

# Revista de la CEPAL

*Secretario Ejecutivo*  
Norberto González

*Secretario Ejecutivo Adjunto de  
Desarrollo Económico y Social*  
Gert Rosenthal

*Secretario Ejecutivo Adjunto de  
Cooperación y Servicios de Apoyo*  
Robert T. Brown

*Director de la Revista*  
Raúl Prebisch

*Secretario Técnico*  
Adolfo Gurrieri

*Secretaria Adjunta*  
Rosa Nielsen



NACIONES UNIDAS  
COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE

SANTIAGO DE CHILE, ABRIL DE 1986

**SUMARIO**

Exposición del Secretario Ejecutivo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Sr. Norberto González, al inaugurar la Reunión sobre el Crecimiento, el Ajuste y la Deuda en América Latina.	7
Centroamérica: bases de una política de reactivación y desarrollo. <i>Subsede de la CEPAL en México</i>	11
Reflexiones sobre industrialización, articulación y crecimiento. <i>División Conjunta CEPAL/UNIDO de Desarrollo Industrial</i>	49
Inflación y políticas de estabilización. <i>Daniel Heymann</i>	67
Las empresas transnacionales en la Argentina, 1976-1983. <i>Daniel Azpiazu, Eduardo Basualdo y Bernardo Kosacoff</i>	99
Seguridad social y desarrollo en América Latina. <i>Carmelo Mesa-Lago</i>	131
Cambios de relevancia social en el trasplante de teorías: los ejemplos de la teoría económica y la agronómica. <i>Ivo Dubiel</i>	147
La elaboración de inventarios y cuentas del patrimonio natural y cultural. <i>Nicolo Gligo</i>	165
Cooperativismo y participación popular: nuevas consideraciones respecto de un viejo tema. <i>Roberto P. Guimarães</i>	181
Notas sobre el intercambio desde el punto de vista periférico. <i>Raúl Prebisch</i>	195
Publicaciones recientes de la CEPAL	207

## Seguridad social y desarrollo en América Latina

*Carmelo Mesa-Lago\**

Este artículo es una síntesis de un estudio mayor que la CEPAL encargó al autor sobre la situación financiera de la seguridad social en América Latina, que abarcaba a los 20 países latinoamericanos. Dichos países se agruparon de acuerdo con su situación en la seguridad social y se examinaron sus semejanzas y diferencias y sus tendencias en materia de financiamiento y equilibrio financiero. Entre la gran variedad de temas que abarca un estudio tan amplio el autor se concentra en la evolución histórica de la seguridad social, los problemas de cobertura, prestaciones, financiamiento y costos, y el impacto de la seguridad social en el desarrollo.

Como consecuencia de su examen el autor concluye que la seguridad social está urgida de reforma: en los países pioneros, para enfrentar problemas de financiamiento a corto plazo, residuos de la estratificación y del mantenimiento del nivel de prestaciones básicas; y en los países con sistemas de seguridad social más nuevos, para extender la cobertura con un sistema de financiamiento capaz de garantizar las prestaciones a largo plazo.

\*Consultor de la CEPAL y Director del Center for Latin American Studies de la Universidad de Pittsburgh.

## Introducción

En los cien años transcurridos desde la introducción en Alemania del seguro social —precursor de los programas modernos— se ha avanzado notablemente en este campo en muchos países de América Latina; estos programas han representado un papel fundamental tanto en prevenir la pérdida de ingreso del cabeza de familia, debido a riesgos sociales, como en desarrollar la medicina curativa. Ya desde fines del siglo pasado había 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 cumplieron respectivamente 70 y 60 años desde que se promulgaron las primeras leyes en el hemisferio que cubrían a los obreros contra los riesgos de accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales (Uruguay) y contra los riesgos de vejez, invalidez, muerte y enfermedad común (Chile). Estos países se adelantaron a los Estados Unidos en la introducción de ese tipo de programas y, aun hoy, lo aventajan en programas como los de enfermedad-maternidad y asignaciones familiares. Como en otras materias, América Latina es líder en el Tercer Mundo en cuanto al desarrollo de la seguridad social.<sup>1</sup>

Pero el progreso de la seguridad social no ha sido parejo en la región y tropieza con graves problemas incluso en los países en que ha logrado un mayor desarrollo. Si bien es cierto que varios países han alcanzado la cobertura universal 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, rama económica y unidad geográfica. El costo de la seguridad social es excesivo en muchos países con relación a su capacidad económica. Al comienzo del decenio de 1970 la carga de la seguridad social en los dos países pioneros llegó al 14% y 17% del PIB, proporción sólo superada en el mundo por los países más industrializados de Europa. A principios del decenio de 1980, esa carga se aproximaba o sobrepasaba el 10% del producto interno

<sup>1</sup>Un resumen de los avances de la seguridad social en América Latina en lo que va del presente siglo aparece en Tamburi (1984). Véase también Frank (1982).

bruto en cinco países, igualando el porcentaje de Japón; compárese además con un porcentaje de 13 a 14 en Estados Unidos, la Unión Soviética, España, Australia y Nueva Zelanda.

En el decenio de 1960 la seguridad social de los países pioneros mostró un desequilibrio actuarial y a veces financiero que se agudizó en el decenio de 1970 y se complicó aún más con la crisis económica de estos años. En un intento de resolver esta situación, algunos países latinoamericanos han reestructurado la seguridad social; las reformas más trascendentales y de signo

opuesto son la estatización del sistema cubano y la privatización del chileno.

Aparte la importancia económica de la seguridad social, su forma de financiamiento puede afectar la sustitución del trabajo por capital, la generación del ahorro y la inversión y la distribución del ingreso. Sólo en época reciente algunos organismos regionales o internacionales de desarrollo han comenzado a estudiar la seguridad social latinoamericana desde el punto de vista económico y a incluir este tema en algunos de sus estudios por países.

## I

### Evolución histórica de la seguridad social

En aras de la simplicidad, se utiliza sistemáticamente en este artículo el término 'seguridad social', concepto que engloba cinco programas principales: riesgos profesionales (cobertura de salud y monetaria contra los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales); pensiones por vejez, invalidez y sobrevivientes (también pensiones por antigüedad y cesantía o 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 otras prestaciones como el auxilio para funerales, préstamos personales y de vivienda, guarderías infantiles, así como programas de asistencia pública o social (atención de salud y pensiones a grupos de bajo ingreso que no pueden optar a los programas contributivos).

Técnicamente hablando, la mayoría de los países de América Latina tienen sistemas de seguro social obligatorio 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 del seguro social. Este último, introducido por Otto Bismarck en Alemania en el decenio de 1880 está basado 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, en el Reino Unido, del informe de Sir William Beveridge a comienzos del decenio del 1940 —con fuerte influencia del keynesianismo— se basa en una serie de principios innovadores que promueven: i) la unificación —bajo un solo 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 (principio de igualdad); iii) la cobertura total de la población, independientemente de si está empleada o no (principio de universalidad) y de todos los riesgos sociales (principio de integridad); iv) el financiamiento mediante impuestos, las prestaciones mínimas básicas pero suficientes —no relacionadas con las contribuciones— y la distribución progresiva del ingreso (principio de solidaridad); y v) regíme-

nes técnico-financieros de reparto (Mesa-Lago, 1959).

### 1. *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 aplicando 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 adquirió 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 diferencias entre los subsistemas eran significativas y generalmente injustificadas y el sistema general carecía de coordinación. El sistema estratificado tuvo efectos negativos: confusión jurídica, complejidad administrativa, altos costos operativos, dificultad para establecer un registro único y control efectivo de la evasión, obstáculos para combinar el tiempo de servicio y contribución acreditados en diversas instituciones, y desigualdades notables.

Las teorías explicativas de la evolución de la

seguridad social indentifican entre sus causas básicas el desarrollo económico<sup>2</sup> y la difusión o efecto de demostración generados por organismos internacionales y países pioneros (Collier y Messick, 1975), 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 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 muestran que, en general, mientras mayor sea el poder del grupo de presión, recibirá una cobertura más temprana y más completa, prestaciones más generosas y medios de financiamiento más ventajosos (Mesa-Lago, 1977a y 1978). 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 determinado orden social (Malloy, 1979). La evolución con predominio del papel de los grupos de presión ha sido 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 papel del Estado ha sido más representativa en sistemas políticos, también populistas, pero autoritarios de corte corporativista como los de Brasil bajo Getulio Vargas y Argentina bajo Juan Perón. En la práctica ambas fuerzas (los grupos de presión y el Estado) han funcionado entrelazadas en ambos tipos de sistemas políticos siendo a veces difícil determinar cuál era la predominante (Mesa-Lago, 1977b).

<sup>2</sup>Paukert (1968) ha intentado probar que la carga financiera de la seguridad social es un resultado del desarrollo económico y que mientras mayor sea esa carga mayor será la función redistribuidora del sistema. Zschock (1985) también sostiene que la seguridad social se extiende y se hace menos desigual con el crecimiento económico y del tamaño del gobierno. Por el contrario, Aaron (1967) ha aportado comprobaciones que refutan el punto de vista anterior y favorece la tesis de que la antigüedad del sistema es la variable explicativa más importante del nivel del gasto en seguridad social.

A medida que avanzaron los procesos de desarrollo económico, urbanización, sindicalización y movilización política en los países pioneros, los grupos desprovistos de protección adquirieron suficiente poder como 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 la 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. Los cambios políticos ocurridos en estos países en los decenios de 1960 y 1970 reforzaron el poder estatal frente a los grupos de presión (los que en muchos casos fueron desmovilizados o su poder notablemente reducido) y facilitaron el proceso de reforma de la seguridad social (Borzutsky, 1984).

En algunos países (Cuba, Brasil) casi todo el sistema fue unificado, en otros (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 la multiplicidad.

## 2. 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 del decenio de 1940, en que influyeron las nuevas tendencias en la materia que emanaban de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y del informe Beveridge, y que tratan de evitar los problemas creados en los países pioneros. Algunos de estos países eran entonces relativamente desarrollados (México), pero la mayoría tenía un escaso desarrollo indus-

trial y, en casi todos, el sector rural predominaba sobre el urbano. En estos países se creó un instituto gestor general encargado de cubrir a la población a toda la población aunque el sistema se circunscribía inicialmente a la capital y a las ciudades principales.

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, trabajadores de energía y ferrocarriles (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 (México, Costa Rica). Pero estos grupos suelen ser pocos y representan (con excepción de las fuerzas armadas y de los empleados públicos) un pequeño porcentaje en relación con el cubierto por el instituto gestor general.

En todo caso, aunque hay cierto grado de estratificación en todos estos países, nunca ha llegado a aproximarse al nivel que se alcanzó en el primer grupo. Por la aparición más tardía de la seguridad social en este segundo grupo, así como su unidad y uniformidad relativas, y su cobertura más baja de riesgos y población, estos sistemas generalmente no confrontan los problemas administrativos y financieros del primer grupo y, por lo tanto, no han necesitado reformas radicales. Sin embargo, los países que encabezan a este grupo (con la cobertura más alta, madurez creciente del programa de pensiones y altos costos) comienzan a sufrir los problemas financieros típicos del primer grupo. Costa Rica es el caso más agudo ya que, por su política de aceleración de la cobertura poblacional en los decenios de 1960 y 1970 sus costos de seguridad social se aproximan a los de países del primer grupo a pesar de que su programa de pensiones aún no ha madurado del todo.

## 3. Los países de aparición tardía de la seguridad social

Pudiéramos, 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 los decenios de 1950 y 1960, el organismo gestor general cubre a casi todos los asegurados (aunque las fuerzas armadas y, a veces, los empleados públicos tienen subsistemas aparte); la cobertura de la población es muy baja y a menudo circunscrita a la ciudad capital y ciudades más populosas. Estos países suelen no confrontar dificultades finan-

cieras a corto y mediano plazo y su principal problema es extender la cobertura poblacional.

Aunque el proceso de unificación ha avanzado en general en la región, aun subsisten sistemas estratificados o cuyos procesos de unificación no se han concluido. Más aún, la integración de las instituciones de salud (la seguridad social, el ministerio de salud, etc.) y de sus políticas es una necesidad urgente en la mayoría de los países. Por último, la seguridad social no ha sido incorporada a los planes nacionales, con muy pocas excepciones. Dicha incorporación facilitaría el proceso de unificación tanto de la seguridad social como de ésta con la salud.

## II

### Los problemas de cobertura, prestaciones, financiamiento y costos

#### 1. Cobertura

En general, las cifras sobre la cobertura estadística de la población en seguridad social, son muy deficientes. El estudio de CEPAL —basado en la encuesta y con cálculos relativamente uniformes— muestra que, en 1980, el 61% de la población total y de la población económicamente activa (PEA) estaban cubiertas, respectivamente, en cuanto a salud y pensiones. Sin embargo cuando se excluye al Brasil de los cálculos, la cobertura regional cae a 43% y, en la mayoría de los países no llega al 25%. Los países más desarrollados de la región fueron los primeros en introducir la seguridad social y en la actualidad tienen la cobertura poblacional total más alta, mientras que los menos desarrollados tienen la cobertura más baja: 100% al 75% en Cuba, Brasil, Argentina y Costa Rica; 74% al 50% en Uruguay, Chile, México y Panamá (los dos primeros países probablemente se colocan en el primer grupo cuando se añade la cobertura de indigentes y por mutuales); 49% al 25% en Venezuela y Bolivia; y 24 al 1% en Paraguay, Perú, Guatemala, Colombia, Nicaragua, Ecuador, República Dominicana, Honduras, El Salvador y Haití (Los países están ordenados de mayor a menor cobertura).

En la mayoría de los países, los asegurados son asalariados urbanos (y sus dependientes cercanos) mientras que los trabajadores agrícolas, los independientes (o por cuenta propia), los servidores domésticos y los desempleados (así como los dependientes de todos éstos) no están asegurados. En aproximadamente una cuarta parte de los países —los menos desarrollados— la cobertura se limita a la capital y las ciudades más importantes. La crisis económica de la década actual ha provocado una caída en la cobertura en varios países debido al incremento en el desempleo y el empleo por cuenta propia, así como por la evasión.

Parece existir una correlación positiva entre el grado de cobertura de la seguridad social, por una parte, y la calificación laboral, el ingreso y el nivel de desarrollo de las regiones de un país. Un análisis reciente de Brasil muestra una correlación positiva entre el grado de cobertura y la calificación o status laboral y el ingreso, registrándose la cobertura más baja entre los desempleados, trabajadores no calificados (especialmente agrícolas y por cuenta propia) y los de más bajo ingreso. Información de cuatro países (Colombia, Costa Rica, Chile y México) sobre el grado de cobertura (1979-1981) 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). Por último, información de seis países (Costa Rica, Chile, Guatemala, México, Panamá y Perú) sobre diferencias en el grado de cobertura geográfica (1979-1981) 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 cápita 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. En resumen, los grupos más necesitados 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 (CEPAL, 1985; Isuani, 1984, pp. 96 y 97; Isuani y Mesa-Lago, 1981).

La baja cobertura y su lenta extensión en la región parecen estar relacionadas con el modelo bismarckiano, importado de Europa, que se financia con contribuciones salariales de asegurados y empleadores. En muchos países latinoamericanos los asalariados no constituyen la mayoría de la fuerza laboral sino los trabajadores independientes o familiares sin remuneración. No es sorprendente pues que los países más desarrollados de la región tengan los porcentajes más altos tanto de la fuerza laboral asalariada como de cobertura de seguridad social, mientras que los países menos desarrollados tienen los porcentajes más bajos en ambas. Por regla general la cobertura no sobrepasa el porcentaje del sector urbano-formal (en algunos países incluye también el sector rural-moderno) dejando sin protección a los sectores urbano-informal y rural-tradicional. Unos pocos países han logrado

modificar el sistema de financiamiento e incorporar al sector no cubierto, mediante programas de asistencia pública (Costa Rica, Cuba, Chile) o transferencias del sector urbano al rural (Brasil) o programas especiales que cubren a la población campesina (Ecuador, México).

Uno de los problemas más serios de la seguridad social en la región es cómo acelerar la extensión de la cobertura y reducir sus desigualdades, a pesar de obstáculos estructurales y conyunturales.

## 2. Beneficios

Los países pioneros en seguridad social (Argentina, Brasil, Chile, Uruguay) cubren todos los riesgos sociales con diversos programas: pensiones, salud-maternidad, riesgos profesionales, desempleo y asignaciones familiares (Cuba no tiene un programa oficial de asignaciones familiares ni tampoco de desempleo —este último no parece necesario debido a la situación virtual de pleno empleo). Mientras más antiguo el sistema de seguridad social de un país, más generosas las prestaciones y más flexibles las condiciones de adquisición de derechos: la edad de retiro es relativamente baja porque la legislación inicial se promulgó cuando la esperanza de vida era menor; se conceden pensiones por antigüedad —independientemente de la edad del asegurado— que permiten el retiro a edades muy tempranas; se otorgan prestaciones de salud muy costosas como lentes de contacto, ortodoncia y tratamiento en el extranjero; y existen “beneficios sociales” como programas de viviendas, préstamos hipotecarios y personales, economatos, y servicios deportivos, y culturales. En los países pioneros la mayoría del gasto de prestaciones corresponde a pensiones llegándose al 80% (Uruguay) y la proporción exhibe una tendencia creciente, lo que se debe a la maduración del programa de pensiones y a la creciente longevidad de los pensionados. Esta tendencia combinada con factores demográficos y financieros parecen conducir a la postre al desequilibrio financiero.

La estratificación de la seguridad social típica de los países pioneros (al menos hasta que 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. En un estudio de cinco países se midieron 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 estudio, sin embargo, señala 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 (Mesa-Lago, 1978).

Los países en que la seguridad social aparece más tarde suelen no tener tantos programas como los países pioneros. Por otra parte muchos de estos países han dado prioridad a la extensión vertical, en vez de horizontal, de la seguridad social. El pequeño porcentaje de la población cubierta recibe más y más prestaciones, con lo que aumenta la dificultad para ampliar la cobertura al grueso de la población. Así pues la mayor fuente de desigualdad en estos países radica en la baja cobertura poblacional. En este grupo de países hasta un 80% de los gastos de prestaciones se dedica al programa de salud y, con frecuencia, las crecientes reservas del programa de pensiones se usan en parte para financiar la construcción y equipamiento de hospitales. Esta inversión, aunque justificable desde un punto de vista social, no es rentable financieramente y descapitaliza gradualmente el fondo de pensiones de forma que cuando el programa de pensiones madura todo el sistema confronta el desequilibrio financiero.

### 3. *Financiamiento y costo*

La seguridad social en América Latina se financia fundamentalmente con cotizaciones sobre la nómina salarial que, de acuerdo con la ley, pagan

el asegurado y el empleador, a más del Estado en algunos países. Mientras más antiguo el sistema de seguridad social de un país y mayor la cobertura, más alto el porcentaje de la cotización salarial total, así como la porción que legalmente debe pagar el empleador (la incidencia de esta cotización se discute en la sección siguiente). En los países pioneros la cotización salarial total fluctúa entre 26% y 46% y era aún más alta antes de que varios países la redujeran o substituyeran por el impuesto al valor agregado.

Según el porcentaje de la cotización salarial y la distribución de los ingresos recaudados por fuente, el asegurado paga menos de una tercera parte de la carga de seguridad social. Las dos terceras partes restantes provienen del empleador y, en menor cuantía, del Estado; la renta de las inversiones representa menos de un décimo del ingreso. Por tanto a base de la ley (sin tener en cuenta la incidencia) el asegurado sólo financia una fracción de las prestaciones y esta situación se hace potencialmente más inequitativa en países con una cobertura poblacional muy baja. Por ejemplo, en la República Dominicana, la cobertura es inferior al 8% y el asegurado contribuye un 17% de la cotización salarial total, sugiriendo que la población no asegurada contribuye (a través de posibles transferencias a precios y de impuestos) a la seguridad social del pequeño porcentaje cubierto.

Otro serio problema es la evasión de los empleadores, resultante de técnicas deficientes de registro, identificación y control de pagos. La inflación ha agravado este problema puesto que la demora en efectuar las contribuciones reduce su valor real. Además, el Estado a menudo evade sus obligaciones no sólo como contribuyente tripartito sino también como empleador. En países como Costa Rica, Ecuador y Perú la deuda estatal ha alcanzado magnitudes alarmantes y ha llegado a veces a amenazar el equilibrio financiero del sistema de seguridad social.

Los costos de la seguridad social en América Latina son los más altos entre los países en desarrollo y se acercan a los de países desarrollados como Japón. Según el estudio de CEPAL (1985), en 1980 los gastos de seguridad social como porcentaje del PIB fluctuaban del 1% al 11%, como sigue (los países se ordenan de mayor a menor porcentaje): 11% al 10% en Uruguay, Chile y Argentina; 9% al 7% en Cuba, Costa Rica y Pana-

má; 6% al 4% en Brasil y Colombia; 3% en México, Perú, Venezuela, Ecuador, Bolivia y Honduras; 2% en Paraguay, República Dominicana, Guatemala, Nicaragua y El Salvador; y 1% en Haití. En muchos países de la región la seguridad social confronta un desequilibrio actuarial y, en algunos, incluso una crisis financiera a corto plazo.

En general los países pioneros, con los sistemas más antiguos, tienen los porcentajes más altos y están en la peor situación actuarial-financiera. Los gastos del sistema aumentan sistemáticamente debido a las siguientes causas: la cobertura poblacional universal o casi universal; las prestaciones muy generosas; la madurez del programa de pensiones; el número creciente de pensionados que se retiran temprano y viven más años que lo que se proyectó inicialmente; el ajuste de las pensiones al costo de vida y los gastos crecientes en la medicina curativa (según el perfil patológico se asemeja al de los países desarrollados). Por otra parte, los ingresos del sistema son proporcionalmente menores debido a: la imposibilidad o dificultad de extender la cobertura más allá del punto logrado; la evasión y la demora en el pago de las cotizaciones (especialmente en países con inflación alta); el incumplimiento de las obligaciones estatales; la dificultad en aumentar las cotizaciones (puesto que ya son muy altas); y la rentabilidad muy baja o negativa de las inversiones.

La crisis económica de la década en curso ha acentuado los problemas financieros. El aumento del desempleo, la caída en los salarios reales y la bancarrota de muchas empresas han reducido el ingreso de la seguridad social. El peso del servicio de la deuda externa y otras prioridades internas ejercen fuertes presiones sobre el Estado para reducir o posponer sus obligaciones con la seguridad social. En algunos países los gastos del sistema continúan creciendo debido a las ra-

zones estructurales y coyunturales mencionadas.

En los países con los programas de pensiones más antiguos ha ocurrido un cambio gradual del método de financiamiento: del de "prima media uniforme" al de "prima media escalonada" y de éste al de "reparto". Esto significa una sustitución de la capitalización (que tiende a asegurar el pago de las pensiones futuras por un período largo de tiempo) por el reparto (que tiende a asegurar el pago sólo a base del año en curso). Por cuanto los gastos aumentan anualmente (debido al número creciente de pensionados) se trasfiere la carga a las generaciones futuras (una proporción cada vez menor de activos) las que deberán pagar cotizaciones crecientes. La viabilidad de dicha transferencia es dudosa tanto desde un punto de vista político como económico. El país con la peor situación en la región es Uruguay que, en 1983, tenía un cociente de carga demográfica de 0.8, o sea, aproximadamente un activo tenía que financiar a un pasivo. (En contraste, los cálculos actuariales de los Estados Unidos proyectan que a principios del siglo XXI la proporción será de dos activos financiando a un pasivo). Si estos países no fueron capaces de lograr el equilibrio actuarial y financiero cuando el cociente de carga demográfica era mucho más bajo, menos lo serán en el futuro cuando el cociente será mucho más alto.

Los países latinoamericanos con los sistemas de seguridad social más recientes no están amenazados con el desequilibrio financiero en el corto y mediano plazo. (Su problema principal es cómo extender la cobertura poblacional). Sin embargo, sus sistemas de seguridad social básicamente siguen el modelo de los países pioneros, con las fallas indicadas, por lo que con el tiempo harán frente a problemas similares. Estos países tienen más tiempo para cambiar el modelo por uno capaz de extender la cobertura con una base financiera más sólida.

### III

## El Impacto de la seguridad social en el desarrollo

En esta sección se analiza el impacto de la seguridad social latinoamericana en tres aspectos decisivos del desarrollo: el ahorro y la 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 escasa 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 (Musgrove, 1984). No obstante aquí se resume el estado en que se encuentra la discusión teórica, las pruebas empíricas (casi siempre obtenidas fuera de la región) y algunos estudios realizados sobre países específicos y las críticas a los mismos.

#### 1. 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 ese excedente pueda generar en otras fuentes de ahorro internas (sectores privado y público) y externas (Arellano, 1984; Wallich, 1982). 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 (estructura etárea de la población, tasa de incremento de los salarios, estado general de la economía). Los programas de riesgos a corto plazo (enfermedad-maternidad, desempleo) utilizan normalmente el régimen de reparto y no generan excedentes sino más bien déficit, mientras que los programas a largo plazo (pensiones) que usan regímenes de capitalización generan reservas cuantiosas que dan base a la inversión. No obstante ya se ha señalado la tendencia general en la región a substituir los regímenes de capitalización por los de reparto. Además, como se verá luego, la región

tiene un triste historial 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 (Arroba y otros 1980). 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 mientras 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 rápidamente, lo que expande 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 de 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 estimular 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 actuarial sano) influyen sobre su comportamiento en cuanto al ahorro y a la preferencia por un tipo de programa de seguridad social (de corto o largo plazo). En los países desarrollados con poblaciones más

envejecidas y seguridad social más solvente, el horizonte parece más distante que en América Latina donde por efecto de una población más joven, el desequilibrio financiero de la seguridad social y la superinflación, se da más importancia relativa a los programas de corto plazo como salud y asignaciones familiares (Arellano, 1984 y Musgrove, 1984). La seguridad social y el gobierno compiten por la misma base impositiva y algunos suponen que siempre hay un proceso de compensación (*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 exportaciones haciéndolas menos competitivas (con las de aquellos países que no tienen seguridad social o cuya carga es inferior) y contribuir así 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 OCDE no encontró pruebas de que la seguridad social afectara al ahorro privado o desacelerara el desarrollo (Break, 1981; Koskela y Virén, 1983). 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 (Wallich, 1982) encontró que la seguridad social había tenido un efecto negativo en el ahorro pero otro posterior (Arellano, 1984) consideró que, después de los ajustes necesarios, la seguridad social había generado un excedente (aunque decreciente) en vez de un ahorro negativo.

Pero si hay incertidumbre sobre los aspectos anteriores hay certeza al menos sobre la ineficiencia en la inversión de los fondos de reserva de la seguridad social en América Latina. En 1977, en 14 países estudiados por la OIT (1981), el porcentaje del ingreso de seguridad social procedente de las inversiones era inferior al 3.5% en nueve de ellos. En casi toda la región los organismos de seguridad social no están diseñados para actuar como intermediarios financieros, su personal no tiene experiencia en inversiones, no han desarro-

llado un plan de inversiones ni han coordinado éstas con los planes nacionales. Además hay un deficiente desarrollo 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 (Diéguez, 1978).

Las reservas normalmente se han invertido en: (a) bonos y otras obligaciones estatales, a menudo no negociables, que en la práctica han sido préstamos forzados para cubrir déficit presupuestarios, por lo que los organismos se han empapelado con "valores sin valor"; (b) préstamos personales e hipotecarios, generalmente a los asegurados, que ayudados por la inflación (y la falta de ajuste de los préstamos) han obtenido capital prácticamente gratis y descapitalizado a la seguridad social; (c) préstamos al programa de salud para cubrir sus déficit, plausibles desde el 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 (economatos para beneficio de los asegurados) y servicios (cines, teatros, deporte) también con rentabilidad muy baja (OIT, 1966). En casi 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.

En la práctica muchos de los programas de inversión suponen subsidios disfrazados a los asegurados y provocan la descapitalización gradual de las reservas de seguridad social. Esto a su vez ha tenido un grave impacto en el equilibrio financiero y actuarial de la seguridad social en muchos países de la región.

## 2. Distribución del ingreso y empleo

El impacto de la seguridad social en la distribución del ingreso es también tema debatido y sobre él 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 de 1970 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 (Mesa-Lago, 1980).

El financiamiento puede también ser 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 señalado que más de dos tercios de la contribución legal se asigna al Estado y al empleador. 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 en 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 suntuario, debe haber también un efecto regresivo cuando la cobertura es baja. Por otra parte se ha alegado que, si existen subsidios estatales a los bienes y servicios básicos o el grueso del impuesto a las ventas grava bienes no esenciales o suntuarios, es probable que el impacto sea neutro puesto que el grupo cubierto es también mayormente el gravado con el impuesto (Musgrove, 1984). 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 suele asignar una contribución mayor (o concreta su aporte) a grupos con ingresos relativamente más altos mientras que asigna una contribución me-

nor (o no la hace efectiva) a grupos con ingresos más bajos. Por ejemplo el Estado cubre los déficit 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 salarial real; y que se transfiera "hacia adelante", o sea, al consumidor mediante precios más altos. (Arroba y otros, 1980 pp. 320 a 330). La teoría mantiene que, a largo plazo, el empresario computa como costo de producción no sólo el salario sino todos los beneficios adicionales (incluso su contribución a la seguridad social) y tiene en cuenta ese costo total en la productividad marginal.

Consideremos el caso de la introducción o el incremento de la contribución del empleador para la seguridad social. Se supone 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 conjunto de compensación salarial que incluye prestaciones 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 casi universal 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 (o cotizaciones diversas en sistemas estratificados) permite al trabajador tomar empleos no cubiertos o con una cotización inferior. Se supone 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 opciones: 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.

Las comprobaciones empíricas sobre la transferencia son muy contradictorias y casi siempre se basan en la experiencia de países desarrollados. Musgrove (1984) tomó en cuenta tanto la cotización del empleador como la del trabajador y encontró que, a 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. Break (1981) basado en un estudio de 64 países que sólo tomaba en cuenta la cotización del empleador —pero suponía 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 sostiene 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 a 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.

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 (suponiendo que la cotización sea uniforme). En los países en desarrollo el asegurado no absorbe la cotización del empleador por lo que o bien éste la absorbe y reduce la demanda de trabajo, o bien la transfiere al consumidor. En este caso el impacto negativo en el empleo sería menor pero no neutro pues algunos empleadores podrían transferirla más fácilmente que otros (y el empleador no cubierto no tendría que transferirla).

Los países latinoamericanos más desarrollados se asemejan 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.<sup>3</sup> 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. (Foxley y otros, 1977; Wilson, 1984). 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 las 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 considerablemente el costo laboral de este grupo. Segundo, en varios de estos países (como Chile por lo menos hasta mediados del decenio de 1970) el método de fijación de precios más frecuentemente usado es el costo medio más un margen de ganancia, lo que facilita la transferencia hacia adelante. Tercero, en los países en que hay medidas proteccionistas de las industrias de bienes de consumo también se facilita el alza 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 nueva mano de obra. 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 oligopolistas— aunque, para que sea importante, la elasticidad de sustitución del producto gravado debe ser cercana a cero. El impacto de esta transferencia debe ser regresivo 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

<sup>3</sup>Musgrove (1984) considera que aun en los países en desarrollo la mano de obra calificada no es abundante y supone que en la negociación con el Estado o el empleador se

incluye la cotización del empleador como parte del conjunto salarial, por lo que su oferta no es perfectamente elástica y paga probablemente parte de dicha cotización.

países que tienen cobertura casi universal este efecto regresivo disminuiría suponiendo que hay también uniformidad en la cotización. En este caso también podría ocurrir, a mediano o largo plazo, una inversión de la transferencia (hacia atrás) con un efecto similar al de 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 dar un gran impulso a la inflación y reducir los salarios reales. Este podría ser el caso de los países con sistemas más desarrollados de seguridad social y tasas muy altas de inflación.

Otro punto de vista destaca 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 supone que la cotización del empleador no se transfiere (hacia adelante o hacia atrás) por lo que el efecto sería una reducción (o estancamiento) de la demanda de trabajo en el sector formal. Con este enfoque la seguridad social (a veces unida a una política de incentivos al capital) incrementa el costo relativo del factor trabajo frente al capital por lo que se estimula una sustitución del primero por el segundo. 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 creciente 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 (Kornevall, 1977). 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.

Se ha señalado 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 (Tokman, 1984). 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 mayor 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 suelen tener un impacto más progresivo que las pensiones. Estas se calculan en casi todos los países de forma proporcional al ingreso del asegurado y, por tanto, reproducen las desigualdades de la distribución general del ingreso. Por el contrario, las prestaciones de salud son básicamente iguales, o sea, no son proporcionales al ingreso, aunque en los sistemas estratificados haya diferencias 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 y de higiene) 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 lo que serían si las prestaciones se midieran no por su costo sino por lo que el usuario estaría dispuesto a pagar por ellas (Musgrove,

1984). 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 (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 lo que acentúa el impacto regresivo; no obstante esto se compensa con la extensión de la cobertura y los programas de asistencia social a los no cubiertos (Mesa-Lago, 1980).

### 3. Estudios empíricos en América Latina sobre el impacto en la distribución

Los estudios empíricos en América Latina sobre el 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 (CEPAL, 1969) es el de Argentina que midió el impacto redistributivo del programa de pensiones (1950-1960) y muestra 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. Diéguez y Petrecolla (1974) compararon las prestaciones medias entre distintos grupos cubiertos en 1952-1972 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 mayor, y el Estado cubrió el déficit.

El estudio de Rezende (1974) sobre el 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 (enferme-

dad-maternidad y pensiones) que duplicaron su contribución, mientras que el grupo de más alto ingreso recibió de una tercera a una quinta parte de lo que contribuyó. 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 (Véase también Rezende y Mahar, 1974). En Costa Rica se han hecho dos estudios sobre el impacto redistributivo del programa de enfermedad-maternidad. El de Green (1977), sobre el ingreso personal fue realizado en 1973 cuando aún las cotizaciones tenían topes y la mitad de la población no estaba cubierta, y mostró un efecto casi neutro. El de Briceño y Méndez (1982), sobre el ingreso familiar, realizado 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.

Chile es el país con más estudios sobre el tema y la mayoría indica un efecto regresivo en la distribución del ingreso por transferencia de los no cubiertos a los cubiertos y, dentro de estos últimos, por transferencias de grupo de ingreso más bajo a los de ingreso superior (Mesa-Lago, 1978). El estudio más reciente (Foxley y otros, 1977), realizado en 1969, muestra un efecto regresivo en el financiamiento y progresivo en las prestaciones, con un efecto neto o ligeramente progresivo: un 0.5% transferido del 2% del grupo con el ingreso más alto al 30% con el ingreso más bajo. Pero este estudio excluyó 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 media 1.6 veces mayor que el grupo superior (Arellano, 1976).

Si los estudios en los países latinoamericanos más desarrollados muestran 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 artículo.

### Bibliografía

- Aaron, H. (1967): Social security: international comparisons. *Studies in the economics of income maintenance*. Otto Eckstein (comp.). Washington D.C.: Brookings Institution.
- Arellano, J.P. (1976): Gasto público en salud y distribución del ingreso. *Salud pública y bienestar social*. Mario Livingston y Dagmar Raczynski (comp.). Santiago de Chile: CIEPLAN.
- Arellano, J.P. (1984): The impact of social security on savings and development. *The crisis of social security and health care*. Carmelo Mesa-Lago (comp.). Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, capítulo 7.
- Arroba, G. y otros (1980): *El impuesto al valor agregado en el financiamiento de la seguridad social y el proceso de integración latinoamericano*. Washington D.C.: BID/INTAL.
- Borzutsky, S. (1984): Politics and social security reform. *The crisis of social security and health care*. Carmelo Mesa-Lago (comp.). Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, capítulo 9.
- Break, G. (1981): The economic effects of the OAST program. *Social security financing*. Felicity Skidmore (comp.). Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Briceño, E.A. y E.A. Méndez (1982): Salud pública y distribución del ingreso familiar en Costa Rica. *Revista ciencias económicas*, 1:2/2:1-2.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1969) *Economic development and income distribution in Argentina*. Nueva York: Naciones Unidas.
- (1985): *El desarrollo de la seguridad social en América Latina* (LC/G. 1334). Estudios e Informes de la CEPAL. N° 43. Santiago de Chile.
- Collier, D. y R.E. Messick (1975): Prerequisites versus diffusion: testing alternative explanations of social security adoption. *American political science review*, 69 (diciembre), 1299-1315.
- Diéguez, H.L. (1978): *La seguridad social en América Latina: Reflexiones sobre sus características y problemática*. Buenos Aires: Instituto Torcuato di Tella, Centro de Investigaciones Económicas, N° 84.
- Diéguez, H.L. y A. Petrecolla (1974): La distribución funcional del ingreso y el sistema previsional en Argentina, 1950-1972. *Desarrollo económico*, 55 (octubre-diciembre).
- Foxley, A. y otros (1977): *Efectos de la seguridad social sobre la distribución del ingreso*. Santiago de Chile: Estudios CIEPLAN, N° 8.
- Frank, B. (1982): *La seguridad social en América Latina*. Washington D.C.: OEA/CIES.
- Green, D.W. (1977): *Some effects of social security programs in the distribution of income in Costa Rica*. Ph. D. dissertation, University of Pittsburgh. [Musgrove (1984) hizo una crítica de este estudio].
- Isuani, E. (1984): Social security and public assistance. *The crisis of social security and health care*. Carmelo Mesa-Lago (comp.). Pittsburgh: University Pittsburgh Press.
- Isuani, E. y C. Mesa-Lago (1981): *La seguridad social en Panamá: avances y problemas*. Informe al ILPES.
- Kornevall, C. (1977): Un cambio en el financiamiento de la seguridad social y sus efectos en el empleo. *El trimestre económico*, 44:2 (abril-junio).
- Koskela, E. y M. Virén (1983): Social security and household savings in an international cross section. *American economic review*, 73:1 (marzo).
- Malloy, J. (1979): *The politics of social security in Brazil*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Mesa-Lago, C. (1959): *Planificación de la seguridad social*. Madrid: otss.
- (1977a): *Modelos de seguridad social en América Latina: estudio comparativo*. Buenos Aires: Ediciones SIAP.
- (1977b): Investigación multidisciplinaria comparativa sobre los sistemas de seguridad social en América Latina. *Seguridad social*, 25: 105-106 (mayo-agosto).
- (1978): *Social security in Latin America: pressure groups, stratification and inequality*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- (1980): Seguridad social y pobreza crítica en América Latina. *¿Se puede superar la pobreza?* Sergio Molina (comp.). Santiago de Chile: CEPAL/ILPES.
- Musgrove, P. (1984): The impact of social security on income distribution. *The crisis of social security and health care*. Carmelo Mesa-Lago (comp.). Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, capítulo 6.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (1966): *Papel de la seguridad social y del mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo en el progreso social y económico*. Ottawa: OIT.
- (1981): *El costo de la seguridad social*. Ginebra.
- Paukert, F. (1968): Social security and income redistribution. *The role of social security in economic development*. Everett M. Kassalow (comp.). Washington D.C.: Government Printing Office.
- Rezende, F.A. (1974): *Redistribution of income through social security: the case of Brazil*. 31st Congress of the International Institute of Public Finance.
- Rezende, F.A. y D. Mahar (1974): *Saúde e previdência social: una análise econômica*. Río de Janeiro: IPEA.
- Tamburi, G. (1984): Social security in Latin America: trends and outlook. *The crisis of social security and health care: Latin American experiences and lessons*. Carmelo Mesa-

- Lago (comp.). Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, Latin American Monograph and Document Series N° 9.
- Tokman, V.E. (1984): Comment. *The crisis of social security and health care*. Carmelo Mesa-Lago (comp.). Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Wallich, C. (1982): *Savings mobilization through social security: the experience of Chile*. World Bank Staff Working Papers N° 558.
- Wilson, R.R. (1984): The impact of social security on employment. *The crisis of social security and health care*. Carmelo Mesa-Lago (comp.). Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, capítulo 8.
- Zschock, D.K. (1985): *Review of medical care under social insurance in Latin America*. Washington D.C. USAID, marzo.