.
- 94/ Plan de emergencia, op.cit.; y entrevista con Fallas, cit.
- 95/ Ibid; Víctor M. Gómez, "Pautas de atención médica y estimación de características de la demanda futura: Los servicios médicos en la perspectiva demográfica", San José, CCSS, 1981; y Ministerio de Planificación Nacional, op.cit.
- 96/ Entrevista con Hernández y McKee, cit. y con Emigdio A. Balbuena y José M. Marín, San José, OPS/OMS, 11-12 julio 1983.
- 97/ Entrevistas con Fallas y Arauz, cit.
- 98/ Entrevista con Mohs, cit.; y Lenín Sáenz, Luis Asis Beirute et al, "El recurso humano médico en Costa Rica entre 1970-1980: Informe de subcomisión a comisión para el estudio de recursos humanos para el sector salud", San José, Ministerio de Salud, 1981.
- 99/ Entrevista con Miranda, cit.
- 100/ Dianne W. Green, "Some Effects of Social Security Programs on the Distribution of Income in Costa Rica", ph.D. Dissertation, University of Pittsburgh, 1977. Véanse las críticas que hace a este estudio Philip Musgrove, en "The Impacto of Social Security and Health Care on Income Distribution in Latin America", en Social Security and Health Care in Latin America and the Caribbean in the 1980s, c. Mesa-Lago, ed., en prensa, 1984, capítulo 6.

101/ José Pablo Arellano, intervención en el "Seminario sobre Seguridad Social y Desarrollo" celebrado en CEPAL el 26 de abril de 1984.

102/ Argumentos de Enrique de la Piedra, División de Desarrollo Económico, CEPAL.

103/ Ver Carmelo Mesa-Lago, Planificación de la seguridad social: Análisis especial de la problemática cubana (La Habana Editorial librería Martí, Grupo Cubano de Investigaciones económicas, Un estudio sobre Cuba (Coral Gables: University of Miami Press, 1963), pp. 725-753, 1180-1230, y Social Security in Cuba (University of Miami, 1964).

104/ International Bank for Reconstruction and Development, Report on Cuba (Baltimore: The John Hopkins Press, 1951) capítulo 22.

105/ Comisión de Aportes Estatales a la Seguridad Social, Bases técnicas para la reforma de los seguros sociales (La Habana: Editorial Lex, 1957).

106/ El texto de la ley en vigor fue publicado en Central de Trabajadores de Cuba (CTC) Sistema de seguridad social, régimen de asistencia social, régimen de seguridad social (La Habana, febrero 1980). Otras disposiciones legales están compiladas en Ministerio del Trabajo, Principales disposiciones vigentes de la seguridad social cubana (La Habana, s.f) y Central de trabajadores de Cuba, Sistema de seguridad: Anexo (La Habana, 1980). Historias del avance de la seguridad social bajo la Revolución son: Basilio Rodríguez, "La seguridad social en Cuba", Cuba Socialista, 6:64 (diciembre 1966): 14-30; CETSS, La seguridad social en Cuba (La Habana, 1977); y CETSS, 24 años de revolución en la seguridad social cubana (La Habana, abril 1983), el último es el estudio más extenso y documentado.

107/ CETSS, "Investigación sobre evolución tendencias de la seguridad social en el trienio 1974-1976", Seguridad Social, 26:105/106 (mayo-agosto 1977):171. Esta sección está basada en dicho artículo y especialmente en CETSS, 24 años de revolución..., op.cit.

108/ Las primeras series estadísticas sobre seguridad social publicadas por el Comité Estatal de Estadísticas en Anuario Estadístico de Cuba, 1982 (La Habana, 1983), pp. 126-127, se refieren a los accidentes de trabajo y gastos de las prestaciones monetarias de seguridad social, y no incluyen cifras de cobertura.

109/ El análisis de la cobertura legal se basa en la legislación vigente y CETSS, 24 años de revolución..., op.cit.

110/ Comité Estatal de Estadísticas, Oficina Nacional del Censo, Censo de Población y Vivienda de 1981, República de Cuba, vol. 16, tomos 1 y 2 (La Habana, julio 1983).

111/ Ver Centro de Investigaciones de la Economía Mundial, Estudio acerca de la erradicación de la pobreza en Cuba (La Habana, septiembre de 1983); y C. Mesa-Lago, "Seguridad

social y pobreza", en ¿Se puede superar la pobreza?, Sergio Molina, ed. (Santiago: CEPAL/ILPES, 1980), pp. 163-189.

112/ Cálculos del autor basados en CEE, Anuario Estadístico de Cuba, 1982, p. 127.

113/ Comisión de Aportes Estatales a la Seguridad Social, op.cit.

114/ CETSS, 24 años de revolución..., op.cit.

115/ Karl Marx, "Critique of the Gotha Programme" en Selected Works, Marx-Engels-Lenin Institute of Moscow, ed. (New York: International Publishers, 1936), vol 2, pp. 562-566; Gregorio Ortega, "El salario en la sociedad socialista", Trabajo, 4:9 (junio 1963):20; y Carmelo Mesa-Lago, The Labour Sector and Socialist Distribution in Cuba (New York: Praeger, 1968), capítulos 1 y 4.

116/ CETSS, "Investigación sobre evolución y tendencias." op.cit., p. 166.

117/ Ver Carmelo Mesa-Lago, La economía de Cuba socialista: una evaluación de dos décadas (Madrid: Editorial Playor, 1983), pp. 155-162.

118/ Fidel Castro, "Discurso en la sesión de clausura del 4º Congreso de la Unión de Jóvenes Comunistas", Granma Resumen Semanal, 18 de abril de 1982, p. 4, y "Discurso en la sesión de clausura del 6º Congreso de la ANAP", Granma Resumen Semanal, 30 de mayo de 1982, pp. 3-4.

119/ CETSS, "Investigación sobre evolución y tendencias." op.cit., p. 166

120/ Ministerio del Trabajo de Cuba, "Seguridad social y economía nacional", Revista Internacional de Actuario y Estadística de la Seguridad Social, N°11 (1965):213.

121/ Cálculo del autor basado en las fuentes del cuadro 25 para el incremento en el costo de seguridad social, y en José Luis Rodríguez Guerra, "La economía cubana entre 1976 y 1980: resultados y perspectivas", Economía y Desarrollo, N°66 (enero-febrero 1982): 137 y otras cifras de productividad laboral reportadas en Granma para los años 1981 y 1982.

122/ Ministerio del Trabajo, "Seguridad social...", op.cit., p. 212

123/ CETSS, 24 años de revolución..., op.cit., p.66

124/ Para una reconstrucción de la serie presupuestal en 1962-1965 y 1978-1982 ver Carmelo Mesa-Lago y Jorge Pérez-López, "Study of Cuba's MPS, its cobersion to SNA, and estimation of GDP/Capita and Growth Rates, "World Bank Project on CPE's National Income Statistisc, noviembre 1982, p.12.

125/ CEE, Anuario Estadístico de Cuba 1980.

126/ Mesa-Lago y Pérez-López, op.cit., p. 1-13.

127/ Seminario Latinoamericano de Cuentas Nacionales y Balances de la Economía, Cuba: Conversión de los principales indicadores macroeconómicos del sistema de balances de la economía nacional (SBEN) al sistema de cuentas nacionales (SCN), 1974 (La Habana, marzo 1982), cuadro 1.

128/ Banco Nacional de Cuba, Informe económico (La Habana, agosto de 1982), p. 31.

129/ Gretel Castellanos, funcionaria de la CETSS, mantuvo este criterio en la Conferencia Internacional "Seguridad Social y Salud en América Latina y el Caribe en el Decenio del 80", Universidad de Pittsburgh, 29 de junio de 1983.

130/ CETSS, 24 años de revolución..., op.cit., p.28.

131/ Oficina Nacional de los Censos Demográfico y Electoral, Muestreo sobre empleo, subempleo y desempleo (La Habana, 1959-61); JUCEPLAN, Censo de Población y viviendas 1970: Datos fundamentales de la población (La Habana: Insituto del Libro, s.f.), pp. 74-97; CEE, Principales características laborales de la población de Cuba: Encuesta demográfica (La Habana, febrero 1981), cálculos del autor basados en pp. 1,3 y 13; y CEE, Censo de Población y viviendas 1981 República de Cuba (La Habana, julio 1983), vol. 16, tomo 1, p. cciii.

132/ Para un estudio del desempleo en Cuba ver Mesa-Lago, La Economía de Cuba socialista, op.cit, pp. 180-196.

133/ Orlando Peñate Rivero, "Información sobre el sistema de seguridad social cubano", La Habana, CETSS, 21 de marzo 1984, pp. 2-4.

134/ Para análisis de la salud en Cuba bajo la Revolución ver CEE, Cuba, Desarrollo económico y social durante el período 1958-1980 (La Habana, diciembre 1981), capítulo 10; CEPAL, "Apreciaciones sobre el estilo de desarrollo y sobre las principales políticas sociales de Cuba", México, noviembre 1978, pp. 162-167; Ross Danielson, Cuban Medicine (New Brunswick: Transaction Books, 1979); y Sergio Díaz-Briquets, The Health Revolution in Cuba (Austin: University of Texas Press, 1983).

135/ Legislación y CETSS, 24 años de revolución..., op.cit. pp. 82 y 106.

136/ CTC, Sistema de seguridad social..., op.cit. p. 18, Ley de seguridad social de las fuerzas armadas, Gaceta Oficial, 30 noviembre 1976; CETSS, "Investigación sobre la evolución y tendencias...", op.cit., p. 162.

137/ Peñate, "Información...", p. 4.

138/ Ibid. p. 4.

139/ Mesa-Lago, La economía de Cuba socialista, op.cit., p. 250; y CEE, Anuario Estadístico de Cuba, 1982, p. 480.

140/ MINSAP, Informe anual 1978. (La Habana, 1979); y CEE, Anuario Estadístico de Cuba 1982.

141/ Helen Matthews Smith, "Cuban Medicine: An eyewitness Report", MD (mayo 1983).

142/ CETSS, 24 años de revolución..., op.cit., pp. 28, 80.

143/ Para fuentes y más detalles ver Mesa-Lago, La economía de Cuba socialista..., op.cit, pp. 254-255.

144/ Se planeaba aumentar 1/2 pesos a los que recibían una pensión no mayor de 80 pesos mensuales; el estimado oficial del aumento de precios para una familia promedio de 4 personas fue de 8 pesos; presumiendo una familia de pensionados de 2 perso-

as el aumento en la pensión hubiera compensado el incremento en el costo de vida. Basado en Granma, 14 de diciembre de 1981, p. 2.

145/ Frank Hidalgo Gato, "De los precios y su función redistributiva en la economía socialista", Economía y Desarrollo, N°59 (septiembre-diciembre 1980): 41-53. En 1965, no obstante, se mantuvo que el costo de seguridad social no se cargaba a los precios; ver Ministerio del Trabajo, "Seguridad social...", op.cit. p. 213.

146/ Claes Brundenuis, Economic Growth, Basic Needs and Income Distribution in Revolutionary Cuba (University of Lund, Research Policy Institute, 1981); Arthur MacEwan, Revolution and Economic Development in Cuba (New York: St. Martin Press, 1981), pp. 229-231; y Mesa-Lago, La Economía de Cuba Socialista, op.cit., capítulo 7.

147/ Para un resumen de la evolución del sistema chileno de 1882 hasta 1973, ver Carmelo Mesa-Lago, Social Security Stratification and Inequality in Latin America: Pressure Groups, Stratification and Inequality, (Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1978), pp. 22-33. Historias más recientes, que incluyen el inicio del decenio del 80, son Silvia Borzutsky, "Chilean Politics and Social Security Policies," Ph. Dissertation, University of Pittsburgh, 1983, y Sara Cofre Yáñez "El Sistema previsional chileno," Tesis de Grado, Universidad de Santiago, 1984.

148/ Comisión de Estudios de la Seguridad Social, Informe sobre la reforma de la seguridad social chilena (Santiago: Editorial Jurídica de Chile, 1964 y 1965). Otro estudio importante fue El sistema de previsión social chileno: Informe de la Misión Klein y Saks (Santiago: Editorial Universitaria, S.A., 1958).

149/ Borzutsky, "Chilean Politics...", op.cit. capítulo 8; Cofré, "El sistema previsional chileno," op.cit., pp. 65-70; y C. Mesa-Lago, "Alternative Strategies to the Social Security Crisis: Social, Market and Mixed Approaches," en Social Security and Health Care in Latin America and the Caribbean in the 1980s, en prensa, 1984, capítulo 10.

150/ Entrevista con José Piñera, ex-Ministro de Trabajo y Previsión Social, Santiago, 29 de septiembre de 1983.

151/ Entrevista con Pablo Izquierdo, Director del SSS y EMPART Santiago, 17 de agosto de 1983, y con Joaquín Echeñique, Director Instituto de Normalización Previsional, Santiago, 26 de agosto de 1983.

152/ Entrevista con Luis Larraín, Director Superintendencia de Seguridad Social, Santiago, 24 de agosto de 1983.

153/ Entrevistas con Izquierdo y Echeñique, cit.

154/ Entrevista con Izquierdo, cit. y Cofré, "El sistema previsional Chileno," op.cit. pp. 67-68.

155/ Entrevista con Larraín y Echeñique, cit.

156/ Joseph L. Scarpaci, "Public and Private Health Care Delivery in Chile," Department of Geography, University of Florida, diciembre 1983, Scarpaci realizó numerosas entrevistas en el Ministerio de Salud y sus dependencias y compartió esa información con el autor.

157/ Mesa-Lago, Social Security..., op.cit., pp. 42-43.

158/ Superintendencia de AFP, Boletín Estadístico Mensual, N°s. 1 al 32 (mayo-junio 1981 a enero 1984).

159/ Entrevista con Larraín, cit.

160/ Es posible que las cifras de la PEA en el Cuadro 31 y la dada en el texto para 1982 estén algo sobreestimadas. Las cifras oficiales de Chile para la PEA en 1980 y 1982 fueron de 3 635 500 y 3 503 600, lo que elevaría los porcentajes de cobertura a 64.3% en 1980 y 76.5% en 1982. Ver INE, Compendio Estadístico. 1983.

161/ Entrevista con Juan Ariztía, Director Superintendencia de las AFP, 3 de agosto de 1983; y con Izquierdo cit.

162/ Entrevista con Izquierdo, cit. A mediados de 1984, Eugenio Camus, Jefe de la División Financiera de la Superintendencia de las AFP, dió una cifra aun más baja de afiliados: 1.1 millones. El Mercurio, 9 de junio de 1984, pp. A-1 y 12.

163/ Scarpaci, "Public and Private...", op.cit., cuadros 3 y 4.

164/ Ibid., p.14 y cuadro 7; y El Mercurio, 19 de octubre de 1983, p. B-2 y 14 de diciembre de 1983, p. B-2.

165/ Las cifras proceden del cuadro 3; PREALC, Dinámica del subempleo en América Latina (Santiago: Estudios e Informes de la CEPAL, 1981); e INE, Compendio Estadístico 1982.

166/ Las cifras de PIB per cápita y urbanización procedan de CEPAL, Distribución regional del PIB sectorial en los países de América Latina (Santiago: Cuadernos Estadísticos de la CEPAL, 1981), e INE, Compendio estadístico 1982.

167/ Ver Mesa-Lago, Social Security..., op.cit., pp. 46-47.

168/ El estimado de asegurados en el sistema antiguo fue dado por Izquierdo, entrevista cit. y el de asegurados en el sistema nuevo proviene de Superintendencia de AFP, Boletín Estadístico mensual, N°19 (diciembre 1982). El cálculo de los trabajadores por cuenta propia ocupados se hizo aplicando el porcentaje correspondiente de la distribución de 1978 a la población ocupada en 1982 dada por el Compendio Estadístico 1983.

169/ El cálculo de los familiares no remunerados se hizo igual al de los trabajadores por cuenta propia. El número de desempleados proviene del Compendio Estadístico 1983.

170/ Mesa-Lago, Social Security..., op.cit., pp. 48-52.

171/ Ver José Pablo Arellano, "Elementos para el análisis de la reforma previsional chilena," Colección Estudios CIEPLAN N°6 (diciembre 1981): 5-44.

172/ Felipe Larraín Bascuñán, "Cuatro aspectos de la reforma previsional." Economía y Sociedad, N°5 (septiembre 1982). Las cifras del texto son cálculos del autor basados en Superintendencia del AFP, Boletín Estadístico Mensual N°6 (noviembre 1981) y N°28 (septiembre 1983).

173/ Arellano, "Elementos para el análisis..." cit.

174/ El Mercurio, 10 de junio de 1984, p. B-1; y cálculos del autor basados en Superintendencia de AFP, Boletín Estadístico Mensual, N°32 (enero 1984) y el El Mercurio, 21 de abril de 1984, p. 1 y 31 de mayo de 1984, p. B-2.

175/ Sergio Baeza Valdés, "Radiografía de la nueva previsión," Economía y Sociedad, 17 (septiembre de 1983): 20.

176/ Entrevista con Larraín, cit.

177/ Entrevista con Izquierdo, cit. El director de una AFP ha restado importancia a la evasión y estimado que la mora no es mayor del 5% de los ingresos. Sergio Baeza Valdés, "Dos años de operación del nuevo sistema previsional," conferencia en la Primera Jornada Provisional, Santiago, 31 de agosto de 1983.

178/ Información de Fanor Larraín Verdugo, Santiago, 21 de diciembre de 1983.

179/ Entrevistas con Larraín y Echeñique, cit.; y Alfonso Serrano, Subsecretario de Previsión, El Mercurio, 10 de junio de 1984, p. B-1.

180/ Cálculos del autor basados en la fuente del cuadro 35.

181/ José Pablo Arellano, "Sistemas alternativos de seguridad social: Un análisis de la experiencia chilena," Colección Estudios CIEPLAN, N°4 (noviembre 1980); 133-140; y "Elementos para el análisis..." cit. Las cifras de 1980 son cálculos del autor basados en Seguridad Social: Estadísticas 1980.

182/ El Mercurio, 8 de febrero de 1984, p. B-2 y 14 de abril de 1984, p. B-1.

183/ AFP, Boletín Estadístico Mensual, N°31 (febrero 1983) y N° 32 (enero 1984); y entrevista con Piñera, cit.

184/ Entrevista con Ariztía, cit.; y El Mercurio, 7 de agosto de 1983, p. D-4.

185/ Entrevista con Ariztía, cit.

186/ José Pablo Arellano y Raúl Eduardo Sáenz, "Reforma de la previsión y la salud." en H. Lavados, ed., Desarrollo social y salud en Chile (Santiago: Corporación de Promoción Universitaria, 1982), pp. 160-161.

187/ El Mercurio, 21 de septiembre de 1983, p. B-2 y 14 de diciembre de 1983, p. B-2.

188/ Tarcisio Castañeda, "Contexto socioeconómico y causas del descenso de la mortalidad infantil en Chile," Departamento de Economía, Universidad de Chile, mayo 1984.

189/ Scarpaci, "Public and Private..." op.cit., p.12.

190/ Las cifras de 1980 provienen del INE, Compendio Estadístico 1982 y 1983. La comparación de los servicios de salud por provincias se basa en Mesa-Lago, Social Security..., op.cit., pp. 65-66.

191/ Cálculos del autor basados en cifras de: SSS y EMPART de entrevista con Ariztía, cit.; CANAEMPU y otras de entrevista con Larraín, cit.; y AFP de Baeza, "Dos años de operación del nuevo sistema previsional," cit.

192/ Castañeda, "Contexto socioeconómico..." op.cit., pp. 23-24 y 40.

193/ Entrevista con Izquierdo cit.; y Bascuñán, "Cuatro aspectos..." op.cit.

194/ Castañeda, "Contexto socioeconómico..." op.cit., pp. 2-3.

195/ Así en 1983 la AFP Habitat ofrecía las comisiones y cotizaciones más bajas y la rentabilidad promedio más alta de las 12, pero era la quinta en número de afiliados, mientras que la AFP Invierta tenía las comisiones más altas, la tercera cotización más alta y una rentabilidad baja pero era la cuarta en número de afiliados, y la AFP Provida ofrecía condiciones promedio pero era la primera en número de afiliados. Comparación hecha por el autor basado en información del Boletín Estadístico Mensual 1983 y La Tercera de la Hora, 8 de agosto de 1983, p. 2.

196/ Juan Ariztía, intervención en la Primera Reunión Previsional Santiago, 31 de agosto de 1983; y declaraciones de Benjamín David, Ignacio Cousiño y Virgilio Perreta en El Mercurio, 7 de agosto de 1983, p. D-4.

197/ TIME (Tecnología Investigación de Mercado), "AFP y sistema de comisiones," Santiago, 1982.

198/ La cifra de pasivos fue dada en la entrevista con Larraín, cit.

199/ Cálculos del autor basados en Seguridad Social: Estadísticas 1980.

200/ Carmen Arretz, "Efectos en los aportes al sistema de seguridad social de cambios en la edad de jubilación," Santiago, CELADE, Serie A, N° 102, mayo 1970.

201/ Arellano, "Sistemas alternativos..." op.cit., pp. 135-136.

202/ Los cálculos del cuadro 41 incluyen la pensión asistencial, otros cálculos que excluyen la pensión asistencial muestran una caída ligeramente mayor del valor real de las pensiones. Ver René Cortazar, "Chile: Resultados distributivos 1973-1982," Desarrollo Económico, 23:91 (octubre-diciembre 1983): 371.

203/ Castañeda, "Contexto económico..." op.cit., pp. 8-9.

204/ Ibid., pp. 3-4, 23-37.

205/ Scarpaci, Public and private..., op.cit., p.19

- 206/ Los diferentes estimados del texto proceden de Scarpaci, "Public and Private...", op.cit., Cuadro 6; y Castañeda, "Contexto económico...", op.cit., pp. 2, 23-24 y 40.
- 207/ José Pablo Arellano, "The Impact of Social Security on Savings and Development," en Mesa-Lago, ed., Social Security and Health Care..., op.cit., capítulo 7. La sección 6a se basa en este estudio a menos que se de una fuente distinta.
- 208/ El Mercurio, 31 de mayo de 1984, p. B-2; y Ariztía, intervención en la Primera Jornada Previsional, cit.
- 209/ Hernán Aldabe, "Comment", en Mesa-Lago, Social Security and Health Care..., op.cit., capítulo 7.
- 210/ Ver nota 28, y El Mercurio, 14 de mayo de 1984, p. B-1,2.
- 211/ Ver la polpémica sobre este aspecto entre Víctor García (artículo en prensa en la Revista de la Facultad de Economía de la Universidad de Chile) y la Superintendencia de las AFP. El Mercurio, 26 de diciembre de 1983, p. B-3.
- 212/ El Mercurio, 1 de diciembre de 1983, p. B-1.
- 213/ Entrevista con Ariztía, cit.
- 214/ Entrevista con Piñera, cit.
- 215/ El Mercurio, 20 de abril de 1984, pp. B-1 2; entrevista con Juan Ariztía, El Mercurio, 14 de mayo de 1984, pp. B-1, 2; y entrevista con Alfonso Serrano, Subsecretario de Previsión, El Mercurio, 10 de junio de 1984, p.B-1.
- 216/ Los tres estudios son: Eduardo Aninat, "La eliminación de las cotizaciones previsionales: Estimación de su impacto sobre el empleo," Estudios de Planificación (CIEPLAN), N°9 (1971); PREALC, Acción de los Ministerios del Trabajo en la política de empleo del Grupo Andino, (Santiago, 1975); y N. Villagrán, "Proposición de un nuevo sistema de financiamiento de los fondos previsionales y sus implicaciones sobre el nivel de empleo en el sector agrícola," Tesis de postgrado, Departamento de Economía Agraria, Universidad Católica de Chile, 1976. Una comparación y evaluación de los tres métodos hace Arellano en "Sistemas alternativos...", op.cit. pp. 146-149.
- 217/ Arellano, "Sistemas alternativos...", op.cit. pp. 137, 149-153.
- 218/ Carlos Briones, et al., "Antecedentes básicos y análisis del estado actual de la seguridad social en Chile," Seguridad Social, N°98 (julio 1968), p. 98.
- 219/ José Francisco Fizarro Blancaire y Juan Gutiérrez Vistozo, "Bases para un sistema integrado de pensiones: Estudio del costo," Memoria, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Chile, 1967.
- 220/ Comisión de Estudios de la Seguridad Social, Informe sobre la reforma..., op.cit., pp. 827-838; Briones, "Antecedentes básicos...", op.cit., pp. 95-103; ODEPLAN, Informe económico anual 1971, p. 821.

221/ Alejandro Foxley, Eduardo Aninat y José Pablo Arellano, Efectos de la seguridad social sobre la distribución del ingreso, (Santiago: Estudios CIEPLAN, N°8, 1977), cuadro 10.

222/ José Pablo Arellano, "Gasto público en salud y distribución del ingreso", en Mario Livingston y Dagmar Raczynski, eds., Salud pública y bienestar social (Santiago: CIEPALN, 1976), p. 166.

223/ Una encuesta familiar conducida a escala nacional en 1983 por el Instituto Latinoamericano de Doctrina y Estudios Sociales (ILADES) sobre el impacto redistributivo del gasto social incluyó a la seguridad social pero sus resultados definitivos no estaban disponibles cuando se concluyó este capítulo.

224/ Entrevistas con Ariztía, cit., y José Piñera, presentación en la Primera Jornada Previsional, Santiago, 31 de agosto de 1983.

225/ Para la historia de la seguridad social mexicana hasta 1973 ver Carmelo Mesa-Lago, Social Security in Latin America: pressure Groups, Stratification and inequality (Pittsburgh: University of Pittsburg Press, 1978), pp. 208-221.

226/ Una historia comprensiva del IMSS es Instituto Mexicano del Seguro Social 1943-1983: 40 años de historia (México, D.F., 1983).

227/ Ibid., pp. 47-49.

228/ Programa IMSS-COPLAMAR, México, D.F., 1983.

229/ Esta sección está basada en Mesa-Lago, Social Security..., pp. 224-228; IMSS, "Contestación a la encuesta anual sobre la evolución y tendencias de la seguridad social", AISS, Ginebra, 1983; IMSS, Instituto Mexicano..., op.cit.; y entrevista con el Lic. Gabino Fraga, Secretario General del IMSS, Ciudad de México. 28 de febrero de 1984.

230/ El análisis de la cobertura legal se basa en IMSS, Ley del Seguro Social (México, 1982); Ley del ISSSTE de 1983, Diario Oficial, 27 de diciembre de 1983, y leyes y convenio en vigor de las fuerzas armadas y PEMEX.

231/ COPLAMAR, Necesidades esenciales en México: Situación actual y perspectivas al año 2000-Salud (México, D.F.: siglo XXI, 1982), p. 146.

232/ Las cifras originales provienen de Coordinación General del Programa IMSS-COPLAMAR, "Informe mensual de población y servicios otorgados", 1980-1983; las cifras revisadas son de "Ambito geográfico del programa IMSS-COPLAMAR", 4 de noviembre de 1983. A los efectos de resolver la discrepancia se consultó con el Arq. José M. Gutiérrez Trujillo, Coordinador de IMSS-COPLAMAR, entrevista del 3 de marzo de 1984 y correspondencia particular.

233/ COPLAMAR, Necesidades esenciales..., op.cit., p. 148; y fuentes del cuadro 43.

234/ SFP, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Agenda Estadística 1983 (México, D.F., 1984), p. 91.

235/ PREALC, Dinámica del subempleo en América Latina (Santiago: Estudios e Informes de la CEPAL, N°10, 1981), p. 26 y CEPAL, "Síntesis preliminar de la economía latinoamericana durante 1983", Santiago, 20 de diciembre de 1983, p. 34.

236/ Basado en CEPAL, Distribución regional del PIB sectorial en los países de América Latina (Santiago, 1981), p. 36, y COPLAMAR, Necesidades esenciales..., op.cit., pp. 146-153.

237/ El año 1969 basado en Mesa-Lago, Social Security..., pp.237-239; y el año 1980 basado en cálculos del autor con cifras de SPP, Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1981, IMSS, Memoria Estadística 1981 e ISSSTE, anuario Estadístico 1981.

238/ COPLAMAR, Necesidades esenciales..., op.cit., pp. 172-179.

239/ Esta sección se basa en IMSS, "Contestación a la encuesta..." op.cit.; y entrevista con Fraga, cit.

240/ COPLAMAR, Necesidades esenciales..., op.cit., pp. 195-196, 253-255.

241/ Peter Thullen, "The Financing of Social Security Pensions: Principles, Current Issues and Trends", en Carmelo Mesa-Lago, ed., Social Security and Health Care in Latin America and the Caribbean in the 1980s, en prensa, 1984, capítulo 5.

242/ IMSS, Memoria Estadística 1981.

243/ Entrevista con Carlos Soto Pérez, Subjefe de Servicios Actuariales, IMSS, 28 de febrero de 1984.

244/ ISSSTE, Agenda Estadística 1982.

245/ Mesa-Lago, Social Security..., op.cit., pp. 240-241.

246/ IMSS, Memoria Estadística 1981; ISSSTE, Agenda Estadística 1982 e información de la Subdirección de Actuaría y Estadística, febrero 1984.

247/ "Informe financiero y actuarial del IMSS al 31 de diciembre de 1982", septiembre 1983, p. 8.

248/ Esta sección se basa en el estudio actuarial de 1982 y la entrevista con el actuario Soto Pérez, cit.

249/ A mediados de 1983 Peter Thullen pronosticó que el régimen financiero del programa de pensiones del IMSS gradualmente se transformó en uno de reparto con una reserva de emergencia; su proyección parece haber ocurrido mucho antes de lo que él anticipó. "The Financing of Social Security Pensions...", op. cit.

250/ Los cálculos del valor real de las reservas en los programas de pensiones y riesgos profesionales son del autor, basado en las cifras del estudio actuarial de 1982 y las tasas de inflación reportadas por CEPAL.

251/ COPLAMAR, Necesidades esenciales..., op. cit., pp. 62-71; y entrevista con Marco A. Michel Díaz, Jefe de los servicios del Secretariado Técnico del IMSS, 28 de febrero y 3 de marzo de 1984.

- 252/ COPLAMAR, Necesidades esenciales..., op.cit., p. 64.
- 253/ Ibid., p. 174, y Anuario Estadístico Compendiado 1970, p. 70.
- 254/ Mesa-Lago, Social Security..., op.cit., pp. 248-250.
- 255/ SSP/INEGI, Información estadística..., op.cit., p.67.
- 256/ Cálculos del autor basados en IMSS, Anuario Estadístico 1981 e información proporcionada en febrero de 1984; ISSSTE, Agenda Estadística 1982, y SSP/INEGI, Información estadística..., op.cit., p. 63.
- 257/ "Informe financiero y actuarial...", op.cit., pp. 21-22, y "Reporte de Auditoría a la valuación financiera y actuarial al 31 de diciembre de 1982", 14 de octubre de 1983.
- 258/ SSP/INEGI, Información estadística..., op. cit., pp. 28, 30.
- 259/ Programa IMSS-COPLAMAR, cuadro 3, y entrevistas con Michel, cit.
- 260/ Cálculos del autor basados en SSP/INEGI, Información estadística..., op.cit., p. 67; cuadro 43, y Programa IMSS-COPLAMAR, presupuesto.
- 261/ Richard R. Wilson, "The Corporatist Welfare State: Social Security and Development in Mexico", Ph.D. dissertation, University of Pittsburgh, 1981, y Antonio Ugalde, "Salud Pública en América Latina", seminario en la Universidad de Pittsburgh, 2 de marzo de 1983.
- 262/ Cálculos del autor basados en SSP/INEGI, Información estadística..., op. cit., pp. 63, 80-81; IMSS, Anuario Estadístico 1981 e información proporcionada el 28 de febrero de 1984; ISSSTE, Agenda Estadística 1982, op.cit.; Programa IMSS-COPLAMAR, op.cit., cuadro 8.
- 263/ Thullen, "The Financing of Social Security Pensions ...", op.cit., cuadro 13.
- 264/ IMSS, 40 años de historia, op. cit., pp. 49, 135, e información del IMSS, febrero 1984.
- 265/ COPLAMAR, Necesidades esenciales..., op.cit., pp. 249-255.
- 266/ Richard Wilson, "The Impact of Social Security on Employment", en C. Mesa-Lago, Social Security and Health Care ..., op. cit., capítulo 8.
- 267/ Ibid., ver especialmente cuadros 7 y 8.
- 268/ Victor Tokman, "Comment" en Social Security and Health Care..., op. cit., capítulo 8.
- 269/ "Evaluación de los efectos redistributivos derivados de las operaciones del IMSS", México, 1984. En febrero de 1984 dicho estudio estaba aún en la etapa de diseño preliminar. Entrevista con Michel, cit., y con Enrique Hernández Laos, 29 de febrero de 1984.
- 270/ COPLAMAR, Macroeconomía de las necesidades esenciales en México: Situación actual y perspectivas al año 2000 (Ciudad de México: Siglo XXI 1983), pp. 105-110.

271/ Esta sección se basa -hasta 1973- en Carmelo Mesa-Lago, Social Security in Latin America: Pressure Groups Stratification and Inequality (Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1978), pp. 113-132.

272/ Francisco Ipiña Condra, "Estructura financiera, recursos económicos, causas del desequilibrio financiero, conclusiones y recomendaciones", Lima, 1962 y "Estudio actuarial de pensiones", Lima, 1963; Alfredo Pérez Armiñán, "Informe sobre la situación administrativa del seguro social del empleado del Perú", Lima, 1965; y un estudio preparado por Peter Thullen y Giovanni Tamburi, para la OIT, en 1965.

273/ Una compilación legal de estas disposiciones y otras anteriores aún vigentes es IPSS, Legislación de seguridad social en el Perú (Lima, octubre 1980).

274/ Dictamen de la Comisión Bicameral Investigadora del Sistema de Seguridad Social, Lima, Cámara de Senadores, 16 de noviembre de 1983, p.7.

275/ Ver el programa de seguridad social de Acción Popular en Octavio Mongrut Muñoz, "La seguridad social en Perú", IPSS, 1:1 (octubre-diciembre 1982): 4-16.

276/ La Comisión inició sus actividades en diciembre de 1980 y su investigación, que cubrió el período noviembre 1973 a junio de 1982, resultó en 50 informes técnicos y uno final' Dictamen, op. cit.

277/ Esta sección está basada en IPSS, Legislación de seguridad social..., op.cit.; Jorge Rendón Vázquez, Manual de Derecho de la Seguridad Social (Lima: Ediciones Tarpuy, 1981); y entrevista con Frank Griffiths Escardó, Presidente Ejecutivo del IPSS, Lima, 5 de marzo de 1984 y Cesar San Román, Gerente Financiero del IPSS, Lima, 6 y 8 de marzo de 1984.

278/ Sobre los defectos de la participación de los asegurados en la administración ver Javier Slodky F., "Seguridad social: La participación de los asegurados", Lima, Fundación Friedrich Ebert, 1984.

279/ Mongrut, "La seguridad social en Perú", op.cit., pp. 7-10; y entrevista con Griffiths, cit.

280/ Rendón, Derecho de la Seguridad Social, op.cit., pp. 84-86; Luis Aparicio Valdez, "Situación de la seguridad social", Análisis Laboral, 7:78 (diciembre 1983): 4-5; entrevista con San Román, cit.; y Dictamen, op.cit., p 15.

281/ A pesar de que se hizo una solicitud formal a las fuerzas armadas para obtener cifras de cobertura de 1970 a 1983, éstas no fueron provistas, así que se hizo una extrapolación de las cifras existentes para 1961- 1969 (Mesa-Lago, Social Security..., op.cit., p. 135). Para la cobertura en pensiones de los pescadores se usaron las cifras de cobertura en riesgos profesionales.

282/ Basado en cifras de la Oficina Estadística del IPSS, Diciembre 1983.

283/ INE, Producto interno por departamentos (Lima, junio 1983).

- 284/ Mesa-Lago, Social Security..., op.cit., pp. 136-141.
- 285/ En abril de 1984 el IPSS condujo una encuesta de asegurados que debía proporcionar esta información pero, a pesar de varios esfuerzos, no fue posible conseguirla.
- 286/ La información sobre la composición de la fuerza laboral proviene de la OIT, Anuario de Estadísticas del Trabajo 1983.
- 287/ Entrevista con Griffiths, cit., y con San Román, cit.
- 288/ El texto del proyecto de Ley Orgánica aparece en Análisis Laboral, 7:78 (diciembre 1983): 19-24
- 289/ IPSS, Legislación de seguridad social, op. cit.; Aparicio, "Situación de la seguridad social", op.cit., pp. 3-4; y entrevista con San Román, cit.
- 290/ Entrevista con Alfred Jalbie, Gerente Central, Departamento de Finanzas, Banco de la Nación, Lima, 9 de marzo de 1984.
- 291/ Dictamen, op.cit., pp. 17, 27, 31.
- 292/ Mongrut, "La seguridad social en Perú", op.cit., p. 11.
- 293/ Dictamen, op.cit., pp. 24-26; y Rendón, Derecho de la seguridad social, op.cit., pp. 106-107.
- 294/ IPSS, Legislación de seguridad social, op.cit.; Rendón, Derecho de la Seguridad Social, op.cit., pp. 137-138; y Mesa-Lago, Social Security..., op.cit., pp. 142-143.
- 295/ Rendón, Derecho de la seguridad social, op.cit., 98-99. Ver también Dictamen, op. cit., pp. 16-20; Aparicio, "Situación de la seguridad social", op.cit., pp. 4-5; y entrevistas con Griffiths y San Román, cit.
- 296/ Dictamen, op.cit., p. 22.
- 297/ Entrevista con Griffiths, cit.; Mongrut, "La Seguridad social en Perú", cit., p. 11; y cita del Dictamen, op.cit., pp. 20-23. Al comparar estas cifras, téngase en cuenta el rápido proceso inflacionario de los últimos años.
- 298/ Ibid.
- 299/ Dictamen, op.cit., p. 13.
- 300/ El estimado del déficit de 1983 proviene de Aparicio, "Situación de la seguridad social", op.cit., p. 5; y el de 1984 de Griffiths, entrevista, cit.
- 301/ Dictamen, op.cit., pp. 28-33; y Griffiths, entrevista, cit.
- 302/ La información de esta sección proviene de las entrevistas con San Román y Griffiths, cit.
- 303/ Ley Orgánica de Seguridad Social, op.cit., pp. 19-24.
- 304/ INE, Perú: Compendio Estadístico 1982 (Lima, 1983).
- 305/ IPSS, Legislación de seguridad social..., op. cit. Para un análisis histórico de las diferencias en las prestaciones de los diversos grupos en Perú ver Mesa-Lago, Social Security..., op.cit., pp. 147-156.
- 306/ Información suministrada por el IPSS en noviembre de 1983.

- 307/ Dictamen, op.cit., pp. 9-10
- 308/ Cifras del presupuesto ejecutado proporcionadas por la Contaduría General del IPSS, marzo 1984.
- 309/ Entrevista con Joaquín Leguía Gálvez, Ministro del Trabajo, Lima, 6 de marzo de 1984.
- 310/ Dictamen, op. cit., p. 36.
- 311/ Ibid., pp. 11-13
- 312/ Ministerio de Salud, Proyecciones de población por regiones de salud y utilización de indicadores del sector; período 1980-1985 (Lima, 1983), pp. 50-51.
- 313/ Entrevista con Griffiths, cit.; y Dictamen, op. cit., pp. 38-40.
- 314/ Ibid.
- 315/ Entrevista con Griffiths, cit.
- 316/ INE, Informe estadístico, cuarto trimestre 1983 (Lima, febrero 1984), y Dictamen, op.cit., pp. 35-40.
- 317/ Dictamen, op.cit., p. 30
- 318/ Entrevista con Griffiths, cit.
- 319/ Entrevista con profesores de la Universidad del Pacífico, Lima, 5 de marzo de 1984.
- */ En la recolección de información legal y estadística para este capítulo fue vital, además de la proporcionada por la Dirección General de Seguridad Social, la enviada por el Dr. Ariel Gianola Martegani especialista uruguayo en seguridad social.
- 320/ Para un estudio histórico de la evolución de la seguridad social en Uruguay en 1829-1973 ver el capítulo de Uruguay preparado por Arturo C. Porzecanski en Carmelo Mesa-Lago, Social Security in Latin America: Pressure Group, Stratification and Inequality (Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1978), pp. 70-84.
- 321/ OIT, Informe al gobierno de la República Oriental del Uruguay sobre seguridad social (Ginebra, 1964); y Comisión de Inversiones y Desarrollo, Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social (Montevideo: CCEA, 1966).
- 322/ En la preparación de esta sección fue usado un documento inédito de Oscar Hermida, Montevideo, 1984.
- 323/ Para las instalaciones de cada sector en 1980 y 1983 ver Dirección General de Estadística y Censo, Uruguay 1983: Anuario Estadístico 1983 (Montevideo, diciembre 1983) y Ministerio de Salud Pública, información de 1984.
- 324/ Para mas detalles sobre la organización del sector salud ver UNICEF/CIESU/ILPES, "Elementos para un diagnóstico social del Uruguay", Montevideo, Marzo 1984, sección III.
- 325/ Además de la legislación vigente, se consultó DGSS, Memoria 1982 Montevideo, s/f).
- 326/ UNICEF et al, "Elementos para un diagnóstico...", op.cit., p. 50.
- 327/ Porzecanski/Mesa-Lago, Social Security..., op.cit., pp. 89-90.

328/ Citado por UNICEF et al, "Elementos para un diagnóstico...", op.cit., p. 33

329/ Ver Cuadro 2; OIT, Anuario de Estadísticas de Trabajo 1981; PREALC, Dinámica del subempleo en América Latina (Santiago, Estudios e Informes de la CEPAL, N° 10, 1981) y Mercado de trabajo en cifras: 1950-1980 (Santiago: OIT, 1982); CEPAL, "Spintesis preliminar de la economía latinoamericana durante 1983", Santiago, 20 de diciembre de 1983. En Montevideo las proporciones de la PEA en 1979 eran aun mas facilitadoras de la extensión: 80% asalariados, 13% por cuenta propia y 1% familiares no remunerados (PREALC, Mercado...op.cit.)

330/ Basado en CEPAL, Distribución regional del producto interno sectorial en los países de América Latina (Santiago, cuadernos Estadísticos de CEPAL N°6, 1981); y Uruguay 1983: Anuario Estadístico.

331/ UNICEF et al, citado por "Elementos para un diagnóstico...", op.cit., pp. 39, 44-45, 49.

332/ Cálculos del autor basados en DGSS, Memoria 1982, y Boletín Estadístico, 4:10 (marzo 1983).

333/ Porzecanski-Mesa-Lago, Social Security...op.cit., pp. 88, 93.

334/ Ibid., pp. 96-97; y UNICEF et al, "Elementos para un diagnóstico...", op.cit., p. 52

335/ UNICEF et al, ibid., pp. 52-53

336/ Cálculos del autor basados en DGSS, Memoria 1982, cit.

337/ Porzecanski-Mesa-Lago, Social Security..., op.cit., p. 98.

338/ Ibid., p. 94.

339/ DGSS, Memoria 1982.

340/ Uruguay 1983: Anuario Estadístico, op.cit.

341/ Estimados extraoficiales de la DGSS, 1984.

342/ Jorge Caumont, "Efectos económicos del cambio en el financiamiento de la seguridad social: el caso uruguayo," Integración Latinoamericana, 6:63 (noviembre 1981): 17 y cuadro 24.

343/ DGSS, Memoria 1982, cit.

344/ Basado en información de la Caja de Profesionales Universitarios y el MSP, 1984.

345/ UNICEF et al, "Elementos para un diagnóstico...", op.cit., pp. 56-58.

346/ M. Mutarelli, "Tendencia de la mortalidad infantil en Uruguay, período 1961-1980", Montevideo, MSP, s/f, pp. 2-4, citado por UNICEF et al, "Elementos para un diagnóstico...", op.cit., pp. 63-64.

347/ UNICEF et al, ibid., pp. 51, 55.

348/ Uruguay 1983: Anuario Estadístico, op.cit., y Alfredo Picerno y Pablo Mieres, Uruguay, indicadores básicos (Montevideo: CLAEH, 1983).

349/ Porzecanski-Mesa-Lago, Social Security..., op.cit., pp. 99-105.

- 350/ Información basada en DGSS, Memoria 1982, cit. y Boletín Estadístico, 1:1 (junio 1980) y 4:10 (marzo 1983).
- 351/ CEPAL, "Síntesis preliminar de la economía latinoamericana...", op.cit., p. 34
- 352/ CELADE, Boletín Demográfico, 17:33 (enero 1984).
- 353/ Uruguay 1983: Anuario estadístico, op.cit., Uruguay: indicadores básicos, op.cit., y UNICEF et al, "Elementos para un diagnóstico...", op.cit., p. 32.
- 354/ UNICEF et al, ibid., p. 56.
- 355/ BID/ECIEL/CIESU/CINVE, "Encuesta de gasto público social" (cuestionario) octubre 1983.
- 356/ Arroba et al, El impuesto al valor agregado en el financiamiento de la seguridad social y el proceso de integración latinoamericano (Washington D.C.: BID/INTAL, 1980), pp. 211-213.
- 357/ Ver Jorge Macón, "Financiamiento de la seguridad social: ¿IVA o contribución sobre salarios?", Integración Latinoamericana, 6:63 (noviembre 1981): 7.
- 358/ En el análisis teórico del IVA y sus efectos el autor se benefició de la ayuda de Joseph Ramos, de la División de Desarrollo Económico de CEPAL.
- 359/ Para algunas de las críticas al IVA hechas por especialistas de seguridad social, ver Giovanni Tamburi, "Social Security Financing: What Next?" Benefits International (julio 1981): 7:12; y Alvaro Castro Gutiérrez, "Consideraciones preliminares para un estudio del financiamiento de la seguridad social en América Latina," Estudios de la Seguridad Social, N°40 (1982): 5-28.
- 360/ Caumont, "Efectos económicos del cambio en el financiamiento de la seguridad social: el caso uruguayo", op.cit., pp. 9-10.
- 361/ Este aspecto lo anota un estudio sobre la adopción del IVA en la Argentina, la cual coincidió -contrariamente al caso uruguayo- con una fuerte recesión; así el autor advirtió que los factores recesivos deberían separarse de los efectos de la adopción del IVA. Ver A. Atchabarian, "Reformas en el financiamiento de la seguridad social: efectos económicos, la experiencia argentina", Integración Latinoamericana, 6:63 (noviembre 1981): 24.
- 362/ Caumont, "Efectos económicos...", op.cit., pp. 10-12.
- 363/ Ibid., pp. 12-17.
- 364/ Joseph Ramos, Estabilización y liberalización económica en el Cono Sur (Santiago: Estudios e Informes de CEPAL, 1984), capítulo 5.
- 365/ Ibid. Y CEPAL, "Uruguay", en Estudio Económico de América Latina 1982 y "Síntesis preliminar de la economía...", op.cit.
- 366/ Picerno y Mieres, Uruguay, indicadores básicos, op.cit.

367/ Ver sobre estos aspectos Arroba et al, El impuesto al valor... op.cit., p. 347; y Macón, "Financiamiento de la seguridad social...", op.cit., pp. 7-8.

368/ La idea original es de Aníbal Pinto, "Un itinerario realista para la reforma previsional", en Inflación, raíces estructurales (México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1973), pp. 237-245.

369/ Peter Thullen, "El financiamiento de regímenes obligatorios de pensiones bajo condiciones dinámicas y las nuevas matemáticas actuariales", Seguridad Social, 31:135/136 (mayo-agosto, 1982): 234.

370/ Ver como ejemplo, OIT, Programa de Ottawa de seguridad social para las Américas, Ginebra, 1966.

371/ Ver Paul Fisher, "Seguridad social y planificación nacional", conferencia Interamericana sobre Planificación de la Seguridad Social, Buenos Aires, 1974; y Marshall Wolfe, El desarrollo esquivo (México, D.F.: CEPAL-Fondo de cultura económica, 1976), pp. 246-250.

372/ Ver, Carmelo Mesa-Lago, Planificación de la seguridad social (Madrid:OISS, 1959), capítulos 1 y 2.

373/ Alfredo Mallet, "Diversification or standardization: two trends in Latin American social security", International Labour Review, 101:1 (enero, 1970), pp. 76-80.

ANEXO DE CUADROS ESTADISTICOS

Cuadro 1

AMERICA LATINA: EVOLUCION HISTORICA DE LA COBERTURA DE RIESGOS
 POR LA SEGURIDAD SOCIAL, 1922-1982

Programas	Número de países con programas que cubren riesgos						
	1922	1932	1942	1952	1962	1972	1982
Riesgos profesionales	10	15	17	20	20	20	20
Enfermedad y maternidad	0	1	7	13	17	18	20
Vejez, invalidez y superviviente	0	2	7	12	14	19	20
Asignaciones familiares	0	0	0	1	5	6	7
Desempleo	0	0	0	1	3	4	5

Fuente: Alfredo Mallet, "Evolución y perspectivas de la seguridad social en América Latina", Seguridad Social, 21: pp. 77-78, septiembre-diciembre 1972: pp. 256-261; y U.S. Social Security Administration, Social Security Programs Throughout the World, 1981, Washington, D.C., 1982.

Cuadro 2

AMERICA LATINA: POBLACION TOTAL Y PEA CUBIERTA POR LA SEGURIDAD SOCIAL, 1980

	Población total	Total de asegurados a/ miles	Cobertura	Distribución	PEA	Activos asegurados b/ miles	Cobertura	Distribución
			Porcentajes				Porcentajes	
Argentina	28 237	22 278	78.9	10.3	10 690	7 391	69.1	10.5
Bolivia	5 570	1 412	25.4	0.7	1 754	324	18.5	0.5
Brasil	121 286	116 800	96.3	54.1	40 292	38 523	95.6	54.6
Colombia c/ d/	25 247	2 925	11.6	1.4	8 477	1 900	22.4	2.7
Costa Rica	2 279	1 733	76.0	0.8	770	526 a/	68.3	0.7
Cuba e/	9 724	9 724 f/	100.0 f/	4.5	3 618	3 364 f/	93.0 f/	4.8
Chile	11 104	7 418	67.3	3.5	3 788	2 337	61.7	3.3
Ecuador	8 021	636	7.9	0.3	2 393	555	23.2	0.8
El Salvador	4 797	300	6.2	0.1	1 611	187	11.6	0.3
Guatemala e/	7 480	1 064	14.2	0.5	2 314	767	33.1	1.1
Haití	5 809	44 g/	0.8	-	2 815	44 g/	1.6	0.1
Honduras h/	3 955	288	7.3	0.1	1 172	156	14.4	0.2
México	69 393	37 056	53.4	17.2	19 423	8 158	42.0	11.6
Nicaragua	2 771	253	9.1	0.1	773	146	18.9	0.2
Panamá	1 956	985	50.3	0.4	701	319	45.6	0.4
Paraguay d/	3 168	575	18.2	0.3	1 077	151	14.0	0.2
Perú	17 295	3 016	17.4	1.4	5 719	2 142	37.4	3.0
Rep. Dominicana	5 558	440 g/	7.9	0.2	2 019	283 g/	14.0	0.4
Uruguay	2 908	1 993	68.5	1.0	1 123	912	81.2	1.3
Venezuela d/	15 024	6 790	45.2	3.1	4 723	2 350	49.8	3.3
<u>América Latina</u>	<u>352 774</u>	<u>215 730</u>	<u>61.2</u>	<u>100.0</u>	<u>115 252</u>	<u>70 535</u>	<u>61.2</u>	<u>100.0</u>
<u>Excluyendo a</u>								
<u>Brasil</u>	<u>231 488</u>	<u>98 930</u>	<u>42.7</u>	<u>45.9</u>	<u>74 960</u>	<u>32 012</u>	<u>42.7</u>	<u>45.4</u>

Fuente: Población total y PEA: CELADE, *Boletín Demográfico*, 15:29, enero 1982 y 17:33, enero 1984, excepto Cuba del Censo de 1981. Asegurados: CEPAL, basados en un cuestionario respondido por los países y *Anuarios Estadísticos* y *Memorias*, con los ajustes correspondientes.

a/ En programa de enfermedad-maternidad; b/ En programa de pensiones; c/ 1979; d/ Excluye a varios grupos de asegurados; e/ 1981; f/ Estimaciones basadas en la cobertura legal; g/ Estimado grueso; h/ 1982.

Cuadro 3

AMERICA LATINA: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA FUERZA LABORAL, 1980 a/

	Por categoría ocupacional b/			Por sectores c/			
	Asala- riada	Cuenta propia	Familiar sin pago	Urbano		Rural	
				Formal	Informal	Moderno	Tradicional
Argentina	...	...	...	65.0	19.4	8.8	6.3
Bolivia	38.2	48.9	9.2	17.9	23.2	5.2	50.9
Brasil	65.3	27.0	5.1	45.2	16.9	9.8	27.6
Colombia	...	...	...	42.6	22.3	15.8	18.7
Costa Rica	75.2	19.6	3.9	52.9	12.4	19.6	14.8
Cuba	88.8	5.4	0.3	...	...	...	...
Chile	66.7	25.3	3.6	54.1	20.1	14.0	8.8
Ecuador	...	...	...	22.7	25.4	13.7	37.9
El Salvador	59.2	28.2	10.9	28.6	18.9	22.3	30.1
Guatemala	46.9	42.2	6.7	26.7	17.8	22.3	33.1
Honduras	45.4	33.3	14.6	...	...	...	...
México	...	...	...	39.5	22.0	19.2	18.4
Panamá	63.3	23.2	3.6	45.3	20.9	9.1	24.6
Perú	45.1	49.1	5.8	35.0	23.8	8.0	32.0
Uruguay	69.4	23.8	2.0	63.3	19.0	9.5	8.0
Venezuela	64.1	26.5	3.1	62.6	16.4	4.4	15.1

Fuentes: La primera distribución se basa en la OIT, Anuario de Estadísticas del Trabajo, 1980 a 1983, excepto Cuba, cuyos datos fueron extraídos de la CEE, Encuesta Demográfica Nacional, 1979. La segunda distribución es de PREALC, Dinámica del subempleo en América Latina, Estudios e Informes N°10, 1981, p.16.

a/ Bolivia, 1976; Cuba, 1979; Chile, 1978; Guatemala, 1981; Honduras, 1977; Perú, 1982; y Uruguay, 1975.

b/ Excluye un porcentaje pequeño de no clasificados.

c/ Excluye un porcentaje muy pequeño en minería.

Cuadro 4

AMERICA LATINA: FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL POR FUENTE, FINES
DE LOS AÑOS SETENTA Y PRINCIPIOS DE LOS AÑOS OCHENTA

	Contribución legal como % del salario, alrededor de 1980			Distribución porcentual de los ingresos de seguridad social, 1977				
	Asegu- rado	Emplea- dor	Estado	Asegu- rado	Emplea- dor	Estado	Inver- sión	Otros
Argentina	14.0-15.0	21.5	15.3	27.3	57.2	6.8	6.8	1.9
Bolivia	3.5	20.0	1.5	28.5	47.6	11.8	0	12.1
Brasil	8.6	14.7	a/	...	...	...	...	...
Colombia	3.8-5.5	14.67-18.0	a/	12.3	31.3	35.0	2.7	18.7
Costa Rica	8.0	22.6	1.5	23.4	44.2	22.3	5.9	4.2
Cuba	0	10.0	a/	0	—	100.0	0	0
Chile	19.56-27.84	2.85	a/	17.5	45.6	30.7	2.5	3.7
Ecuador	9.0	9.5	a/	30.2	b/	32.2	20.4	16.3
El Salvador	3.5	8.25	0.5 a/	11.0	32.6	52.8	3.1	0.5
Guatemala	4.5	10.0	3.0 a/	26.1	41.1	31.7	0	1.1
Haití	3.5	6.0-9.0	1.2	—	26.6	—	69.9	3.5
Honduras	4.0-9.0	5.0	3.5	...	...	...	...	...
México	3.75	12.42	1.88	24.0	b/	50.3	19.7	2.5
Nicaragua	4.0	11.0	0.5	14.8	36.3	45.5	3.1	0.3
Panamá	7.25	15.22	0.8 a/	23.8	49.7	18.3	7.2	1.0
Paraguay	9.25	16.5	1.5	...	...	...	...	...
Perú	5.0	14.0	2.0 a/	...	...	...	...	...
Rep. Dominicana	2.5	9.5	2.5	...	...	67.6	c/	...
Uruguay	12.0-16.0	19.0-29.0	a/	24.6	49.4	18.5	2.3	5.2
Venezuela	4.0	7.0-9.0	1.5	9.2	18.4	67.8	4.6	0

Fuentes: Contribución legal, basada en datos extraídos de Social Security Programs Throughout the World 1981 y legislación de los países. Distribución porcentual, OIT, The Cost of Social Security 1975-1977.

a/ Impuestos, cobertura de déficit y otros subsidios.

b/ Distribución en 1974.

c/ Sólo reportó porcentaje de contribución estatal.

Cuadro 5

AMERICA LATINA: COSTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL, 1965-1977

Países	Ingresos y egresos como porcentaje del PIB					
	Ingresos		Egresos			
	1965	1977	Total		Prestaciones	
1965			1977	1965	1977	
Argentina	3.8	8.0 ^{a/}	3.2	7.3 ^{a/}	...	7.0 ^{a/}
Bolivia	4.3 ^{b/}	3.5 ^{c/}	3.6 ^{b/}	3.1 ^{c/}	3.0 ^{b/}	2.8 ^{c/}
Brasil	4.5	6.2	4.3	6.2	3.4	5.3
Colombia	1.1	4.5	1.1	3.7	1.0	3.3
Costa Rica	3.8	7.4	2.3	5.8	1.9	5.3
Cuba	8.3	9.2 ^{d/}	...	...	8.3	9.2 ^{d/}
Chile ^{e/}	14.1	13.2	12.2	10.1	10.0	9.4
Ecuador	4.1	4.5 ^{f/}	2.9	3.0 ^{f/}	2.5	2.8 ^{f/}
El Salvador	2.4	3.4	2.2	2.9	2.1	2.0
Guatemala	2.0	2.1	2.0	1.6	1.8	1.5
Haití	...	0.9	...	0.8	...	0.7
México	2.8	3.9 ^{f/}	2.6	3.4 ^{f/}	2.2	2.9 ^{f/}
Nicaragua	2.6	2.8	2.1	2.3	1.9	2.1
Panamá	7.3	9.9	6.0	7.9	5.6	7.0
Perú	2.3	...	2.9	...	...	...
Rep. Dominicana	2.9 ^{g/}	2.6	2.7 ^{g/}	2.5	1.8 ^{g/}	2.4
Uruguay	10.1 ^{h/}	11.3	14.5 ^{h/}	10.3	8.7 ^{h/}	9.1
Venezuela	3.0	4.5	3.1	4.1	3.0	3.8

Fuentes: OIT, El costo de la seguridad social 1972-1974 y 1975-1977, excepto 1965 en Argentina y Perú, cuyos datos fueron extraídos de Mesa-Lago, Seguridad social y pobreza, y Cuba, del capítulo 3 del mismo estudio.

^{a/} 1975

^{b/} 1961

^{c/} 1976

^{d/} 1978

^{e/} En 1971 los porcentajes alcanzaron valores sin precedentes de 19.4; 17.2 y 15.6.

^{f/} 1974

^{g/} 1970

^{h/} 1969

Cuadro 6

AMERICA LATINA: ORDENAMIENTO Y AGRUPACION DE LOS PAISES
SEGUN EL DESARROLLO DE LA SEGURIDAD SOCIAL, 1980

Grupos/paises	Ley inicial de pensiones <u>a/</u>	Población cubierta <u>b/</u>		Porcentaje de cotiza- ción legal <u>c/</u>	Gastos de seguridad social como porcentaje <u>d/</u>		
		Total	PEA		Gasto fiscal	Pensiones	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<u>Grupo alto</u>							
Uruguay <u>g/</u>	6	69	81	33	11	39	79
Argentina	6	79	69	46	10	38	55
Chile	6	67	62	29	11	32	53
Cuba <u>g/</u>	6	100	93	10	9	13	44
Brasil	6	96	96	26	5	38	45
Costa Rica	4	78	68	27	9	36	21
Rango típico <u>h/</u>	6	67-100	62-96	26-46	9-11	32-39	44-79
<u>Grupo intermedio</u>							
Panamá	4	50	46	21	7	23	34
México	4	53	42	18	3	18	21
Perú	5	17	37	21	3	15	35
Colombia <u>i/</u>	4	12	22	20	4	20	20
Bolivia	3	25	18	25	3	14	40
Ecuador	5	8	23	21	3	10	48
Paraguay	4	18	14	20	2	22	31
Venezuela	2	45	50	14	5	15	33
Rango típico <u>h/</u>	3-5	12-53	18-50	18-25	3-7	14-23	20-40
<u>Grupo bajo</u>							
Rep. Dominicana	4	8	14	14	2	16	21
Guatemala <u>g/</u>	2	14	33	20	2	14	14
El Salvador	3	6	12	12	2	12	18
Nicaragua	3	9	19	16	2	19	16
Honduras <u>j/</u>	3	7	13	14	3	12	7
Haití	2	1	2	12	1	...	10
Rango típico <u>h/</u>	2-3	1-9	2-19	12-16	1-2	12-16	7-18

(Cuadro 6 conclusión)

Grupos/países	Déficit o superávit como porcen- taje de los ingresos e/	Razón: pasivos/ activos f/ y más f/	Población de 65 años y más f/	Esperanza de vida al nacer años
	(8)	(9)	(10)	(11)
<u>Grupo alto</u>				
Uruguay g/	(60)	0.65	10.4	70
Argentina	(13)	0.32	8.2	69
Chile	17	0.46	5.5	68
Cuba g/	(46)	0.21	7.3	73
Brasil	(7)	0.18	4.0	64
Costa Rica	0	0.06	3.6	71
Rango típico h/	0-(60)	0.18-0.65	4.0-10.4	68-73
<u>Grupo intermedio</u>				
Panamá	(11)	0.12	4.4	70
México	17	0.08	3.6	64
Perú	12	0.09	3.6	58
Colombia i/	(8)	0.05	3.5	62
Bolivia	8	0.33	3.2	51
Ecuador	36	0.15	3.5	60
Paraguay	15	0.07	3.4	64
Venezuela	26	0.06	2.8	66
Rango típico h/	26-(11)	0.05-0.15	3.2-4.4	60-70
<u>Grupo bajo</u>				
Rep. Dominicana	4	...	2.9	60
Guatemala g/	3	0.06	2.9	58
El Salvador	23	0.08	3.4	62
Nicaragua	34	0.08	2.4	55
Honduras j/	19	0.02	2.7	57
Haití	15	...	3.5	51
Rango típico h/	3-34	0.02-0.08	2.4-3.4	51-60

Fuentes: CEPAL, basado en un cuestionario contestado por los países y/o Anuarios Estadísticos, Memorias y otras publicaciones oficiales.

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

Cuadro 7

**COSTA RICA: APARICION DE LA LEGISLACION DE SEGURIDAD
SOCIAL POR RIESGOS PROTEGIDOS Y GRUPOS CUBIERTOS
1886-1983**

Años <u>a/</u>	Riesgos protegidos	Grupos cubiertos
1886, 1958	VIS	Educación
1918	VIS	Comunicaciones
1923	VIS	Registro público
1924, 1951	RP	Todos los trabajadores privados
1935	VIS	Músicos
1939	VIS	Poder Judicial
1941	VIS	Municipalidades
1941 1961, 1971	VIS, EM	Sistema general (CCSS) pero limitado a capital y capitales de provincias
1943	VIS	Hacienda y Poder Legislativo
1944	VIS	Obras públicas y transportes
1955, 1965	EM	Extensión del sistema general a los dependientes del asegurado
1973, 1978	EM	Transferencia de todos los hospitales públicos a la CCSS
1974	EM, VIS	Indigentes (a través de asignaciones familiares)
1974, 1976	EM	Trabajadores por cuenta propia, pensionados y sus dependientes

Fuente: Legislación.

Notas: VIS = Pensiones de vejez, invalidez y supervivencia;
EM = Enfermedad-maternidad; RP = Riesgos profesionales.

a/ La primera fecha corresponde a la ley inicial y las fechas subsiguientes a modificaciones y ampliaciones.

Cuadro 8

COSTA RICA: COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POBLACION, 1960-1982

(Miles y porcentajes)

Años	Población total	PEA	P o b l a c i ó n A s e g u r a d a				Total
			Activos		Pasivos <u>a/</u>	Depen- dientes <u>b/</u>	
			Salud	Pensión <u>a/</u>			
1960	1 236	372	94	1	1	95	190
1965	1 482	430	132	11	2	320	454
1970	1 732	526	202	125	4	455	661
1975	1 964	639	327	290	10	736	1 073
1980	2 279	770	526	378	23	1 184	1 733
1981	2 342	797	522	376	26	1 175	1 723
1982	2 406	824	558	380 <u>e/</u>	29	1 255	1 842

(Conclusión)

Cuadro 8

COSTA RICA: COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POBLACION, 1960-1982

(Miles y porcentajes)

	Porcentaje de cobertura c/		Tasas de crecimiento promedio anual				Cociente de carga demografica d/
	Población total	PEA	Población total	PEA	Activos	Total asegurados	
1960	15.4	25.3	...	...	...	...	0.542
1965	30.6	30.7	3.7	2.9	61.5	19.0	0.135
1970	38.2	38.4	3.2	4.1	62.6	7.8	0.031
1975	54.7	51.2	2.5	4.0	18.3	10.1	0.036
1980	76.0	68.3	2.4	3.8	5.4	10.1	0.060
1981	73.5	65.5	2.3	3.5	-0.6	-0.6	0.069
1982	76.6	67.7	2.3	3.4	1.1	6.9	0.078

Fuentes: Población total: CELADE, Boletín Demográfico, 16:32, julio de 1983. PEA, 1955-65: CCSS; 1970-82, CELADE: Boletín Demográfico, 15:29, enero de 1982. Activos, pasivos y dependientes: CCSS, Anuario Estadístico 1965 a 1981.

a/ Incluye sólo a activos y pasivos en la CCSS; excluye a los de los fondos independientes, en 1970 el número de pensionados total era el doble del que aparece en el cuadro, y en 1975 era 30% mayor.

b/ En 1970-82 el número de dependientes es calculado con base de una razón 1.25 por cada asegurado activo en salud; un estimado posterior se basa en una razón de 0.99.

c/ La cobertura de la población total y la PEA se refiere a salud; por cuanto no se tiene el número total de activos en VIS ni el total de pasivos, se prefirió hacer el cálculo de la PEA con base a salud.

d/ Número de pasivos en pensiones dividido por el número de activos, se limita a la CCSS.

e/ Estimaciones del autor.

Cuadro 9

COSTA RICA: GRADO DE COBERTURA DE LA POBLACION TOTAL
POR PROVINCIA, 1979

(miles y porcentajes)

Provincias	Población	Asegurados <u>a/</u>	Porcentaje de cobertura
Alajuela	373	62	16.6
Cartago	235	39	16.7
Guanacaste	206	31	15.2
Heredia	153	32	20.9
Limón	135	36	26.6
Puntarenas	256	41	15.8
San José	798	271	33.9
<u>Total</u>	<u>2 156</u>	<u>512</u>	<u>23.7</u>

Fuentes: Población: Dirección General de Estadística y Censos, "Población de la República de Costa Rica por provincias, cantones y distritos: estimación al 1º de enero de 1979", San José, 1979. Asegurados: CCSS, Anuario Estadístico, 1979.

a/ Incluye trabajadores asalariados y por cuenta propia; excluye dependientes del asegurado.

Cuadro 10

COSTA RICA: GRADO DE COBERTURA DE LA PEA POR RAMA DE ACTIVIDAD ECONOMICA, 1973 Y 1979

(miles y porcentajes)

Ramas	1973			1979		
	PEA	Asegurados activos <u>a</u> /	Porcen- taje de cobertura	PEA	Asegurados activos <u>a</u> /	Porcen- taje de cobertura
Agricultura, ganadería, silvicultura, caza y pesca	213	49	23.1	207	63	30.4
Industrias manufactureras, minas y canteras	71	59	82.3	122	84	68.7
Construcción	39	20	51.4	58	26	44.5
Electricidad, gas, agua, transporte y comunicaciones	30	21	68.1	42	30	71.9
Comercio y servicios financieros	81	52	63.3	131	87	66.6
Servicios comunales, sociales y personales	119	88	74.4	172	137	79.9
No especificado y buscando trabajo	31	-	-	13	-	-
<u>Total</u>	<u>565</u>	<u>289</u>	<u>49.4</u>	<u>743</u>	<u>427</u>	<u>57.5</u>

Fuentes: PEA: Encuesta nacional de hogares, empleo y desempleo, 1979. Asegurados: CCSS, Anuario Estadístico, 1979.

a/ Incluye sólo a los asalariados; como la cobertura de los independientes no comenzó hasta 1974, la primera distribución incluye a todos los asegurados pero la segunda excluye a los independientes.

Cuadro 11

COSTA RICA: CONTRIBUCIONES LEGALES A LA SEGURIDAD
SOCIAL POR PROGRAMA Y FUENTE, COMO PORCENTAJE DEL
SALARIO O INGRESO, 1983

Programas	Asegurados		Emplea- dor	Estado a/	Total b/
	Asala- riado	Indepen- diente			
Pensiones	2.5	7.25	4.75	0.25	7.5
Enfermedad- maternidad	5.5	5.0-12.25	9.25	1.25	16.0
Riesgos profesionales	-	-	3.66c/	-	3.66
Asignaciones familiares	-	-	5.0	-	5.0
<u>Total</u>	<u>8.0</u>	<u>12.25-19.5</u>	<u>22.66</u>	<u>1.5</u>	<u>32.16</u>

Fuente: Legislación vigente.

a/ No se refiere al Estado como empleador, sino a su contribución tripartita.

b/ Excluye la contribución del asegurado independiente.

c/ Prima promedio.

Cuadro 12

COSTA RICA: BALANCE DE INGRESOS Y EGRESOS REALES TOTALES
DE LA SEGURIDAD SOCIAL POR PROGRAMA, 1976-1982 a/

(Millones de colones a precios corrientes)

Programas	1976	1978	1980	1981	1982
<u>Pensiones</u>					
Ingresos	469	760	924	1 222	2 083
Egresos	475	740	810	709	1 272
Balance	-6	20	114	513	811
<u>Enfermedad- Maternidad</u>					
Ingresos	815	1 686	2 162	2 492	3 852
Egresos	789	1 654	2 277	2 978	4 202
Balance	26	32	-115	-486	-350
<u>Total</u>					
Ingresos	1 284	2 446	3 086	3 714	5 935
Egresos	1 264	2 394	3 087	3 687	5 474
Balance	20	52	-1	27	461
Como porcentaje del ingreso	1.6	2.1	-0.03	0.7	0.8

Fuente: CCSS, Sección Financiera, julio, 1983.

a/ Sólo CCSS; excluye accidentes del trabajo, asignaciones familiares, Ministerio de Salud y fondos de pensiones autónomos.

Cuadro 13

COSTA RICA: SERVICIOS Y NIVELES DE SALUD, 1960-1981

Años	Camas de hospital por 1 000 habitantes	Médicos por 1000 habitantes	Tasas de mortalidad		Espe- ranza de vida <u>a/</u>
			General	Infantil	
1960	4.5	3.7	8.0	68.6	60.2
1965	4.2	4.5	8.1	69.3	63.0
1970	4.0	5.1	6.7	61.5	65.6
1975	3.8	6.7	4.9	37.9	68.1
1980	3.4	8.9	4.1	19.1	71.4
1981	...	10.0 <u>b/</u>	3.9	18.0	71.8

Fuentes: Luis Asís Beirute, et.al., "El recurso humano médico en Costa Rica entre 1970-1980", San José, 1981; Ministerio de Salud, Memoria 1982, San José, 1983; Juan Jaramillo Antillón, Los problemas de la salud en Costa Rica: políticas y estrategias, San José, 1983; y CELADE, Costa Rica: estimaciones y proyecciones de población, 1950-2025, Santiago, octubre, 1983.

a/ Valores por quinquenios: por ejemplo, 1955-1960 = 60.2, excepto para el año 1981.

b/ 1982.

Cuadro 14

COSTA RICA: DIFERENCIAS EN PENSIONES ANUALES PROMEDIO
ENTRE LOS GRUPOS ASEGURADOS, 1982
(Colones a precios corrientes)

Grupos Asegurados	Pensión promedio (colones)	Razón <u>a/</u>
General (CCSS)	33 485	1.0
Obras públicas y transporte	61 494	1.8
Educación	74 472	2.2
Comunicaciones	87 104	2.6
Judicial	89 433	2.7
Registro	97 864	2.9
Hacienda y Congreso	129 322	3.9

Fuentes: Jorge Montt D., "Pensiones por jubilación en Costa Rica", Heredia, 1982; y entrevistas del autor en San José, julio, 1983, en las distintas instituciones aseguradoras.

a/ Tomando como base a la CCSS (1.0)

Cuadro 15

COSTA RICA: COSTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL, 1960-1980
(Millones de colones a precios corrientes y porcentajes)

Años	PIB	Gasto total del Gobierno Central	Gastos de seguridad Social a/		
			Total	Porcentaje del: PIB	Porcentaje del: Gasto gobierno
1961	2 929	419	56	1.9	13.4
1965	3 928	649	90	2.3	13.9
1970	6 524	1 192	349	5.3	29.3
1975	16 805	3 544	1 104	6.6	31.2
1979	34 584	8 658	2 764	8.0	31.9
1980	41 405	10 436	3 716	9.0	35.6

Fuentes: PIB 1961-1975: Anuario Estadístico de Costa Rica, 1977; 1979-1980: FMI, Estadísticas Financieras Internacionales, febrero, 1983. Gastos del gobierno general 1961-1975: Banco Central de Costa Rica, Cifras de Cuentas Nacionales de Costa Rica: 1957-1977; 1979-1980: IMF, Government Finance Statistics Yearbook 1982. Gastos de seguridad social 1961-1965: OIT, El costo de la seguridad social; 1970-1975: CCSS, Anuario Estadístico, 1970-1976, y Ministerio de Salud, Memoria 1982; y 1979-1980: IMF, op.cit.

a/ Incluye gastos de la CCSS y el Ministerio de Salud, excluye gastos de riesgos profesionales.

Cuadro 16

COSTA RICA: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS EGRESOS
DE LA SEGURIDAD SOCIAL POR PROGRAMA, 1961-1982

Egresos a/	1961	1965	1970	1975	1982 b/
Vejez-invalidez-supervivientes	2.7	4.6	6.6	13.3	22.7
Enfermedad-maternidad	76.7	77.8	78.4	77.4	74.8
Riesgos profesionales	20.6	17.5	15.0	7.3	2.5
<u>Total</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>

Fuente: 1961-1975: OIT, El costo de la seguridad social, 1975-1977; 1982: información de la CCSS, e INS, julio de 1983.

a/ Todo el sistema pero limitado a egresos de beneficios; excluye gastos de administración y otros no especificados.

b/ Distribución de los egresos presupuestados por la CCSS y egresos del INS.

Cuadro 17

COSTA RICA: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION
POR GRUPOS DE EDAD, 1960-2010

Grupos de edad	1960	1970	1980	1990	2000	2010
0-14	47.4	46.1	38.4	36.3	32.5	28.5
15-64	49.6	50.7	58.0	59.6	62.6	65.7
65 y más	3.0	3.2	3.6	4.1	4.9	5.8

Fuente: Basado en datos extraídos de CELADE, Boletín Demográfico, 16:32, julio, 1983.

Cuadro 18

COSTA RICA: VALOR REAL DE LAS PENSIONES ANUALES, 1970-1981 ^{a/}

Años	Pensiones (Millones de colones)	Número de pensionados (miles)	Pensión promedio por habitante (colones)	Indices (1970=100)		
				Pensión nominal	Inflación ^{c/}	Pensión real
1970	8.4	3.8	2 176	100.0	100.0	100.0
1971	13.7	4.8	2 891	132.8	101.9	130.3
1972	22.6	6.2	3 636	167.0	108.9	153.4
1973	34.1	7.8	4 377	201.1	125.5	160.2
1974	53.9	9.2	5 852	268.9	163.3	164.7
1975	65.3	10.5	6 187	284.3	191.7	148.3
1976	91.3	12.5	7 330	336.8	198.4	169.8
1977	124.3	14.8	8 379	385.0	206.7	186.3
1978	149.8	17.2	8 726	401.0	219.1	183.0
1979	204.3	19.9	10 254	471.2	239.3	196.9
1980	272.4	22.8	11 957	549.4	282.5	194.5
1981	430.6	25.8	16 693	767.0	386.8	198.3

Fuentes: Pensiones y número de pensionados: CCSS, Anuario Estadístico, 1979 a 1981. Inflación: CEPAL, Estudio Económico de América Latina, 1973 a 1981.

a/ Pensiones de vejez, invalidez y supervivencia en la CCSS; excluye pensiones de independientes.

b/ Los cálculos de pensiones promedios e índices de pensiones se han hecho tomando la suma total en colones y pensionados.

c/ Variación promedio anual.

Cuadro 19

COSTA RICA: IMPACTO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD EN LA
DISTRIBUCION DEL INGRESO, 1978

Deciles: de menor a mayor ingreso	<u>Distribución porcentual del ingreso familiar</u>		
	Antes del programa de salud	Después del programa de salud	Diferencia
1	0.7	1.3	0.6
2	2.1	2.7	0.6
3	3.4	3.8	0.4
4	4.6	4.9	0.3
5	5.8	5.9	0.1
6	7.2	7.5	0.3
7	9.1	9.1	0
8	12.1	11.9	-0.2
9	17.2	16.4	-0.8
10	37.8	36.5	-1.3

Fuente: Edgar A. Briceño y Eduardo A. Méndez, "Salud pública y distribución del ingreso en Costa Rica", Revista de Ciencias Económicas, 1:2/2:1-2, 1982 pp.49-69.

Cuadro 20

CUBA: APARICION DE LA LEGISLACION DE SEGURIDAD SOCIAL
POR RIESGOS PROTEGIDOS Y GRUPOS CUBIERTOS, 1913-1983

Años <u>a/</u>	Riesgos protegidos	Grupos cubiertos
1913, 1934	VIS	Fuerzas armadas
1915	VIS	Comunicaciones
1916, 1933	RP	Asalariados del sector privado y público
1917, 1927	VIS	Poder judicial
1919	VIS	Empleados públicos, escolar <u>b/</u>
1920, 1936	VIS	Policía
1921, 1923	VIS	Ferroviario, telefónico <u>b/</u>
1927	VIS	Marítimo
1929	VIS	Notarios, registradores de la propiedad, transporte <u>b/</u>
1934, 1937	M	Asalariados del sector privado y público
1935	VIS	Periodistas
1938	VIS	Bancario
1939	VIS	Registradores mercantiles
1943	VIS	Médicos, azucarero <u>b/</u>
1945	VIS	Abogados, textil <u>b/</u>
1946	VIS	Procuradores, artes gráficas, obreros del Estado, barberos y peluqueros, tabacaleros <u>b/</u>
1947	VIS	Farmacéuticos
1948	VIS	Corredores de aduana, elec- tricidad <u>b/</u>
1949	VIS	Dentistas, veterinarios, arquitectos, comercio, harina <u>b/</u>
1950	VIS	Congresistas, gastronómico <u>b/</u>
1951	VIS	Petróleo, radial <u>b/</u>
1952	VIS	Seguros y fianzas, enfermeros <u>b/</u>
1953	VIS	Cerveceros
1954	VIS	Ingenieros civiles, taquígrafos, sector salud, construcción, ganadero <u>b/</u>
1955	VIS	Ingenieros agrónomos, maestros de escuelas privadas, pedagogos, Tribunal de Cuentas, maestros agrícolas <u>b/</u>
1956	VIS	Gobernadores, alcaldes y concejales

(Conclusión)

Cuadro 20

1957	VIS	Choferes
1959	VIS	Unifica instituciones de asalariados del sector Privado
1960-61	VIS	Unifica y regula instituciones del sector público
1962	VIS	Unifica instituciones de profesionales
1963	VIS, PT, E	Unifica todo el sistema de seguridad social; regula y extiende las prestaciones monetarias a todos los asalariados, crea el seguro de enfermedad para toda la población, integra la asistencia social
1964	VIS, PT	Régimen especial para trabajadores independientes
1974	M	Nuevo régimen unificado de maternidad
1976	VIS, PT	Régimen especial para las fuerzas armadas
1977	RP	Regula prevención de riesgos profesionales e higiene laboral
1979	VIS, PT	Nuevo sistema de seguridad social
1983	VIS, PT	Régimen especial para cooperativistas agrícolas

Fuente: Legislación.

Nota: VIS = pensiones de vejez, invalidez y supervivencias; RP = riesgos profesionales; M = maternidad; E = enfermedad; PT = prestaciones temporales.

a/ La primera fecha corresponde a la ley inicial y las subsiguientes a modificaciones.

b/ Establecidos por leyes separadas.

Cuadro 21

CUBA: COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POBLACION, 1958-1981
(Miles y porcentajes)

Años	Población total	PEA	Población asegurada				Porcentaje de cobertura c/ Población PEA total	Tasa de crecimiento promedio anual				Cociente de carga demográfica d/ g/	
			Activos e/	Pasivos	Resto de asegurados en enfermedad b/	Total b/		Población total	PEA	Asegurados	Total		
1958	6 824	2 218	1 388	154	-	290g/	4.2	62.6	...	...	...	...	0.111
1970	8 569	2 633	2 337	363	5 869	8 569	100.0	88.7	1.9	1.4	4.4	32.6	0.155
1979	9 811	3 458	3 100	671 f/	6 040	9 811	100.0	89.6	1.5	3.1	3.2	1.5	0.216
1981	9 724	3 618	3 364	710 f/	5 650	9 724	100.0	93.0	-0.4	2.3	4.2	-0.4	0.211

Fuentes: Población total y PEA: 1958, Mesa-Lago, *The Economy of Socialist Cuba*; 1970, censo de población; 1979, encuesta nacional demográfica; y 1981, censo de población. Activos, 1958, *Social Security in Cuba*, University of Miami, 1963; 1970 a 1981, estimaciones del autor basadas en la legislación y cifras de población censales y de la encuesta de 1979. Pasivos: Mesa-Lago, *op.cit.*, p. 171, y eliminaciones basadas en *Veinticuatro años de revolución en la seguridad social cubana*, La Habana: CETSS, 1983.

a/ Excluye a granjeros privados no integrados en cooperativas, los desempleados y los que trabajan sin remuneración para un familiar.

b/ Cobertura de acuerdo con la ley; no se publican estadísticas de cobertura.

c/ La cobertura de la población total se refiere a enfermedad, maternidad en 1958, y la de la PEA a vejez, invalidez y supervivencia.

d/ Número de pasivos dividido por el número de activos.

e/ Mujeres empleadas y cubiertas por el seguro de maternidad.

f/ La encuesta de 1979 dio 505 054 jubilados y pensionados más los que recibían renta o asistencia económica del Estado; mientras que el censo de 1981 dio 607 700, cifras ambas muy inferiores a las del cuadro. El número de pensionados en 1983 ascendió a 769 800 de acuerdo con CETSS, cifras proporcionadas en marzo de 1984.

Cuadro 22

CUBA: DIFERENCIAS EN PRESTACIONES Y SERVICIOS DE SALUD ENTRE LAS PROVINCIAS, 1982

Provincias	Gastos en prestaciones monetarias por habitante (Pesos)	Médicos por 10 000 habitantes	Camas de hospital y asistencia por 1 000 habitantes
Pinar del Río	66.81	11.8	4.6
La Habana	99.85	14.0	2.6
Ciudad de La Habana	120.48	41.2	11.2
Matanzas	95.47	16.9	5.4
Villa Clara	93.05	11.7	4.2
Cienfuegos	86.09	12.5	4.8
Sancti Spiritus	85.62	10.1	4.5
Ciego de Avila	79.78	11.4	3.5
Camagüey	79.35	13.5	6.3
Las Tunas	65.30	8.9	4.6
Holguín	58.02	8.6	3.9
Granma	50.34	7.2	4.1
Santiago de Cuba	58.74	12.8	5.5
Guantánamo	52.83	8.9	5.1
Isla de la Juventud	47.69	16.4	7.2
<u>Total</u>	<u>82.20</u>	<u>17.3</u>	<u>5.9</u>

Fuente: Estimaciones del autor basadas en datos extraídos del Anuario Estadístico de Cuba, 1982, pp. 127, 465, 472-473.

a/ Incluye prestaciones monetarias, tanto por pensiones como temporales, y asistencia social; excluye prestaciones médico-hospitalarias y gastos administrativos.

Cuadro 23

CUBA: CONTRIBUCIONES LEGALES A LA SEGURIDAD SOCIAL POR PROGRAMA Y FUENTE,
COMO PORCENTAJE DEL SALARIO O INGRESO, 1983

Programas	Asegurados			
	Asalariado <u>a/</u>	Independiente <u>b/</u>	Cooperativista <u>c/</u>	Empleador <u>d/</u>
Prestaciones monetarias <u>e/</u>	-	10	3	10
Prestaciones médico-hospitalarias	-	-	-	-
<u>Total</u>	-	<u>10</u>	<u>3</u>	<u>10</u>

Fuente: Legislación vigente.

- a/ Tanto del sector privado como del estatal y cooperativo.
- b/ Sobre el salario mensual convencional por el que se haya optado. Afiliación voluntaria.
- c/ Miembros de cooperativas agropecuarias; en las cooperativas pesqueras y carboneras que venden al Estado se aplica el mismo sistema de los asalariados. El porcentaje es sobre el anticipo medio diario.
- d/ Tanto estatal como privado; este último paga un 25% por el impuesto sobre ingresos y la contribución de seguridad social. No se especifica cuál es la contribución del Estado-empleador para las fuerzas Armadas y seguridad.
- e/ Prestaciones monetarias por pensiones (vejez, invalidez y supervivencias); pensiones temporales (por enfermedad, maternidad y accidente), y asistencia social, que cubre tanto los riesgos comunes como los profesionales.

Cuadro 24

CUBA: BALANCE DE INGRESOS Y EGRESOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL, 1962-1982

(Millones de pesos a precios corrientes)

	1962	1965	1974	1978	1980	1982
Ingresos <u>a/</u>	322.4	344.5	422.7	459.1	485.1	608.9
Egresos <u>b/</u>	151.9	249.8	553.4	648.0	709.3	809.0
Balance	170.5	94.7	-130.7	-188.9	-224.2	-200.1
Como porcentaje del ingreso	52.9	27.5	-30.9	-41.1	-46.2	-32.9

Fuentes: Ingresos: 1962-65, presupuesto nacional publicado en la Gaceta Oficial; 1974, Cuba: Conversión de los principales indicadores macroeconómicos del sistema de balances de la economía nacional (SBEN) al sistema de cuentas nacionales (SCN) 1974, La Habana, marzo de 1982; 1978 a 1982 estimaciones del autor, 10% del total de salarios, basado en los datos contenidos en el Anuario 1982. Egresos: de las mismas fuentes del cuadro 26, del presente estudio.

a/ Excluye ingresos del sistema de salud.

b/ Gastos de pensiones, prestaciones temporales, excepto de las Fuerzas Armadas y asistencia social; excluye gastos de salud, prevención y rehabilitación de riesgos profesionales y gastos administrativos.

Cuadro 25

CUBA: SERVICIOS Y NIVELES DE SALUD, 1960-1982

Años	Camas de hospital por 1 000 hab.	Médicos por 10 000 hab.	<u>Tasas de mortalidad</u>		Esperanza de vida <u>a/</u>
			General	Infantil	
1960	4.3	8.9	6.1	35.9	64.0
1965	4.6	7.9	6.4	37.8	65.1
1970	5.0	7.2	6.3	38.7	68.5
1975	4.6	10.0	5.4	27.5	70.9
1980	4.6	15.6	5.7	19.6	72.8
1981	4.5	16.7	6.0	18.5	...
1982	4.5	17.3	5.8	17.3	...

Fuentes: Boletín Estadístico de Cuba y Anuario Estadístico de Cuba 1965 a 1982.

Esperanza de vida: CEPAL, Anuario Estadístico de América Latina, 1981.

a/ Valores por quinquenios; por ejemplo, 1955-60 = 64.0. Los dos últimos quinquenios son proyecciones.

Cuadro 26

CUBA: COSTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL, 1958-1980
(Millones de pesos a precios corrientes
y porcentajes)

Años	PIB <u>a/</u>	Gasto total del gobierno central	Gastos de Seguridad Social		
			Total <u>b/</u>	Porcentaje: PIB Gastos gobierno	
1958	2 629	386	157	6.0	40.7
1962	3 722	1 854	241	6.5	13.0
1965	4 875	2 536	406	8.3	16.0
1971	6 384	<u>c/</u>	779	12.2	...
1975	10 173	<u>c/</u>	985	9.7	...
1978	12 200	9 168	1 120	9.2	12.2
1980	14 213	9 531	1 229	8.6	12.9

Fuentes: PIB: 1958, Revista del Banco Nacional de Cuba, 5:5, mayo de 1959, p. 756; 1962-65 estimaciones del autor; 1971-80, Banco Nacional de Cuba, Informe Económico, La Habana, agosto de 1982, p. 30. Gastos del gobierno central: 1958, Grupo Cubano de Investigaciones Económicas, Un estudio sobre Cuba, University of Miami Press, 1963, p. 871; resto: presupuesto del Estado publicado en la Gaceta Oficial y en Granma. Gastos de seguridad social: 1958, Social Security in Cuba, pp. 135, 149; el resto: CETSS. La seguridad social en Cuba, La Habana, agosto 1977, pp. 33, 50, y Veinticuatro años de revolución en la seguridad social cubana, pp. 48-49, Anuario Estadístico de Cuba, 1982, p. 126, y cifras sobre salud de diversas fuentes.

a/ En 1962 y 1965 se estimó de modo grueso el PIB usando el PSG de esos años y la relación PIB/PSG en 1971-1981.

b/ Incluye los gastos de pensiones, prestaciones temporales, salud y asistencia social; en 1958 excluye gastos del sector privado y en el resto excluye los gastos de prevención y rehabilitación de riesgos profesionales, cuotas mortuorias, subsidios en las Fuerzas Armadas y los gastos administrativos.

c/ No se ha publicado el presupuesto estatal de estos años.

Cuadro 27

CUBA: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS EGRESOS
DE LA SEGURIDAD SOCIAL POR PROGRAMA, 1965-1980

Egresos <u>a/</u>	1965	1971	1975	1980
Pensiones <u>b/</u>	51.4	39.9	45.5	44.4
Enfermedad-maternidad <u>c/</u>	38.4	37.7	40.6	42.3
Prestaciones temporales <u>d/</u>	10.2	15.9	7.2	7.9
Asistencia social y otros	...	6.5	6.7	5.3
<u>Total</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>

Fuente: La misma del cuadro 26 del presente estudio.

- a/ Excluye gastos de prevención y rehabilitación por riesgos profesionales, cuotas mortuorias y gastos administrativos.
- b/ Pensiones de vejez, invalidez y supervivencia, incluidas las derivadas de riesgos profesionales.
- c/ Total de gastos del sistema nacional de salud, incluida la medicina preventiva y los gastos administrativos.
- d/ Subsidios por enfermedad, maternidad y accidentes, con excepción de los pagados a los miembros de las Fuerzas Armadas.

Cuadro 28

CUBA: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION
POR GRUPOS DE EDAD, 1960-2010

Grupos de edad	1960	1970	1980	1990	2000	2010
0-14	34.4	37.2	31.3	23.5	24.1	21.5
15-64	60.8	56.9	61.4	68.3	67.0	67.6
65 y más	4.8	5.9	7.3	8.2	8.9	10.9

Fuente: Basado en datos extraídos de CELADE, Boletín Demográfico, julio de 1983.

Cuadro 29

CUBA: VALOR REAL DE LAS PENSIONES ANUALES, 1962-1981 a/

Años	Pensiones (Millones de pesos)	Número de pensionados (Miles de pesos)	Pensión promedio por habitante (Pesos)	Indices (1970 = 100)		
				Pensión nominal	Inflación	Pensión real
1962	152	213	713	90.2	79.2	114.0
1965	208	298	699	88.4	93.4	94.6
1970	286	363	790	100.0	100.0	100.0
1971	311	394	790	100.0	106.1	94.3
1972	344	432	796	100.7	112.5	89.5
1973	383	470	816	103.2	119.4	86.4
1974	417	507	823	104.1	126.6	82.3
1975	448	544	824	104.3	134.3	77.7
1976	473	581	814	103.1	135.1	76.3
1977	492	629	781	98.8	134.3	73.7
1978	508	652	778	98.5	139.3	70.7
1979	523	671 b/	779	98.6	140.1	70.4
1980	542	690	785	99.4	141.1	70.4
1981	553	710 b/	779	98.6	156.4	63.0

Fuentes: Pensiones y número de pensionados: CETSS, La seguridad social en Cuba, pp. 33, 50, y Veinticuatro años de revolución en la seguridad social cubana, pp. 48-49, 66; y Anuario Estadístico de Cuba, 1982, p. 126. Índice de inflación basado en datos extraídos de, Mesa-Lago, "Cuba's Centrally Planned Economy: An Equity Tradeoff for Growth", Vanderbilt University, 1983.

a/ Pensiones de vejez, invalidez y supervivencia.

b/ Interpolaciones del autor.

Cuadro 30

CHILE: APARICION DE LA LEGISLACION DE SEGURIDAD SOCIAL POR RIESGOS PROTEGIDOS Y GRUPOS CUBIERTOS, 1955-1983

Años <u>a/</u>	Riesgos protegidos	Grupos cubiertos
1855, 1915	VIS, E	Fuerzas Armadas
1888	VIS	Empleados públicos
1911, 1916-18	VIS	Ferrocarriles
1916, 1924	RP	Obreros
1924, 1952	VIS, EM	Obreros
1924, 1937	VIS	Empleados privados
1925	VIS	Empleados públicos, periodistas
1925, 1937, 1952	VIS	Marina Mercante (dos grupos)
1925 - 27	VIS	Policía
1936, 1941	VIS	Varios grupos en hipódromos
1937	AF, D	Empleados privados
1940	D	Ferrocarriles
1943, 1952	D, VIS	Municipalidades
1946	VIS, RP, EM	Bancos
1952	AF	Empleados públicos, Fuerzas Armadas, policía
1952	EM	Indigentes
1953	AF, D	Obreros
1953, 1968	EM	Empleados públicos y privados, Marina Mercante, Municipalidades
1954	E, RP	Policía
1954	D	Fuerzas Armadas
1957	VIS	Banco del Estado
1968	RP	Todos (menos Fuerzas Armadas)
1968	VIS, RP, E	Fuerzas Armadas
1972	VIS, E	Pequeños comerciantes, artesanos y otros trabajadores independientes
1974-79	VIS, EM, AF, D	Varias medidas de unificación y/o uniformidad total o parcial del sistema antiguo
1981	VIS, EM	Introducción del sistema nuevo (AFPs, ISAPRES) que privatizan estos programas

Fuentes: Mesa-Lago, Social Security in Latin America y Legislación posterior.

NOTA: VIS = Pensiones de vejez, invalidez y supervivencia;
 E = Enfermedad;
 M = Maternidad; RP = Riesgos profesionales;
 D = Desempleo
 AF = Asignaciones familiares.

a/ La primera fecha corresponde a la ley inicial y las fechas subsiguientes a modificaciones y ampliaciones.

Cuadro 31

CHILE: COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POBLACION, 1960-1980
(Miles y porcentajes)

Años	Población total	PEA	Población asegurada			Total	Porcentaje de cobertura <u>b/</u>	
			Activos	Pasivos	Dependientes <u>a/</u>		Población Total	PEA
1960	7 585	2 389	1 691	269	2 590	4 550	60.0	70.8
1965	8 510	2 660 <u>d/</u>	1 964	441	3 064	5 469	64.3	73.8
1970	9 368	2 932	2 217	614	3 523	6 354	67.8	75.6
1973	9 861	3 156 <u>d/</u>	2 404	713	3 911	7 028	71.2	75.9
1975	10 196	3 322	2 425	810	4 025	7 260	71.2	73.0
1980	11 104	3 788	2 337 <u>e/</u>	1 071	4 070	7 478	67.3	61.7

Años	Tasas de crecimiento promedio anual				Cociente de carga demográfica c/
	Población total	PEA	Activos	Total asegurados	
1960	...	...	...	...	0.159
1965	2.3	2.2	3.0	3.7	0.225
1970	1.9	2.0	2.5	3.0	0.277
1973	1.7	2.6	2.7	3.4	0.297
1975	1.7	2.6	0.4	1.6	0.334
1980	1.7	2.6	-0.7	0.6	0.458

Fuentes: Población total: CELADE, Boletín Demográfico, 16:32, julio de 1983. PEA: 1960 del censo; y 1970, 1975 y 1980 CELADE, Boletín Demográfico, 15:29, enero de 1982. Población asegurada: Superintendencia de Seguridad Social (SSS), Seguridad Social: Estadísticas 1965 a 1980, e Instituto Nacional de Estadísticas, Compendio Estadístico 1982.

- a/ Sobre la base del número de cargas familiares o estimaciones basadas en la tendencia de la razón, entre 1.53 en 1960 y 1.74 en 1980, dependientes por asegurado activo.
- b/ La cobertura de la población total se refiere a enfermedad y la de la PEA a vejez, invalidez y supervivencia.
- c/ Número de pasivos dividido por el número de activos.
- d/ Interpolaciones del autor.
- e/ Ajustado, añadiendo los asegurados en Fuerzas Armadas y Carabineros en 1979 al resto de los asegurados en 1980.

Cuadro 32

CHILE: GRADO DE COBERTURA DE LA PEA POR REGIONES, 1980
(Miles y porcentajes)

Regiones	PEA	Asegurados activos <u>a/</u>	Porcentaje de cobertura
Metropolitana (Santiago)	1 491.9	915.1	61.3
I Tarapacá	80.6	73.3	90.9
II Antofagasta	96.6	86.2	89.2
III Atacama	59.5	42.5	71.4
IV Coquimbo	114.9	72.2	62.8
V Valparaíso	386.9	217.8	56.3
VI B. O'Higgins	179.7	125.5	69.8
VII Maule	223.3	133.2	59.6
VIII Bío-Bío	454.1	286.9	63.2
IX La Araucanía	208.7	82.0	39.3
X Los Lagos	270.7	136.5	50.4
XI Aysén	23.9	13.7	57.3
XII Magallanes- Antártica	44.0	41.8	95.0
<u>Total</u>	<u>3 635.5</u>	<u>2 226.9</u>	<u>61.2</u>

Fuentes: PEA, Compendio Estadístico 1982. Asegurados, Seguridad Social: Estadísticas, 1980.

a/ Excluye las Fuerzas Armadas y Carabineros que se concentran principalmente en la región metropolitana.

Cuadro 33

CHILE: GRADO DE COBERTURA DE LA PEA POR RAMA DE ACTIVIDAD ECONOMICA, 1970 y 1980
(Miles y porcentajes)

Ramas	1970			1980		
	PEA	Asegurados activos <u>a/</u>	Porcentaje de cobertura	PEA <u>b/</u>	Asegurados activos <u>a/</u>	Porcentaje de cobertura
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	570.2	476.0	83.5	529.7	310.5	58.6
Minas y canteras	81.2	100.1	123.3	71.8	116.3	162.0
Industria manufacturera	446.5	456.7	102.3	524.1	471.1	89.9
Construcción	175.2	149.6	85.4	151.4	160.2	105.8
Electricidad, gas y agua	20.0	28.1	140.5	24.5	26.8	109.4
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	165.6	121.1	73.1	211.1	149.8	71.0
Comercio, restaurantes y hoteles	302.0	217.4	72.0	589.4	299.7	50.8
Servicios financieros, de seguros, etc.	45.1	571.2	78.0	101.0	528.9	46.0
Servicios comunales, sociales, personales y otros	687.2			1 046.8		
No especificadas	240.5	97.1	40.6	6.5	163.5	c/
TOTAL	2 733.5	2 217.3	64.0	3 256.3	2 226.9	68.4

Fuentes: PEA, Instituto Nacional de Estadísticas, Chile: Series Estadísticas, 1981 y Compendio Estadístico 1982. Asegurados, Seguridad Social: Estadísticas 1971/72 y 1980.

a/ La distribución original es de las dos cajas principales (SSS y EMPART), a la misma se añadió tentativamente los asegurados en otras cajas. b/ PEA ocupada. c/ El gran número de asegurados en "otras actividades" distorsiona la distribución.

Cuadro 34

CHILE: CONTRIBUCIONES LEGALES A LA SEGURIDAD SOCIAL POR PROGRAMA Y FUENTE,
COMO PORCENTAJE DEL SALARIO O INGRESO, 1984

Programas	Sistema antiguo					Sistema nuevo		
	Asegurados					Asegurado	Empleador	Estado
	Obreros	Empleados particulares	Empleados públicos	Empleador	Estado a/			
Pensiones	18.89	19.94	18.81	-	Subsidio	10.00 b/ 3.70 c/	-	Bono de reconocimiento d/
Enfermedad-maternidad	5.74	6.55	5.59	-	Subsidio	6.00	-	-
Riesgos profesionales	-	-	-	0.85 e/	-	-	0.85	-
Desempleo	-	-	-	f/	Todo	-	f/	Todo
Asignaciones familiares	-	-	-	f/	Todo	-	f/	Todo
Otras g/	0.21	1.35	5.51	-	Subsidio	-	-	-
<u>Total</u>	<u>24.84</u>	<u>27.84</u>	<u>29.91</u>	<u>0.85</u>		<u>19.70</u>	<u>0.85</u>	

Fuentes: Legislación e información de las Superintendencias de Seguridad Social y AFP, junio, 1984.

a/ Cubre déficit de las instituciones de salud y financia atención de salud y pensiones asistenciales.

b/ Cotización para pensión de vejez. c/ Promedio de cotización para pensiones de invalidez y supervivencia que fluctuaba de 3.5 a 3.9%. d/ Reconocimiento de las contribuciones acumuladas en el sistema antiguo.

e/ No se paga en empleados públicos pues el Estado asume la responsabilidad. La prima de 0.85% es la básica y se paga una adicional, según el riesgo, hasta un máximo de 3.4%.

f/ Al suprimirse la cotización del empleador, se fijó un impuesto de 3% que luego se redujo al 2%, el cual se prevé que desaparecerá en 1986, si bien su importe irá al fisco, no a las instituciones de seguridad social. g/ Cuota mortuoria e indemnización por retiro o despido (desahucio) este último no rige para los obreros.

Cuadro 35

CHILE: BALANCE DE INGRESOS Y EGRESOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL
 POR PROGRAMA, 1968-1980
 (Millones de escudos 1968-1970 y de pesos 1975-1980, a precios
 corrientes)

	1968	1970	1975	1978	1980
<u>Pensiones</u>					
Ingresos	3 592	8 396	2 533	33 931	79 313
Egresos	3 120	6 862	2 034	24 874	62 842
Balance	472	1 534	499	9 057	16 471
<u>Enfermedad- maternidad</u>					
Ingresos	852	2 606	1 040	13 884	33 989
Egresos	960	2 588	948	13 184	25 736
Balance	-108	18	92	700	8 253
<u>Riesgos profesionales</u>					
Ingresos	146	409	134	1 510	3 850
Egresos	132	297	87	1 279	3 165
Balance	14	112	47	231	685
<u>Asignaciones familiares</u>					
Ingresos	1 970	4 769	2 140	10 031	14 564
Egresos	1 872	4 545	1 816	10 562	17 166
Balance	98	224	324	-531	-2 602
<u>Desempleo (cesantía)</u>					
Ingresos	48	131	59	1 142	3 139
Egresos	36	64	40	1 147	2 731
Balance	12	67	19	-5	408
<u>Total a/</u>					
Ingresos	7 294	17 019	6 194	63 727	143 238
Egresos	6 746	14 968	5 165	53 727	118 834
Balance	548	2 051	1 029	10 000	24 404
Como porcentaje del ingreso	7.5	12.0	16.6	15.7	17.0

Fuente: Seguridad Social: Estadísticas 1966, 1970, 1971-72, 1975-76, 1977-79 y 1980.

a/ Incluye otras prestaciones no especificadas arriba: indemnizaciones por despido, devolución de contribuciones, seguros de vida, cuotas mortuorias, etc.

Cuadro 36

CHILE: SERVICIOS Y NIVELES DE SALUD, 1960-1981

Años	Camas de hospital por 1 000 hab.	Médicos por 10 000 hab.	Tasas de mortalidad		Esperanza de vida <u>a/</u>
			General	Infantil	
1960	4.0	7.3	12.3	120.3	56.2
1965	4.2	7.1	10.8	97.3	58.0
1970	3.8	7.5	8.9	82.2	60.6
1975	3.8	8.3	7.3	57.6	63.8
1980	3.4	9.4	6.7	33.0	67.6
1981	3.3	9.7	6.2	27.0	68.0

Fuentes: Banco Central de Chile, Indicadores económicos y sociales 1960-1982; Instituto Nacional de Estadística, Compendio Estadístico 1981 y 1983, y Demografía 1981; CEPAL, Anuario Estadístico de América Latina, 1981; y CELADE, Boletín Demográfico, 17:33, enero de 1984 y proyecciones 1980-1985.

a/ Valores por quinquenio; ejemplo 1955-1960 = 56.2 excepto la cifra de 1981, que es una estimación basada en la proyección de 1980-1985.

Cuadro 37

CHILE: DIFERENCIAS EN PENSIONES MENSUALES PROMEDIO
ENTRE LOS GRUPOS ASEGURADOS, 1972 y 1980

(Escudos y pesos a precios corrientes) a/

Grupos asegurados	1972		1980	
	Pensión promedio	Razón	Pensión promedio	Razón
	<u>b/</u>	<u>c/</u>	<u>b/</u>	<u>c/</u>
<u>Promedio general</u>	<u>22 328</u>	<u>2.0</u>	<u>54 266</u>	<u>2.0</u>
Obreros (SSS)	11 705	1.0	27 701	1.0
Empleados privados (EMPART)	18 753	1.6	46 184	1.7
Empleados públicos (CANAEMPU)	40 926	3.5	89 077	3.2
Banca <u>d/</u>	57 418	4.9	157 014	5.7
Policía (Carabineros)	69 843	6.0	190 863	6.9
Fuerzas Armadas	79 873	6.8	221 259	8.0

Fuente: Cálculo del autor sobre la base de datos extraídos de Seguridad Social: Estadísticas 1971/72 y 1980.

a/ En 1975 se cambió el sistema monetario: 1 000 escudos = 1 peso.

b/ Promedio aritmético de todas las pensiones existentes.

c/ Tomando como base al SSS (1.0).

d/ Promedio ponderado de las cuatro cajas bancarias.

Cuadro 38

CHILE: COSTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL, 1963-1980
(Millones de pesos a precios corrientes
y porcentajes a/)

Años	PIB	Gasto total del gobierno central	<u>Gastos de seguridad social</u>		
			Total	Porcentaje del:	
				PIB	Gastos gobierno
1963	9	2	1	10.0	50.0
1965	19	4	2	12.1	53.5
1971	129	38	22	17.2	59.0
1973	1 246	326	119	9.6	36.5
1975	42 091	12 465	3 900	9.3	31.3
1980	1 075 269	367 104	118 833	11.0	32.4

Fuentes: PIB 1963-77: OIT, El costo de la seguridad social 1972-74 y 1975-77; 1978-80: Banco Central de Chile, Indicadores económicos y sociales 1960-1982. Gastos del gobierno central 1963-72: Indicadores económicos y sociales 1960-1982; 1973-1980: IMF, Government Finance Statistics Yearbook, 1982; Gastos de seguridad social 1963-77: El costo de la seguridad social; 1978-80: SSS, Seguridad social: Estadísticas 1977-79 y 1980.

a/ Las cifras en 1963-73 fueron convertidas de escudos a pesos (1 peso = 1 000 escudos).

Cuadro 39

CHILE: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS EGRESOS
DE LA SEGURIDAD SOCIAL POR PROGRAMA,
1965-1980

Egresos <u>a/</u>	1965	1968	1970	1975	1978	1980
Pensiones	44.4	44.4	43.7	48.1	46.3	52.8
Enfermedad- maternidad	14.2	15.1	13.7	16.9	24.5	21.7
Riesgos profesionales	...	1.5	1.1	1.4	2.4	2.7
Asignaciones familiares	29.5	28.3	30.8	25.3	19.7	14.5
Desempleo	0.7	0.7	0.6	1.0	2.1	2.3
Otras <u>b/</u>	11.2	10.0	10.1	7.2	5.0	6.0
<u>Total</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>

Fuente: SSS, Costo de la Seguridad Social Chilena, año 1980,
Santiago, 1982.

a/ Excluye ciertos gastos de salud, por ejemplo, prevención, gastos de administración y excedentes a reserva. La distribución de este cuadro no corresponde a las cifras del cuadro 35 del presente estudio, excepto en 1978 y 1980.

b/ Indemnización por despido, devolución de contribuciones, seguros de vida, cuotas mortuorias, etc.

Cuadro 40

CHILE: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION POR
GRUPOS DE EDAD, 1960-2010

Grupos de edad	1960	1970	1980	1990	2000	2010
0 - 14	39.2	38.1	32.5	30.6	28.0	25.4
15 - 64	56.5	57.1	62.0	63.5	65.3	66.6
65 y más	4.3	4.8	5.5	5.9	6.7	8.0

Fuente: Basado en datos extraídos de CELADE, Boletín Demográfico, julio de 1983.

Cuadro 41

CHILE: VALOR REAL DE LAS PENSIONES ANUALES, 1964-1980 a/

Años	Pensiones (millones de pesos)	Número de pensionados (miles)	Pensión promedio por habi- tante (pesos)	Indices (1970=100)		
				Pensión nominal	Inflación b/	Pensión real
1964	0.5	380	1.4	16	24	66.7
1965	0.8	436	1.9	23	31	74.2
1966	1.2	484	2.5	30	38	78.9
1967	1.6	514	3.2	39	45	86.7
1968	2.3	545	4.2	51	51	89.5
1969	3.1	591	5.3	64	74	86.5
1970	5.1	614	8.3	100	100	100.0
1971	9.3	643	14.5	175	127	138.0
1972	15.4	689	23.3	281	264	106.6
1973	51.0	713	71.6	864	1 428	60.5
1974	345.0	750	459.3	5 537	8 535	64.8
1975	1 526.0	810	1 885.0	22 725	40 899	55.5
1976	5 816.0	862	6 747.6	81 345	136 111	59.8
1977	14 459.0	916	15 791.7	190 376	291 006	65.4
1978	24 085.0	975	24 690.9	297 659	436 509	68.2
1979	38 962.0	1 023	38 094.3	459 244	595 398	77.1
1980	58 100.0	1 070	54 265.6	654 197	794 261	82.4

Fuentes: Pensiones y número de pensionados: Seguridad Social: Estadísticas 1967-69 a 1980; Inflación: Estudio Económico de América Latina, 1966, 1969 y 1980.

- a/ Las cifras anteriores a 1975 se han convertido de escudos a pesos, 1 000 escudos= 1 peso; incluye todas las pensiones incluso las asistenciales.
- b/ Variación anual promedio en 1964-70; cifras corregidas en 1971-80.

Cuadro 42

MEXICO: APARICION DE LA LEGISLACION DE SEGURIDAD SOCIAL
 POR RIESGOS PROTEGIDOS Y GRUPOS CUBIERTOS, 1925-1983

Años a/	Riesgos protegidos	Grupos cubiertos
1925, 1959, 1983	VIS, EM, RP	Empleados públicos federales Empleados públicos federales
1926, 1946	VIS, RP	Fuerzas Armadas
1928	VIS, EM, RP	Maestros públicos
1931	RP	Empleados privados y obreros
1935, 1966-1970	VIS, RP	Petróleo
1936-38, 1948, 1966-70	VIS, EM, RP	Ferrocarriles
1941, 1966-70	VIS, EM, RP	Electricidad
1943	VIS, EM, RP	Empleados privados y obreros b/
1954-1955	Ibid	Trabajadores rurales permanentes, ejidatarios, miembros de cooperativas, pequeños granjeros
1960	Ibid	Trabajadores rurales estacionales y urbanos temporales
1963	Ibid	Trabajadores azucareros
1970	Ibid	Todos los trabajadores en relación de dependencia
1971-1973	Ibid	Trabajadores del henequén y tabaco
1973	Ibid	Servicio doméstico, b/ trabajadores independientes, empleadores b/
1974	Ibid	Trabajadores del café y la palma
1962, 1973	Guarderías	Todos bajos el IMSS
1973-1974	EM	Grupos marginados (solidaridad social)
1979-1983	EM	Población rural (IMSS-COPLAMAR)

Fuentes: Mesa-Lago, Social Security in Latin America y legislación posterior.

Notas: VIS = pensiones de vejez, invalidez y supervivencia; EM = enfermedad-maternidad; RP = riesgos profesionales.

a/ La primera fecha corresponde a la ley inicial y las fechas subsiguientes a modificaciones y ampliaciones.

b/ Se pospone la fecha de incorporación.

Cuadro 43

MEXICO: COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POBLACION, 1960-1983
 (Miles y porcentajes)

Años	Población total	Asegurados a/						
		Activos	Pasivos	Dependien- tes	Rurales (COPLAMAR) ^{b/}	Total		
						Sin COPLAMAR	Con COPLAMAR	
1960	37 073	9 721	1 521	72	2 969	-	4 562	-
1965	43 500	11 564	2 706	148	5 953	-	8 807	-
1970	51 176	13 679	3 845	287	8 201	-	12 333	-
1975	60 153	16 332	5 681	417	15 329	-	21 427	-
1980	69 393	19 423	8 158	634	22 028	6 236	30 820	37 050
1981	71 284	20 109	9 036	686	24 350	8 614	34 072	42 686
1982	73 188	20 807	8 912	752	24 079	9 653	33 743	43 396
1983	75 107	21 511	8 977	799	24 248	10 782	34 024	44 806

Cuadro 43 (Conclusión)

Años	Porcentaje de cobertura c/			Tasas de crecimiento promedio anual				Cociente de carga demográfica d/
	Población total		PEA	Población total	PEA	Asegurados		
	Sin COPLAMAR	Con COPLAMAR				Activos	Total (sin COPLAMAR)	
1960	12.3	-	15.6	...	...	...	...	0.047
1965	20.2	-	23.4	3.2	3.5	12.2	14.1	0.055
1970	24.1	-	28.1	3.3	3.4	7.3	7.0	0.075
1975	35.6	-	34.8	3.3	3.6	8.1	11.7	0.073
1980	44.4	53.4	42.0	2.9	3.5	7.5	7.5	0.078
1981	47.8	59.9	44.9	2.7	3.5	10.8	10.5	0.076
1982	46.1	59.2	42.8	2.7	3.5	-1.4	-1.0	0.084
1983	45.3	59.7	41.7	2.6	3.4	0.7	0.8	0.089

Fuentes: Población total y PEA: CELADE, Boletín Demográfico, julio de 1983 y México: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2000, septiembre de 1982. Población asegurada: Mesa-Lago, Social Security in Latin America; IMSS, Memoria Estadística 1981 e Informe mensual de la población derecho/habiente, diciembre 1983; ISSSTE, Anuario Estadístico 1970 a 1982; SPP, Manual de estadísticas básicas sociodemográficas: Salud y seguridad social 1978; y Agenda Estadística 1971 a 1983 e IMSS, "Ambito geográfico del Programa IMSS-COPLAMAR", 4 de noviembre de 1983.

a/ Incluye IMSS, ISSSTE y cifras oficiales o estimaciones de PEMEX, Ferrocarriles, Electricidad y Secretarías de Defensa y Marina.

b/ Estimaciones ajustadas de la cobertura de salud de la población rural por IMSS-COPLAMAR.

c/ La cobertura de la población total se refiere a salud y la de la PEA a vejez, invalidez y supervivencia.

d/ Número de pasivos dividido por el número de activos.

Cuadro 44

MEXICO: GRADO DE COBERTURA DE LA POBLACION TOTAL Y LA PEA
POR ESTADOS, 1980

(Miles y porcentajes)

Estados	Población total	Total asegurados a/	Porcentaje de cobertura
Distrito Federal	9 640	9 682	100.4
Aguas Calientes	521	261	50.1
Baja California	1 262	743	58.9
Baja California Sur	228	141	61.8
Campeche	382	162	42.4
Coahuila	1 607	1 143	71.1
Colima	350	180	51.4
Chiapas	2 158	429	19.9
Chihuahua	1 991	974	48.9
Durango	1 193	510	42.7
Guanajuato	3 135	962	30.7
Guerrero	2 236	523	23.4
Hidalgo	1 559	372	23.9
Jalisco	4 419	1 837	41.6
México b/	7 768	420	5.4
Michoacán	3 137	621	19.8
Morelos	960	394	41.0
Nayarit	750	287	38.2
Nueva León	2 536	1 872	73.8
Oaxaca	2 586	444	17.2
Puebla	3 378	947	28.0
Querétaro	753	373	49.5
Quintana Roo	217	142	65.4
San Luis Potosí	1 719	499	29.0
Sinaloa	1 938	916	47.3
Sonora	1 541	1 027	66.6
Tabasco	1 183	418	35.3
Tamaulipas	1 978	1 020	51.6
Tlaxcala	564	39	6.9
Veracruz	5 415	2 107	38.9
Yucatán	1 063	576	54.2
Zacatecas	1 178	214	18.2
<u>Total</u>	<u>69 347</u>	<u>30 243 c/</u>	<u>43.6</u>

Fuentes: Población total y asegurados: SPP, Instituto Nacional de Estadística e Informática, Información estadística: sector salud y seguridad social, México, D.F., 1984.

a/ Comprende IMSS, incluye IMSS-COPLAMAR, ISSSTE, PEMEX y Fuerzas Armadas

b/ Excluye el Distrito Federal

c/ Incluye 5 460 asegurados en el extranjero.

Cuadro 45

MEXICO: GRADO DE COBERTURA DE LA PEA POR RAMA DE ACTIVIDAD ECONOMICA, 1970 Y 1980

Ramas	PEA	1970		PEA	1980	
		Asegurados activos <u>a/</u>	Porcentaje cobertura		Asegurados activos <u>a/</u>	Porcentaje cobertura
Agricultura, ganadería, silvicultura, caza y pesca	5 103	74 <u>b/</u>	1.4	6 384	364 <u>b/</u>	5.7
Minas y canteras	95	7	7.4	150	32	21.3
Industrias manufactureras	2 169	1 267	58.4	3 691	2 066	56.0
Construcción	571	48	8.4	997	49	4.9
Electricidad, petróleo, gas y agua	138	132 <u>c/</u>	95.6	349	335 <u>c/</u>	96.0
Transporte, almacenaje y comunicación	369	250 <u>d/</u>	67.7	698	316	45.2
Comercio	1 197	529	44.2	1 995	752	37.7
Servicios	2 158	339	15.7	3 791	1 416	37.3
Gobierno	407	421 <u>e/</u>	103.4	998	1 435 <u>e/</u>	143.8
No especificado	747	0	0	898	164	18.2
<u>Total</u>	<u>12 955</u>	<u>3 066 <u>f/</u></u>	<u>23.7</u>	<u>19 951</u>	<u>6 840 <u>f/</u></u>	<u>34.2</u>

Fuentes: 1970: Mesa-Lago, Social Security in Latin America; 1980: PEA de X Censo de Población y Vivienda; 1980: datos preliminares; asegurados de IMSS, Memoria Estadística 1981, ISSSTE, Anuario Estadístico 1981 y SPP, Agenda Estadística 1983.

- a/ Población asegurada permanente en el IMSS; excluye a los trabajadores eventuales, temporales y por cuenta propia, más los asegurados en otros fondos según se especifica. Las cifras de 1970 corresponden a 1969.
- b/ Si en 1970 se incluyen los ejidatarios, pequeños granjeros y otros trabajadores agrícolas la población asegurada aumenta a 336 000 (6.6%). Si en 1980 se incluye a IMSS-COPLAMAR, la población activa asegurada en salud debe aumentar significativamente.
- c/ Incluye asegurados en PEMEX y Electricidad; en 1980 se ajustó para incluir una estimación de asegurados de minas y canteras que trabajan en la extracción de petróleo y gas.
- d/ Incluye asegurados en Ferrocarriles.
- e/ Incluye ISSSTE, parte de cuyos asegurados corresponden a servicios.
- f/ Excluye Fuerzas Armadas y otros grupos pequeños, e IMSS-COPLAMAR en 1980.

Cuadro 46

MEXICO: CONTRIBUCIONES LEGALES A LA SEGURIDAD SOCIAL, IMSS E ISSSTE,
POR PROGRAMA Y FUENTE COMO PORCENTAJE DEL SALARIO E INGRESO, 1983

Programas	IMSS					ISSSTE		
	Asegurados		Empleador	Estado a/	Total b/	Asegurados	Estado c/	Total
Asalariado	Independiente							
Pensiones	1.5	5.25	3.75	0.75	6.0	6.0 f/	6.0 d/	12.0
Enfermedad-maternidad	2.25	7.875	5.625	1.125	9.0	2.0	6.0	8.0
Riesgos profesionales	-	-	2.04 e/	-	2.04	-	0.75	0.75
Otros	-	-	1.0 e/	-	1.0	-	5.0 g/	5.0
<u>Total</u>	<u>3.75</u>	<u>13.125</u>	<u>12.415</u>	<u>1.875</u>	<u>18.04</u>	<u>8.0</u>	<u>17.75</u>	<u>27.75</u>

Fuente: Legislación vigente.

a/ No se refiere al Estado como empleador sino a su contribución tripartita

b/ Excluye la contribución del asegurado independiente

c/ Estado como empleador

d/ Parte de la cotización se dedica a prestaciones sociales

e/ Prima promedio; la prima fluctúa entre 0.263 y 6.533 de acuerdo con el riesgo

f/ Guarderías infantiles

g/ Contribución para programas de viviendas.

Cuadro 47

MEXICO: BALANCE DE INGRESOS Y EGRESOS DEL IMSS MAS EL ISSSTE
POR PROGRAMA, 1972-1981

(Millones de pesos a precios corrientes)

Programas	1972	1975	1978	1981
<u>Pensiones</u>				
Ingresos	7 103	16 126	33 934	87 468
Egresos	2 925	6 403	12 390	32 239
Balance	4 178	9 723	21 544	55 229
<u>Enfermedad- maternidad</u>				
Ingresos	7 656	16 436	34 227	89 696
Egresos	8 911	18 853	41 314	98 864
Balance	-1 255	-2 417	-7 087	-9 168
<u>Riesgos profesionales</u>				
Ingresos	1 481	3 067	6 303	19 550
Egresos	1 178	2 697	6 000	15 584
Balance	303	370	303	3 966
<u>Guarderías</u>				
Ingresos	-	850	2 587	6 777
Egresos	-	222	661	2 397
Balance	-	628	1 926	4 380
<u>Total</u>				
Ingresos	16 240	36 479	77 051	203 501
Egresos a/	14 560	32 536	71 224	168 389
Balance	1 680	3 943	5 827	35 112
Como porcentaje del ingreso	10.3	10.8	7.6	17.2

Fuentes: IMSS, Memoria Estadística 1981; ISSSTE, Subdirección de Actuaría y Estadística, marzo de 1984.

a/ Incluye otros egresos del ISSSTE como préstamos, tiendas y almacenes, vivienda, cuota mortuoria y otros servicios.

Cuadro 48
MEXICO: SERVICIOS Y NIVELES DE SALUD, 1960-1980

	Camas hospital por 1 000 hab.	Médicos por 10 000 hab.	Tasas de mortalidad		Esperanza de vida <u>a/</u>
			General	Infantil	
1960	1.7	5.6	11.5	74.2	56.3
1965	2.0	5.2	9.8	61.0	59.2
1970	1.4	6.8	10.1	68.5	60.8
1975	1.3 <u>b/</u>	7.8 <u>b/</u>	7.2	49.0	62.7
1980	1.2	9.3	6.4	38.8	64.4

Fuentes: Dirección General de Estadísticas, Compendio Estadístico 1960 a 1976; SPP, Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1977 a 1981; SPP, Agenda Estadística 1983; y CEPAL, Anuario Estadístico 1981.

a/ Valores por quinquenios, por ejemplo, 1955-1960 = 56.3. Los dos últimos quinquenios son proyecciones.

b/ 1974.

Cuadro 49

MEXICO: DIFERENCIAS EN PENSIONES Y SERVICIOS MEDICOS ENTRE LOS GRUPOS
ASEGURADOS, 1971 Y 1980

Grupos asegurados	Pensión promedio <u>a/</u>	Camas de hospital por 1 000 asegurados	Médicos por 10 000 asegurados	Pensión promedio <u>a/</u>	Camas de hospital por 1 000 asegurados	Médicos por 10 000 asegurados
General (IMSS)	1.0	1.8	12.3	1.0	1.2	11.8
Gobierno Federal (ISSSTE) <u>b/</u>	6.4	1.9	27.1	3.8	1.3	15.9
Petróleo	...	1.9 <u>c/</u>	17.6 <u>c/</u>	...	1.4	24.9
Ferrocarriles	6.4	4.2	14.8	...	3.2	14.8
Fuerzas Armadas <u>d/</u>	5.5	3.6	17.7	...	4.1	23.8
No asegurados <u>e/</u>	-	1.2	4.4	-	1.1	6.7

Fuente: Cálculos del autor sobre la base de datos extraídos del Anuario Estadístico Compendiado 1970 y 1972; SPP, Agenda Estadística 1983; IMSS, Memoria Estadística 1981 e ISSSTE, Anuario Estadístico 1981.

a/ Tomando como base al IMSS (1.0)

b/ Incluye sólo los servicios directos del ISSSTE y no los contratados con otras instituciones

c/ 1970

d/ Secretarías de Defensa y Marina

e/ Servicios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Departamento del Distrito Federal, instituciones particulares y otras.

Cuadro 50

MEXICO: COSTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL, 1961-1980
(Miles de millones de pesos a precios corrientes y porcentajes)

Años	PIB	Gasto total del gobierno central	Gastos de seguridad social		
			Total	Porcentaje del:	
				PIB	Gastos gobierno
1961	163.8	20.4 a/	3.2	2.0	15.7
1965	252.0	36.7 a/	6.5	2.6	17.7
1970	418.7	52.7 a/	12.7	3.0	24.1
1975	998.3	161.6	46.7	4.7	28.9
1980	4 276.5	750.2	137.6	3.2	18.2

Fuentes: 1961 a 1970: Carmelo Mesa-Lago, Social Security in Latin America; OIT, El costo de la seguridad social: novena encuesta internacional 1972-1974; y Dirección General de Estadística de México, Anuario estadístico compendiado 1962 a 1972. 1975: IMF, Government Finance Statistics Yearbook 1982; SSP, Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1977 a 1981; y SSP, Agenda Estadística 1982 y 1983.

a/ Según el presupuesto del gobierno federal, excluidos los gastos de organismos descentralizados y empresas estatales.

b/ Incluye IMSS, ISSSTE y gastos de salud del gobierno central.

Cuadro 51

MEXICO: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS EGRESOS DE
DE SEGURIDAD SOCIAL POR PROGRAMA, 1965-1981 a/

Egresos	1965	1970	1974	1981 <u>b/</u>
Pensiones	16.7	19.1	19.1	20.9
Enfermedad- maternidad	73.3	71.8	70.9	64.9
Riestos profesionales	10.0	9.1	10.0	12.8 <u>c/</u>
Guarderías	...	...	...	1.4
<u>Total</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>

Fuentes: 1965-1974: OIT, El costo de la seguridad social 1971-1974; 1981: IMSS, Memoria Estadística 1981.

a/ Prestaciones en 1961-1974.

b/ Sólo incluye el IMSS.

c/ Parte de esto se dedica a pensiones.

Cuadro 52

MEXICO: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION POR
GRUPOS DE EDAD, 1960-2010

Grupos de edad	1960	1970	1980	1990	2000	2010
0-14	45.6	46.7	44.7	39.1	34.1	29.4
15-64	51.0	49.8	51.7	57.2	61.7	65.6
65 y más	3.4	3.5	3.6	3.7	4.2	5.0

Fuente: Basado en datos extraídos de CELADE, Boletín Demográfico, 16:32, julio de 1983.

Cuadro 53

MEXICO: VALOR REAL DE LAS PENSIONES ANUALES, IMSS, 1960-1981 a/

Años	Pensiones (millones de pesos)	Número de pensionados (miles)	Pensión promedio por habitante (pesos)	Índices (1970=100)		
				Pensión nominal	Inflación b/	Pensión real
1960	66	49	1 347	47.5	80.0	59.4
1961	85	58	1 466	51.7	80.7	64.1
1962	112	70	1 600	56.4	82.2	68.6
1963	144	77	1 870	66.0	82.6	79.9
1964	180	92	1 956	69.0	86.1	80.1
1965	211	105	2 009	70.9	87.8	80.8
1966	257	121	2 124	74.9	88.9	84.2
1967	315	143	2 203	77.7	91.5	84.9
1968	397	163	2 436	85.9	93.3	92.1
1969	507	184	2 755	97.2	95.4	101.9
1970	618	218	2 835	100.0	100.0	100.0
1971	778	234	3 325	117.3	105.5	111.2
1972	915	253	3 617	127.6	110.8	115.2
1973	1 195	265	4 509	159.0	124.2	128.0
1974	1 613	300	5 377	189.6	153.6	123.4
1975	2 492	327	7 621	268.8	176.6	152.2
1976	3 184	364	8 747	308.5	204.6	150.8
1977	4 444	402	11 055	389.9	264.1	147.6
1978	5 447	443	12 296	433.7	310.3	139.8
1979	7 108	489	14 536	512.7	366.8	139.8
1980	9 994	536	18 646	657.6	463.2	142.0
1981	13 781	584	23 598	832.3	592.5	140.5

Fuentes: Pensiones y número de pensionados: IMSS, Memoria de labores de 1967 y Memoria Estadística 1971 y 1981; tasa de inflación: CEPAL, Estudio Económico de América Latina 1967 a 1982.

a/ Incluye pensiones por vejez, invalidez, supervivencia y riesgos profesionales

b/ 1970-1981: variación anual promedio precios al consumidor; 1960-1969: enero a diciembre, precios al por mayor.

Cuadro 54

PERU: APARICION DE LA LEGISLACION DE SEGURIDAD SOCIAL
 POR RIESGOS PROTEGIDOS Y GRUPOS CUBIERTOS
 1850-1983

Años <u>a/</u>	Riesgos protegidos	Grupos cubiertos
1850, 1910, 1923	VIS, D	Fuerzas Armadas
1850, 1936, 1941 1950, 1960	VIS, D	Empleados públicos
1911, 1935	RP	Obreros
1934	VIS	Estibadores de El Callao
1936	EM	Obreros
1946	A	Empleados privados
1947	VIS	Jinetes de hipódromos
1948	EM	Empleados privados y públicos
1950	EM	Fuerzas Armadas
1961	VIS	Obreros
1961-1962	VIS	Empleados privados y públicos (para nuevos ingresados)
1965	VIS	Congreso, judicatura, registro público, maestros estatales, universidades
1965, 1978	D, EM	Pescadores
1966-1968	VIS	Choferes independientes (propietarios de taxi)
1970	VIS	Servicio doméstico
1972	VIS	Pescadores
1972	VIS	Uniforma el sistema de las Fuerzas Armadas
1973-1974	VIS	Unifica y uniforma el sistema de obreros y empleados privados y públicos, y otros grupos
1979	EM	Unifica y uniforma el sistema de obreros, empleados privados y públicos.
1980	Todo	Nuevo sistema unificado y uniforme (IPSS) sólo deja fuera las Fuerzas Armadas

Fuentes: Mesa-Lago, Social Security in Latin America y legislación posterior.

NOTA: VIS = Pensiones de vejez, invalidez y supervivencia;
 EM = enfermedad, maternidad; RP = riesgos profesionales; D = compensación o pensión de cesantía (desempleo); A = pensión por antigüedad.

a/ La primera fecha corresponde a la ley inicial y las fechas subsiguientes a modificaciones y ampliaciones.

Cuadro 55

PERU: COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POBLACION, 1961-1983

(Miles y porcentajes)

Años	Población total	PEA	P o b l a c i ó n A s e g u r a d a			
			Activos <u>a/</u>	Pasivos <u>b/</u>	Depen dientes <u>c/</u>	Total
1961	10 218	3 260	808	13	61	882
1965	11 467	3 655	1 156	23	86	1 265
1969	12 829	4 146 <u>f/</u>	1 474	40	111	1 625
1975	15 161	4 922	1 656	146 <u>f/</u>	507	2 309
1980	17 295	5 719	2 142	211	663	3 016
1981	17 755	5 910 <u>f/</u>	2 225	230	698	3 153
1982	18 226	6 102 <u>f/</u>	2 311	243	730	3 284
1983	18 707	6 293 <u>f/</u>	2 400	256	807	3 463

a/ En 1961-69 se refiere a cobertura en pensiones y excluye a pescadores y jinetes de hipódromos. A partir de 1975 la cifra de asegurados en pensiones excluye a los empleados del Estado y de organismos autónomos, contratados antes de 1962, y de los poderes legislativo y judicial, diplomacia y magisterio estatal o universitario, contratados antes de 1973. Por cuanto estos grupos están cubiertos por el IPSS en salud, se prefirió utilizar la cobertura de salud en 1975-82, a la que se sumó una estimación de las Fuerzas Armadas y pescadores, excluyéndose sólo a los jinetes de los hipódromos.

b/ Incluye pensionados por vejez, invalidez y supervivencia del SSO y SSE en 1961-68 más los del FEJEP en 1969. A partir de 1975 incluye los pensionados de VIS del sistema uniforme más los de riesgos profesionales; excluye Fuerzas Armadas, pescadores y profesionales de los hipódromos.

(Conclusión)

Cuadro 55

PERU: COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POBLACION, 1961-1983

(Miles y porcentajes)

Años	Porcentaje de cobertura c/		Tasas de crecimiento promedio anual				Coeficiente de carga demográfica e/
	Población total	PEA	Población total	PEA	Activos	Total asegurados	
1961	8.6	24.8	-	-	-	-	-
1965	11.0	31.6	2.9	2.9	9.4	9.4	0.016
1969	12.7	35.6	2.8	3.2	6.3	6.5	0.020
1975	15.2	33.6	2.8	2.9	2.0	6.0	0.027
1980	17.4	37.4	2.7	3.0	5.3	5.5	0.088
1981	17.8	37.6	2.7	3.3	3.9	4.5	0.098
1982	18.0	37.9	2.7	3.2	3.9	4.2	0.103
1983	18.5	38.1	2.6	3.1	3.9	5.4	0.107

Fuentes: Población total: Instituto Nacional de Estadística, Perú: Compendio Estadístico 1982, Lima, julio, 1983. PEA, 1961-1969: Oficina Nacional de Estadística y Censos, Anuario Estadístico del Perú 1969; 1975-83: CELADE, Boletín Demográfico, 15:29, enero, 1982. Población asegurada 1961-69: Mesa-Lago, Social Security in Latin America; 1975-83: Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), cifras proporcionadas en 1983 y 1984.

c/ Incluye sólo al cónyuge, con derecho a prestaciones de maternidad, de los activos en SSE en 1961-69. A partir de 1975 incluye a los cónyuges, con derecho a prestaciones de maternidad, a hijos menores de un año, con derecho a prestaciones de enfermedad, de los activos y pasivos asegurados en el IPSS.

d/ La cobertura de la población total se refiere a enfermedad y/o maternidad y la de la PEA a vejez, invalidez y supervivencia (pero usando como subrogado la cobertura de salud).

e/ Número de pasivos dividido por el número de activos.

f/ Interpolación del autor.

Cuadro 56

PERU: GRADO DE COBERTURA DE LA POBLACION TOTAL POR
DEPARTAMENTOS, 1981

(miles y porcentajes)

Departamentos	Población total a/	Asegurados	Porcentaje de cobertura
Amazonas	255	8	3.1
Ancash	818	80	9.8
Apurimac	323	8	2.5
Arequipa	706	123	17.4
Ayacucho	503	14	2.8
Cajamarca	1 046	28	2.7
Callao	443	109	24.6
Cuzco	832	39	4.7
Huancavelica	347	13	3.7
Huánuco	485	23	4.7
Ica	434	89	20.5
Junín	852	81	9.5
La Libertad	963	116	12.0
Lambayeque	674	101	15.0
Lima	4 746	1 265	26.7
Loreto	445	38	8.5
Madre de Dios	33	2	6.1
Moquegua	101	14	13.9
Pasco	213	28	13.1
Piura	1 126	94	8.3
Puno	890	33	3.7
San Martín	320	16	5.0
Tacna	143	28	19.6
Tumbes	104	9	8.6
Ucayali	201	15	7.5
Total	<u>17 005</u>	<u>2 374</u>	<u>14.0</u>

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Perú: Compendio Estadístico 1982, Lima, julio de 1983.

a/ Censo de población sin incluir la población omitida y selvícola estimada; con éstas la cifra alcanzaría a 17 762 231.

b/ Población cubierta por prestaciones de salud. Excluye Fuerzas Armadas.

Cuadro 57

PERU: CONTRIBUCIONES LEGALES A LA SEGURIDAD SOCIAL POR PROGRAMA Y FUENTE COMO PORCENTAJE DEL SALARIO O INGRESO, 1983

Programas	Asegurados				Estado Total ^{b/}
	Asalariado ^{a/}	Independiente	Empleador		
Pensiones	2.5	7.5	5	1	8.5
Salud-mater- nidad	2.5	7.5	5	1	8.5
Riesgos profe- sionales	-	-	4 ^{c/}	-	4.0
<u>Total</u>	<u>5.0</u>	<u>15.0</u>	<u>14</u>	<u>2</u>	<u>21.0</u>

Fuente: Legislación vigente.

a/ La contribución tiene topes mínimo y máximo.

b/ Excluye la contribución del asegurado independiente.

c/ Promedio nacional, la prima varía entre 1 y 12.5% de acuerdo con el riesgo.

Cuadro 58

PERU: BALANCE DE INGRESOS Y EGRESOS DEL IPSS POR PROGRAMA,
1975/76-1982

(miles de millones de soles a precios corrientes)

Programas	1975/76	1980	1981 ^{a/}	1982
<u>Pensiones</u>				
Ingresos	...	...	97.9	177.8
Egresos	...	...	68.3	105.2
Balance	...	...	29.6	72.6
<u>Enfermedad-maternidad</u>				
Ingresos	...	...	114.9	154.4
Egresos	...	...	104.4	215.6
Balance	...	...	10.5	-61.2
<u>Riesgos profesionales</u>				
Ingresos	...	...	19.3	25.0
Egresos	...	...	...	...
Balance	...	...	...	...
<u>Total</u>				
Ingresos	38.2	144.9	271.7	397.0
Egresos	31.1	128.2	233.2	380.0
Balance	7.1	16.7	38.5	17.0
Como porcentaje del ingreso	18.6	11.5	14.2	4.3b/

Fuentes: Total: IPSS, Dirección de Contabilidad Presupuestal, 1984. Desglose en 1981: IPSS, Dirección General de Planificación y Presupuesto, 1983; y desglose en 1982: Javier Sladky, "Seguridad social y participación de los asegurados", Lima, Fundación Friedrich Ebert, 1984.

a/ Desglose basado en el presupuesto original no en ejecución.

b/ Otra fuente indica un déficit equivalente al 7.9%.

Cuadro 59

PERU: SERVICIOS Y NIVELES DE SALUD, 1960-1982

Años	Camas de hospital por 1 000 hab.	Médicos por 10 000 hab.	Tasas de mortalidad General	Infantil	Esperanza de vida
1960	2.4	4.5	18.4	140.9	48.0
1965	2.4	4.7	16.5	130.6	50.4
1970	2.1	4.8	14.0	116.2	54.0
1975	1.9	6.1	12.2	106.6	56.3
1980	1.7	7.2	11.3	101.5	57.8
1981	...	7.6	11.1	100.2	58.2
1982 <u>a/</u>	1.6	8.1	10.9	98.6	58.6

Fuentes: Camas y médicos, 1960-70: CEPAL, Anuario Estadístico de América Latina 1981. Resto: Anuario Estadístico del Perú 1969, Perú: Compendio Estadístico 1981 y 1982, cifras del INE 1984, y Ministerio de Salud, Proyecciones de población por regiones de salud y utilización de indicadores del sector: 1980-1985, Lima 1983.

a/ El Ministerio de Salud da indicadores más favorables que los del INE para 1982, respectivamente: 1.8, 8.4, 10.1, 87.6 y 58.6. Funcionarios del INE aseguraron, sin embargo, que desde mediados de la década de 1970 hay un deterioro de los niveles de salud en el país.

Cuadro 60

PERU: DIFERENCIAS EN SERVICIOS MEDICOS ENTRE GRUPOS DE LA POBLACION, ALREDEDOR DE 1980

Grupos	Población atendida (miles) 1982	Camas de hospital		Médicos 1981	
		1980		Total	Por 10 000
		Total	Por 1 000		
Seguridad Social (IPSS)	2 370	4 512	1.9	3 000	12.6
Fuerzas Armadas y Policía	1 280 a/	2 098	1.6	1 860	14.5
Ministerio de Salud y otros b/	12 030	16 108	1.3	4 698	3.9
Sector no público c/	2 550	5 596	2.2	3 984	15.6
<u>Total</u>	<u>18 230</u>	<u>28 708</u>	<u>1.6</u>	<u>13 542</u>	<u>7.4</u>

Fuente: Población atendida basada en distribución porcentual del Ministerio de Salud, Proyecciones de población por regiones de salud y utilización de indicadores del sector: 1980-1985, Lima, 1983. Camas y médicos: Ministerio de Salud, Información básica sobre infraestructura sanitaria 1983, Lima, 1983, e información adicional, Lima, 1984.

a/ Aparente sobreestimación gruesa.

b/ El Ministerio de Salud tiene el 96% de las camas y el 79% de los médicos; el resto son de beneficencia, empresas estatales, gobiernos locales y otros organismos públicos.

c/ Entidades privadas lucrativas, filantrópicas y empresas, cooperativas agroindustriales, sociedades agrícolas de interés social y otros organismos no públicos.

Cuadro 61

PERU: COSTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL, 1961-1982
(miles de millones de soles corrientes y porcentajes)

Años	PIB	Gasto total del gobier- no central	Gastos seguridad social		
			Total	Porcentaje del:	
				PIB	Gastos gobierno
1961	73.3	9.9	1.7	2.3	17.2
1965	131.4	22.9	3.3	2.5	16.6
1970	267.1	47.9	...	...	...
1975	627.4	131.4	19.4 ^{a/}	3.1	14.8
1980	5 598.6	1 370.1	179.3	3.2	13.1
1981	9 495.6	2 273.1	337.9	3.6	14.9
1982	15 312.8	3 560.0	521.9	3.4	14.7

Fuente: PIB: INE, Cuentas Nacionales del Perú 1950-1982, Lima de 1983. Gastos del gobierno: Banco Central de la Reserva del Perú, Cuentas Fiscales 1960-1980 y Memoria 1980 y 1981. Gastos de seguridad social 1961-65: Mesa-Lago, Social Security in Latin America; resto, Perú: Compendio Estadístico 1981, e IPSS, Gerencia Financiera 1984.

a/ Estimación del autor, desglosando el gasto del bienio 1975-76.

Cuadro 62

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS EGRESOS DE LA
SEGURIDAD SOCIAL POR PROGRAMA, 1975/76-1983

Egresos	1975/76	1980	1981	1982	1983 <u>a/</u>
Pensiones	43.3	34.8	32.6	33.1	32.3
Enfermedad-Maternidad <u>b/</u>	56.7	65.2	67.4	66.9	63.1
Riesgos profesionales <u>b/</u>	...	...	...	...	2.0
Otros <u>c/</u>	...	...	...	...	2.6
<u>Total</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>

Fuente: 1975/76 a 1982 basado en balances del presupuesto ejecutado, IPSS, Gerencia Financiera, 1984; y 1983, Dirección General de Planificación y Presupuesto, 1983.

a/ Al 30 de junio de 1983.

b/ Incluye prestaciones monetarias y médico-hospitalarias.

c/ Subsidios por lactancia, asignación mortuoria.

Cuadro 63

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION POR GRUPOS
DE EDAD, 1960-2010

Grupos de edad	1960	1970	1980	1990	2000	2010
0-14	43.3	44.0	41.8	39.2	35.6	30.7
15-64	53.3	52.5	54.6	57.1	60.1	64.1
65 y más	3.4	3.5	3.6	3.7	4.3	5.2

Fuente: Basado en datos extraídos de CELADE, Boletín Demográfico, 16:32, julio de 1983.

Cuadro 64

PERU: VALOR REAL DE LAS PENSIONES ANUALES, 1972-1982 a/

Años	Pensiones (Miles de millones de soles)	Número de pensionados a/ (miles)	Pensión promedio (soles)	Indices (1972=100)		
				Pensión nominal	Inflación b/	Pensión real
1972	1 649	52	31 950	100.0	100.0	100.0
1973	2 060	57	36 081	112.9	109.5	103.1
1974		60			128.0	
1975	3 750 c/	63	59 904	187.5	159.2	118.5
1976	5 927 c/	70	84 804	265.4	211.2	125.7
1977		79			291.7	
1978		95			460.3	
1979		104			771.9	
1980	35 277	119	294 930	923.1	1 228.8	75.1
1981	60 788	136	444 257	1 390.5	2 155.3	64.5
1982	102 785	148	692 622	2 167.8	3 545.5	61.1

Fuente: Número de pensionados y valor de las pensiones: IPSS, Gerencia Financiera, 1984.
Inflación: CEPAL, Estudio Económico de América Latina 1976 a 1982.

a/ Pensiones de vejez, invalidez y supervivencia, más riesgos profesionales en el IPSS; excluye el sector público fuera del IPSS, las Fuerzas Armadas, los pescadores y profesionales de los hipódromos.

b/ Variación promedio anual.

c/ Las cifras originales son del bienio 1975-76 y fueron desagregadas por el autor.

Cuadro 65

URUGUAY: APARICION DE LA LEGISLACION DE SEGURIDAD SOCIAL POR RIESGOS PROTEGIDOS Y GRUPOS CUBIERTOS, 1835-1982

Año <u>a/</u>	Riesgos protegidos	Grupos cubiertos
1835, 1907, 1941	VIS	Fuerzas Armadas
1838, 1904, 1920, 1940	VIS, <u>b/</u> RP	Empleados públicos
1896	VIS	Maestros públicos
1914, 1920	RP	Obreros y empleados
1919	VIS	Indigentes
1919	VIS <u>b/</u>	Servicios públicos
1920	VIS <u>b/</u>	Astilleros
1923, 1948	VIS <u>b/</u>	Jockey Club
1925-26	VIS <u>b/</u>	Banca, bolsa, prácticos de puerto
1928-29	VIS <u>b/</u>	Obreros y empleados en corporaciones y otros grupos
1934, 1941 <u>c/</u>	RP	Todos
1934-38	VIS <u>b/</u>	Resto de obreros y empleados privados, empleadores
1942-43	VIS	Servicio doméstico y trabajadores rurales
1943	AF	Obreros y empleados privados
1944-45	D	Carne, lana y cuero
1948	EM	Congreso, banca estatal
1950, 1960	AF	Empleados públicos, Fuerzas Armadas
1954	VIS	Profesionales
1954	AF	Trabajadores rurales
1958	D	Industria y comercio
1958	M	Todas las trabajadoras
1958, 1960	AF	Desempleados, pensionados
1961	D	Tabaco, vidrio
1960-66	E	Transporte, construcción, lana, cueros, estiba, madera, metalurgia, banca, textil, gráficos, confecciones, marinos <u>d/</u>
1965-66	D	Estiba, trabajadores rurales
1971-72	E	Empleados públicos, bebidas, vidrio, cuero, gastronómicos
1967-82	VIS, D, AF, E	Proceso gradual de unificación y uniformidad de estos programas con algunas excepciones

Fuentes: Mesa-Lago, *Social Security in Latin America* y legislación posterior.

Nota: VIS = pensiones de vejez, invalidez y supervivencia; E = enfermedad; M = maternidad; RP = riesgos profesionales; D = desempleo; AF = asignaciones familiares.

a/ La primera fecha corresponde a la ley inicial y las fechas subsiguientes a modificaciones y ampliaciones.

b/ Incluye una pensión por cesantía o desempleo.

c/ Aplicación efectiva de la ley.

d/ Establecidos por leyes separadas.

Cuadro 66

URUGUAY: COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POBLACION, 1960-1983

(Miles y porcentajes)

Años	Población total	PEA	Población asegurada				Porcentaje de cobertura d/		Tasa de crecimiento promedio anual				Cociente de carga demográfica e/
			Acti- vos a/	Pasi- vos b/	Depen- dien- tes c/	Total	Población total	PEA	Población		Asegurados		
									total	PEA	Activos	Total	
1960	2 538	987	1 077	276	251	1 604	63.2	109.1f/	...	...	...	...	0.256
1965	2 693	1 049	1 230	358	275	1 863	69.2	117.3f/	1.2	1.2	2.7	3.0	0.291
1969	2 791	1 067g/	1 035	451	340	1 826	65.4	97.0	0.9	0.4	-4.2	-0.5	0.436
1975	2 828	1 094	906	494	390g/	1 790	63.3	82.8	0.2	0.4	-2.2	-0.3	0.545
1980	2 908	1 123	912	596	485	1 993	68.5	81.2	0.6	0.5	0.1	2.2	0.654
1981	2 927	1 129	927	616	494	2 037	69.6	82.1	0.6	0.5	1.6	2.2	0.664
1982	2 947	1 137	868	634	481	1 983	67.3	76.3	0.7	0.7	-6.4	-2.7	0.730
1983	2 968	1 143	827	680	483	1 990	67.0	72.4	0.7	0.5	-4.7	0.4	0.822

Fuentes: Población total: Dirección General de Estadística y Censos, Uruguay 1983: Anuario Estadístico. PEA 1960: CEPAL, Anuario Estadístico 1981; 1970-85, la DGSS, noviembre de 1983. Asegurados 1960-69: Carmelo Mesa-Lago, Social Security in Latin America; 1975-83, estimaciones del autor basadas en datos extraídos de Uruguay 1983: Anuario Estadístico y DGSS, Memoria 1982, Boletín Estadístico, marzo de 1983 e información de noviembre 1983 y mayo 1984.

a/ "Cotizantes activos" en el programa de pensiones; incluye las cajas integradas a la DGSS y las cajas independientes.

b/ "Jubilados y pensionados" por vejez, invalidez y supervivencia; excluye a los militares y policías desde 1975.

c/ "Beneficiarios de cargas familiares", asignaciones familiares, en la DGSS.

d/ La cobertura de la población total se refiere a enfermedad y la de la PEA a pensiones.

e/ Número de pasivos dividido por el número de activos.

f/ Sobrecobertura debida a afiliación múltiple de asegurados.

g/ Interpolación del autor.

Cuadro 67

URUGUAY: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA COBERTURA DE SALUD
POR INSTITUCIONES Y POR DEPARTAMENTOS, 1981

Departamento	Distribución porcentual de la cobertura de salud por tipo de institución <u>a/</u>				
	MSP	Mutualida- des y coo- perativas	Privado	Otros <u>b/</u>	Sin atención
Montevideo	11.2	77.8	1.6	7.1	2.3
Artigas	43.1	21.5	28.7	6.7	-
Canelones	23.1	59.2	7.2	7.4	3.1
Cerro Largo	42.8	31.8	18.9	5.4	1.1
Colonia	15.9	45.9	23.8	13.1	1.3
Durazno	35.7	35.3	13.1	15.3	0.6
Flores	41.0	26.9	20.0	12.1	-
Florida	30.8	55.1	6.1	7.2	0.8
Lavalleja	28.4	53.1	14.8	3.7	-
Maldonado	15.0	63.6	19.5	1.9	-
Paysandú	35.5	46.0	12.9	4.5	1.1
Río Negro	37.3	47.0	3.2	10.5	2.0
Rivera	45.3	24.9	23.2	6.1	0.5
Rocha	33.6	42.7	17.8	5.9	-
Salto	29.9	51.6	15.9	2.6	-
San José	32.7	43.9	15.6	7.8	-
Soriano	36.1	34.5	19.8	7.9	-
Tucuaembó	30.2	25.6	41.3	2.8	0.1
Treinta y Tres	46.9	39.2	9.4	4.4	0.1

Fuente: Basado en datos estadísticos de, Uruguay, Anuario Estadístico, 1983.

a/ En las capitales de los departamentos y todo el Departamento de Montevideo.

b/ Incluye atención en el centro de trabajo.

Cuadro 68

URUGUAY: CONTRIBUCIONES LEGALES A LA SEGURIDAD SOCIAL COMO PORCENTAJE DEL SALARIO 1969 y 1984^{a/}

Programas	1969			1984		
	Asegurado	Empleador	Total	Asegurado	Empleador	Total
<u>Pensiones b/</u>	<u>5-18</u>	<u>5-20</u>	<u>10-37</u>	<u>13</u>	<u>10-20</u>	<u>23-33</u>
Civil-escolar	5	15-20	30-35	13	15-20	28-33
Industria-comercio	17-18	19	36-37	13	10	23
Rural-doméstico	5	5	10	13	10	23
Enfermedad <u>c/</u>	3	5	8	3	4	7
Asignaciones familiares <u>c/</u>	0.5	14.5	15	-	-	-
Riesgos profesionales <u>d/</u>	-	5	5	-	5	5
<u>Total</u>	<u>5-21.5</u>	<u>10-43.5</u>	<u>15-65 e/</u>	<u>13-16</u>	<u>15-25</u>	<u>28-41</u>

Fuente: 1969, Carmelo Mesa-Lago, Social Security in Latin America, Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1978, pp.96-97. 1984, DGSS, información suministrada al autor el 23 de noviembre de 1983.

a/ Sólo en los tres grupos integrados a la DGSS en 1979. No incluye contribución del Estado porque la misma no se fija como porcentaje del salario.

b/ Los porcentajes de pensiones en 1984, incluyen asignaciones familiares y desempleo.

c/ Sólo se aplica a Industria-comercio; en Civil-escolar, en 1969 era pagada enteramente por el empleador.

d/ Prima promedio nacional.

e/ No incluye contribución a dos cajas de desempleo.

Cuadro 69

URUGUAY: BALANCE DE INGRESOS Y EGRESOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL POR PROGRAMA, 1976-1982 a/

(Millones de pesos nuevos a precios corrientes)

Programas	1976	1978	1980	1982
<u>Pensiones</u>				
Ingresos	998	2 138	5 073	7 416
Egresos	938	2 232	6 000	13 331
Balance	60	-94	-927	-5 915
<u>Enfermedad</u>				
Ingresos	65	190	600	793
Egresos	50	155	407	718
Balance	15	35	193	75
<u>Asignaciones familiares b/</u>				
Ingresos	168	398	506	691
Egresos	148	402	908	1 302
Balance	20	-4	-402	-611
<u>Desempleo</u>				
Ingresos	12	63	112	5
Egresos	12	58	129	559
Balance	0	5	-17	-554
<u>Total c/</u>				
Ingresos	1 243	2 789	6 290	9 284
Egresos	1 148	2 847	7 444	16 804
Balance	95	-58	-1 154	-7 520
Como porcentaje del ingreso	7.6	-2.1	-18.3	-81.0

Fuente: 1976: DGSS, Boletín Estadístico, 1:1, 1980; 1978-1982: Uruguay, Anuario Estadístico, 1983.

a/ Las cifras de 1976 se limitan a las tres cajas principales; las subsiguientes abarcan todo el sistema, menos los militares y la policía.

b/ Incluye maternidad.

c/ Incluye otros ingresos/egresos.

Cuadro 70

URUGUAY: SERVICIOS Y NIVELES DE SALUD 1960-1981

Años	Camas de hospital por 1 000 habitantes	Médicos por 10 000 habitantes	Tasas de mortalidad		b/ Esperanza de vida
			General	Infantil	
		a/			b/
1960	5.5	12.2	10.0	50 c/	67.2
1965	5.1	11.4	9.6	49	68.4
1970	5.9	10.9	9.6	48	68.6
1975	...	14.1	10.0	41	68.8
1980	6.0	17.5	10.3	38 c/	69.6
1981	...	18.5	9.4	31 c/	...

Fuentes: Mortalidad general hasta 1975 y esperanza de vida: CELADE, Boletín Demográfico, julio de 1983. Resto: CEPAL, Anuario Estadístico de América Latina 1981; PAHO, Health Conditions in the Americas 1973-1976; República Oriental del Uruguay, Anuario Estadístico 1970-1978 y 1983; WHO, World Health Statistics 1982; U.N., Statistical Yearbook 1981, e información del Ministerio de Salud Pública y de la Caja de Profesionales Universitarios, 1984.

a/ No incluye el total de médicos en ejercicio.

b/ Valores por quinquenios: por ejemplo, 1955-1960=67.2.

c/ Cifra anual.

Cuadro 71

URUGUAY: DIFERENCIAS EN PENSIONES ANUALES PROMEDIO ENTRE
LOS GRUPOS ASEGURADOS 1965 Y 1982
(Miles de pesos corrientes a/)

Grupos asegurados	1965		1982	
	Pensión promedio b/	Razón c/	Pensión promedio b/	Razón c/
Rural-doméstico	4 487	1.0	12 177	1.0
Industria-comercio	9 422	2.1	14 612	1.2
Civil-escolar	14 707 d/	3.3	29 896	2.5
Jinetes e hipódromo	16 803	3.7	21 746	1.8
Militar	28 751	6.4	72 175	5.9
Policía	...	...	66 050	5.4
Notarios públicos	28 571	6.4	53 111	4.4
Profesionales universitarios	30 463	6.8	50 148	4.1
Bancarios	56 703	12.6	68 638	5.6

Fuentes: Cálculos del autor basados en datos extraídos del Anuario Estadístico 1964-1966 y Uruguay: Anuario Estadístico 1983, excepto militar y policía en 1982, que se basa en El Día, Montevideo, 3 de marzo de 1984.

a/ 1965 pesos viejos, 1982 pesos nuevos, un peso nuevo equivale a mil pesos viejos.

b/ Promedio aritmético de todas las pensiones, incluidas la de jubilación y vejez.

c/ Tomando como base rural-doméstico (1.0).

d/ Agrupados para permitir la comparación.

Cuadro 72

URUGUAY: COSTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL, 1965-1982
(Millones de pesos nuevos corrientes y porcentajes)a/

Años	PIB	Gasto total del gobierno central	Gastos de seguridad social		
			Total <u>b/</u>	Porcentaje del:	
				PIB	Gasto gobierno
1965	52	13	8	14.5	61.5
1969	499	118	70	14.2	59.3
1975	7 108	1 878	872	12.3	46.4
1980	81 429	20 812	6 797	8.3	32.6
1981	106 384	30 969	12 192	11.4	39.4
1982	112 564	41 274	14 398	12.8	34.9

Fuentes: 1965-1969: Mesa-Lago, Social Security in Latin America; 1975: OIT, El costo de la seguridad social 1975-1977 e IMF, Government Finance Statistics 1982; 1980-1982: DGSS, Memoria 1982 y Uruguay: Anuario Estadístico, 1983.

a/ Miles de millones de pesos viejos en 1965 y 1969; un peso nuevo = 1 000 pesos viejos.

b/ Excluye gastos de riesgos profesionales y programas menores.

Cuadro 73

URUGUAY: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS EGRESOS DE SEGURIDAD SOCIAL POR PROGRAMA 1970-1982 a/

Egresos	1970 b/	1975 b/	1979	1980	1981	1982
Pensiones	66.3	73.6	76.1	78.8	81.5	82.5
Asignaciones familiares	20.9	16.9	14.8	13.4	11.8	8.9
Enfermedad	3.9	3.6	7.0	5.9	5.0	4.8
Desempleo	5.4	4.0	2.1	1.9	1.7	3.8
Riesgos profesionales	3.5	1.9	...	...	...	...
<u>Total</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>

Fuentes: 1970 y 1975: OIT, El costo de la seguridad social 1975-1977. 1979 a 1982: DGSS, Boletín Estadístico, 4:10, marzo de 1983.

a/ Incluye todos los programas en 1970-1975, pero sólo los de la DGSS en 1979-1982.

b/ Distribución de las prestaciones; excluye otros egresos que se incluyen en cada programa en 1979-1982.

Cuadro 74

URUGUAY: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION POR GRUPOS DE EDAD: 1960-2010

Grupos de edad	1960	1970	1980	1990	2000	2010
0-14	27.9	27.9	27.0	26.2	25.0	23.8
15-64	64.0	63.2	62.6	62.5	62.9	64.4
65 y más	8.1	8.9	10.4	11.2	12.1	11.8

Fuente: Basado en datos extraídos de CELADE, Boletín Demográfico, 16:32, julio de 1983.

Cuadro 75

URUGUAY: VALOR REAL DE LAS PENSIONES ANUALES, 1963-1982 a/

Año	Pensiones (Millones de pesos nuevos) b/	Número de pensionados (Miles)	Pensión promedio por habitante (Pesos nuevos)c/	Indices (1970 = 100) c/		
				Pensión nominal	Inflación d/	Pensión real
1963	2.1	328	6.4	7.0	5.4	129.6
1964	2.7	346	7.9	8.7	7.5	116.0
1965	3.4	358	9.6	10.6	11.8	89.8
1966	5.4	368	14.6	16.1	18.2	88.5
1967	9.9	408	24.2	26.6	42.8	52.1
1968	17.4	426	40.8	44.9	71.0	63.2
1969	34.0	451	75.4	83.1	85.2	97.5
1970	40.5	447	90.7	100.0	100.0	100.0
1971	56.7	464	122.3	134.7	135.7	99.3
1972	86.9	489	177.8	195.9	239.5	81.8
1973	155.0	500	309.9	341.5	469.4	72.8
1974	285.2	508	561.5	618.7	831.8	74.4
1975	492.9	494	997.7	1 099.4	1 509.0	72.9
1976	770.6	502	1 535.1	1 691.6	2 272.5	74.4
1977	1 180.5	529	2 231.6	2 459.2	3 595.1	68.4
1978	1 777.4	547	3 255.3	3 587.3	5 194.9	69.1
1979	2 798.0	567	4 934.7	5 438.0	8 665.1	62.8
1980	4 972.3	596	8 342.8	9 193.8	14 167.5	64.9
1981	9 439.1	616	15 323.3	16 866.3	18 984.5	88.9
1982	12 093.8	634	19 075.4	21 021.1	22 591.5	93.0

Fuentes: Número de pensionados y monto de las pensiones: Dirección General de Estadística y Censos, Anuario Estadístico, 1961-1963, 1964-1966, 1967-1969, 1970-1978, y Uruguay: Anuario Estadístico 1983. Tasa de inflación: CEPAL, Estudio Económico de América Latina, 1963 a 1982.

a/ Pensiones de vejez, invalidez y supervivencia; excluye Fuerzas Armadas desde 1970.

b/ Los pesos viejos han sido convertidos a pesos nuevos a la tasa de 1 000 a 1.

c/ Los cálculos de pensiones promedio e índices de pensiones correspondientes a 1963-1969 se han hecho tomando la suma total de pesos.

d/ 1963-1968 y 1971 variación de diciembre a diciembre; resto, variación promedio anual.

Anexo 1

AMERICA LATINA: PUNTAJE ESTANDARIZADO DE LAS ONCE VARIABLES Y SU MEDIA a/

Países	V a r i a b l e s											Media de 11 varia- bles b/
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Argentina	1.35	1.23	0.98	2.94	1.55	1.72	1.26	0.63	0.99	1.91	1.01	1.44
Bolivia	-0.78	-0.39	-0.79	0.48	-0.52	-0.72	0.43	-0.23	1.05	-0.50	1.81	-0.32
Brasil	1.35	1.75	1.92	0.59	0.07	1.72	0.70	0.39	0.13	-0.12	0.23	0.81
Colombia	-0.07	-0.78	-0.65	-0.11	-0.22	-0.11	-0.68	0.43	-0.67	-0.36	-0.09	-0.30
Costa Rica	-0.07	1.20	0.95	0.71	1.26	1.52	-0.62	0.10	-0.61	-0.31	1.32	0.49
Cuba	1.35	1.87	1.82	-1.29	1.26	-0.82	0.65	1.99	0.31	1.48	1.64	0.95
Chile	1.35	0.87	0.74	0.95	1.85	1.11	1.15	-0.60	1.85	0.61	0.85	1.11
Ecuador	0.64	-0.91	-0.61	0.01	-0.52	-1.12	0.87	-1.38	-0.06	-0.36	-0.40	-0.34
El Salvador	-0.78	-0.97	-1.00	-1.05	-0.81	-0.92	-0.79	-0.84	-0.48	-0.41	-0.09	-0.74
Guatemala	-1.49	-0.72	-0.27	-0.11	-0.81	-0.72	-1.00	-0.02	-0.61	-0.65	-0.71	-0.65
Haití	-1.49	-1.12	-1.34	-1.05	-1.11	-0.61	-1.23	-0.51	-0.73	-0.36	-1.81	-1.04
Honduras	-0.78	-0.94	-0.96	-0.82	-0.52	-0.92	-1.40	-0.68	-0.85	-0.74	-0.87	-0.86
México	-0.07	0.42	0.05	-0.35	-0.52	-0.31	-0.62	-0.60	-0.48	-0.31	0.23	-0.23
Nicaragua	-0.78	-0.88	-0.75	-0.58	-0.81	-0.21	-0.90	-1.29	-0.48	-0.89	-1.18	-0.80
Panamá	-0.07	0.36	0.18	0.01	0.66	0.20	0.10	0.55	-0.24	0.08	1.17	0.28
Paraguay	-0.07	-0.60	-0.93	-0.11	-0.81	0.10	-0.07	-0.51	-0.55	-0.41	0.23	-0.34
Perú	0.64	-0.63	-0.13	0.01	-0.52	-0.61	0.15	-0.39	-0.42	-0.31	-0.71	-0.26
Rep. Dominicana	-0.07	-0.91	-0.93	-0.82	-0.81	-0.51	-0.62	-0.06	-0.55	-0.65	-0.40	-0.57
Uruguay	1.35	0.93	1.40	1.42	1.85	1.82	2.58	2.57	3.00	2.98	1.16	1.63
Venezuela	-1.49	0.21	0.32	-0.82	-0.52	-0.61	-0.04	-0.96	-0.61	-0.70	0.54	-0.44

Fuente: Cuadro 6 del presente estudio.

a/ Los puntajes estandarizados tienen una media de cero y una desviación estándar de 1.

b/ No ponderada.

Anexo 2

AMERICA LATINA: ORDENAMIENTO Y AGRUPACION DE PAISES BASADO
EN LA MEDIA NO PONDERADA DE LAS ONCE VARIABLES

Ordenamiento	Media
<u>Grupo alto</u>	
1. Uruguay	1.92
2. Argentina	1.42
3. Chile	0.97
4. Cuba	0.93
5. Brasil	0.79
6. Costa Rica	0.50
<u>Grupo intermedio</u>	
7. Panamá	0.27
8. México	-0.23
9. Perú	-0.27
10. Colombia	-0.30
11. Bolivia	-0.34
12. Ecuador	-0.34
13. Paraguay	-0.34
14. Venezuela	-0.42
<u>Grupo bajo</u>	
15. Rep. Dominicana	-0.57
16. Guatemala	-0.65
17. El Salvador	-0.74
18. Nicaragua	-0.80
19. Honduras	-0.86
20. Haití	-1.03

Fuente: Anexo 1 del presente estudio.

Anexo 3

AMERICA LATINA: COEFICIENTES DE CORRELACION ENTRE LAS ONCE VARIABLES a/
(N = 20)

VARIABLES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	1.00	0.68	0.71	0.57	0.73	0.60	0.77	0.54	0.62	0.71	0.61
2	0.68	1.00	0.96	0.48	0.81	0.70	0.60	0.62	0.50	0.64	0.78
3	0.71	0.96	1.00	0.48	0.79	0.68	0.66	0.66	0.53	0.67	0.77
4	0.57	0.48	0.48	1.00	0.65	0.79	0.66	0.34 <u>b/</u>	0.64	0.59	0.35 <u>b/</u>
5	0.73	0.81	0.79	0.65	1.00	0.74	0.71	0.67	0.73	0.82	0.79
6	0.60	0.70	0.68	0.79	0.74	1.00	0.57	0.48	0.57	0.59	0.57
7	0.77	0.60	0.66	0.66	0.71	0.57	1.00	0.56	0.88	0.81	0.52
8	0.54	0.62	0.66	0.34 <u>b/</u>	0.67	0.48	0.56	1.00	0.56	0.81	0.57
9	0.62	0.50	0.53	0.64	0.73	0.57	0.88	0.56	1.00	0.82	0.35 <u>b/</u>
10	0.71	0.64	0.67	0.59	0.82	0.59	0.81	0.81	0.82	1.00	0.62
11	0.61	0.78	0.77	0.35 <u>b/</u>	0.79	0.57	0.52	0.57	0.35 <u>b/</u>	0.62	1.00

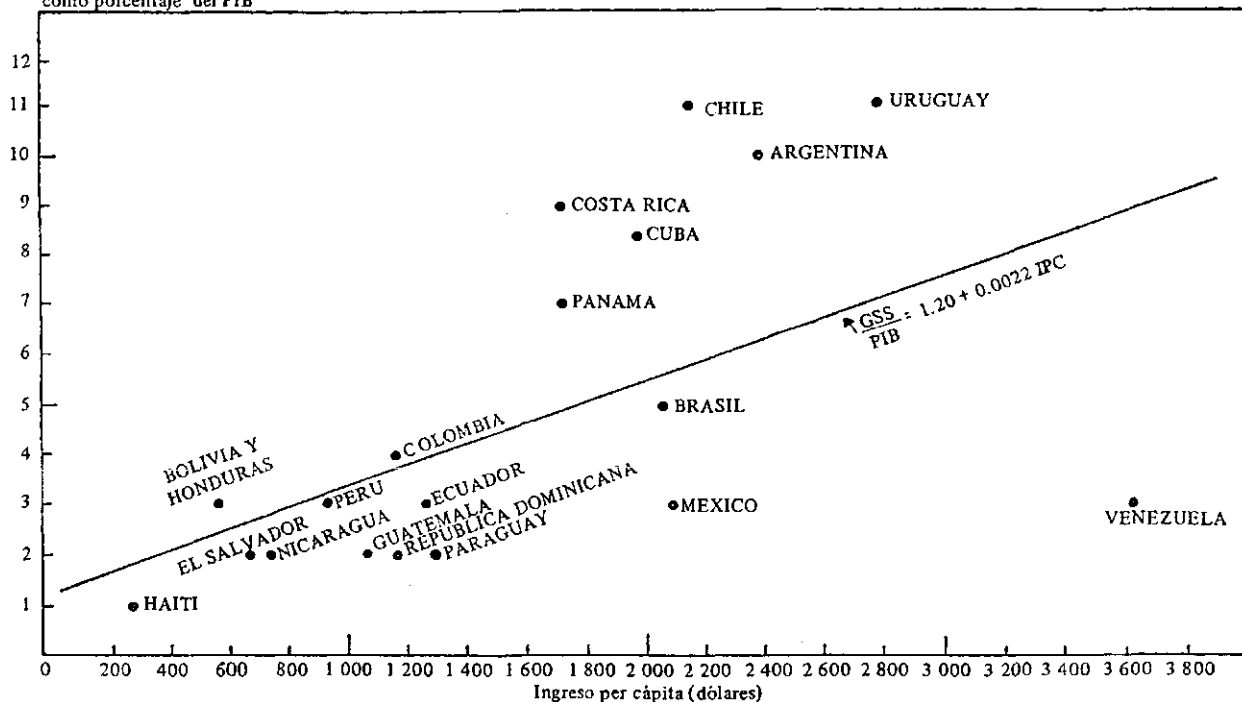
a/ Los resultados son significativos con un 95% de confianza salvo cuando se especifica en contrario.

b/ No significativo con un 95% de confianza.

Gráfico 1

CARGA DE SEGURIDAD SOCIAL Y CAPACIDAD ECONOMICA DE LOS PAISES DE AMERICA LATINA, 1980

Gasto de seguridad social
como porcentaje del PIB



Fuentes: Ingreso per cápita en dólares: Banco Mundial, *World Development Report*, 1982, Washington, D.C., 1982); gasto de seguridad social como porcentaje del PIB: cuadro 6 del presente estudio.

كيفية الحصول على منشورات الأمم المتحدة

يمكن الحصول على منشورات الأمم المتحدة من المكتبات ودور التوزيع في جميع أنحاء العالم - استلم منها من المكتبة التي تتعامل معها أو اكتب إلى : الأمم المتحدة ، قسم البيع في نيويورك أو في جنيف .

如何购买联合国出版物

联合国出版物在全世界各地的书店和经售处均有发售。请向书店询问或写信到纽约或日内瓦的联合国销售组。

HOW TO OBTAIN UNITED NATIONS PUBLICATIONS

United Nations publications may be obtained from bookstores and distributors throughout the world. Consult your bookstore or write to: United Nations, Sales Section, New York or Geneva.

COMMENT SE PROCURER LES PUBLICATIONS DES NATIONS UNIES

Les publications des Nations Unies sont en vente dans les librairies et les agences dépositaires du monde entier. Informez-vous auprès de votre libraire ou adressez-vous à : Nations Unies, Section des ventes, New York ou Genève.

КАК ПОЛУЧИТЬ ИЗДАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

Издания Организации Объединенных Наций можно купить в книжных магазинах и агентствах во всех районах мира. Наводите справки об изданиях в вашем книжном магазине или пишите по адресу: Организация Объединенных Наций, Секция по продаже изданий, Нью-Йорк или Женева.

COMO CONSEGUIR PUBLICACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS

Las publicaciones de las Naciones Unidas están en venta en librerías y casas distribuidoras en todas partes del mundo. Consulte a su librero o diríjase a: Naciones Unidas, Sección de Ventas, Nueva York o Ginebra.

Las publicaciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe se pueden adquirir a los distribuidores locales o directamente a través de:

Publicaciones de las Naciones Unidas
Sección de Ventas — DC-2-866
Nueva York, NY, 10017
Estados Unidos de América

Publicaciones de las Naciones Unidas
Sección de Ventas
Palais des Nations
1211 Ginebra 10, Suiza

Unidad de Distribución
CEPAL — Casilla 179-D
Santiago de Chile

Primera edición

Impreso en Naciones Unidas -- Santiago de Chile -- 86-9-1502 -- enero de 1985 -- 1 700

S.35.11 G.6 - C0600 P