

## **CONTEXTO SOCIAL, ECONÓMICO Y POLÍTICO DE LAS REFORMAS:**

### **VISIÓN DESDE LOS PAÍSES**

**(Extractado del libro "Evaluación de las Reformas -**

**Informe sobre la Seguridad Social en America 2003" )**

Conferencia Interamericana de Seguridad Social – CISS

2da. Parte

*Contribuciones por país:*

Argentina: Jorge D'Angelo y Alfredo Gamietea

Brasil: Baldur Schubert y Helmut Schwarzer

Chile: Gonzalo Bustos

Colombia: Juan Carlos Cortés

Costa Rica: Carlos Enrique Fuentes

Estados Unidos: Joseph A. Gribbin

México y guión de análisis: Antonio Ruezga

*Editor:*

Antonio Ruezga

Los documentos originales, con la discusión detallada de cada país, pueden ser solicitados a la CISS.



## CONTEXTO SOCIAL, ECONÓMICO Y POLÍTICO DE LAS REFORMAS: VISION DESDE LOS PAISES

### 2da. Parte

#### 3. CHILE

En los últimos veintitrés años, en Chile se han llevado a cabo profundas reformas a los dos principales sistemas de seguridad social, el de pensiones y el de salud, las cuales han dado lugar a modelos que han servido de base para que otros países también hayan modificado sus propios regímenes.

Este extracto presenta un resumen de los sistemas de pensiones y salud, aun cuando este último régimen enfrenta en la actualidad un nuevo y profundo proceso de cambio. Adicionalmente se presentan los aspectos más relevantes del recientemente implementado sistema de Seguro de Cesantía, que opera en Chile desde octubre de 2002. Por último, se hace mención a las iniciativas que se han llevado a cabo con relación a los sistemas de protección del Adulto Mayor.

##### *3.1 Origen de las reformas*

Hasta fines de 1980, en el régimen de pensiones, Chile aplicó un sistema basado en el esquema financiero de reparto, en el cual la jubilación era un derecho garantizado por el Estado. Éste, al ser el primer responsable del financiamiento de las prestaciones, traspasaba todos los costos de esta obligación a la economía nacional, lo que se veía reflejado en un déficit creciente de año en año. Lo anterior trajo como consecuencia un sistema deficitario y claramente inequitativo, siendo los más perjudicados los imponentes adscritos al régimen del seguro social, que cubría a más del 70 por ciento de la población, precisamente, los trabajadores de menores ingresos.

A los problemas financieros se sumaron otros factores, como el aumento de las expectativas de vida unido a la disminución de las tasas de natalidad, lo que aumentaba el deterioro en la relación entre activos y pasivos. Otro problema fue la falta de un estatuto jurídico único, lo que provocó que llegaran a existir 32 Cajas de Previsión que, en total, administraban más de 200 regímenes, lo cual conducía a una fuerte discriminación en favor de algunos grupos sociales y en contra de otros.

##### *3.2 Características del sistema reformado*

Con el Decreto Ley No. 3.500 de noviembre de 1980, entra en vigencia en Chile un régimen obligatorio de pensiones basado en la capitalización individual de

contribuciones definidas, una administración privada competitiva y libertad de elección para el afiliado. Este régimen, planeado para sustituir completamente a los regímenes de reparto ya indicados, es el primero que se conoce con estas características dentro de los sistemas de seguridad social de alcance nacional.

En su puesta en marcha, los trabajadores afiliados al antiguo régimen y aquéllos que iniciaron sus labores hasta diciembre de 1982, pudieron optar entre ambos sistemas de pensiones, existiendo para el resto de los trabajadores la obligación de incorporarse al régimen establecido por el mencionado Decreto Ley. Por tanto, en materia de pensiones coexisten por algún tiempo ambos sistemas.

El sistema de capitalización individual obliga a los trabajadores dependientes a ahorrar en una cuenta personal abierta en una Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) de su elección, con el objeto de financiar sus pensiones de vejez e invalidez, así como las de sobrevivencia de sus beneficiarios. Por su parte, los trabajadores independientes pueden incorporarse voluntariamente al sistema.

El Estado, en su rol subsidiario, garantiza un nivel de pensiones mínimas para aquellos trabajadores que, cumpliendo los requisitos que más adelante se indican, no cuentan con una acumulación de fondos suficiente para alcanzar dicho nivel.

A junio de 2002, el ahorro de los trabajadores acumulado en sus cuentas de capitalización individual sumaban en total 37 mil 66 millones de dólares, lo que representa más del 55 por ciento del PIB y que implica en promedio cerca de 4 millones de pesos por afiliado. Además, en 21 años, el sistema ha permitido que muchos chilenos accedan a través de la inversión del ahorro, al financiamiento de viviendas a créditos hipotecarios y a proyectos de empresas que dan empleo, entre otras materias.

Las prestaciones del nuevo sistema se traducen, básicamente, en pensiones de vejez, invalidez y sobrevivencia. Cada una de ellas tiene su propia modalidad de financiamiento y pueden pagarse en la forma de:

**Retiro Programado**, que lo paga la AFP y bajo la cual el afiliado o beneficiario asume el riesgo de rentabilidad del Fondo de Pensiones y el de sobrevivencia, aunque mantienen la propiedad sobre sus fondos.

**Renta Vitalicia Inmediata**, en que el afiliado contrata el pago de la pensión con una compañía de seguros de vida, la que se compromete a pagar una renta mensual hasta su fallecimiento y, posteriormente, pensiones de sobrevivencia a sus beneficiarios.

**Renta Temporal con Renta Vitalicia Diferida**, en que el trabajador contrata con una compañía de seguros de vida el pago de una renta vitalicia mensual a contar de una fecha futura posterior al momento que se pensione. Antes de esa fecha, el afiliado recibe mensualmente de la AFP una pensión que se calcula distribuyendo los fondos retenidos para este propósito en la cuenta personal, como pagos ciertos a la misma tasa usada para el cálculo de los retiros programados.

Las pensiones de vejez se pagan a los trabajadores que han perdido su capacidad de generar ingresos como consecuencia de la edad, 65 años para los hombres y 60

las mujeres. Sin embargo, pueden pensionarse antes de esas edades si el ahorro del afiliado en su cuenta individual permite financiar una pensión. La misma ley se encarga de determinar los montos mínimos para optar por una pensión anticipada.

Las pensiones de invalidez sustituyen remuneraciones de quienes durante su vida activa se enfermen o tienen un accidente común que los deja inválidos, total o parcialmente. La invalidez proveniente de accidentes del trabajo o de enfermedades profesionales origina prestaciones que se rigen por un sistema diferente, el cual está reglamentado por la ley No. 16.744 y administrado por las mutualidades de empleadores.

Las pensiones de sobrevivencia se generan por fallecimiento de los afiliados activos o pensionados y se otorgan al cónyuge, al cónyuge inválido y a los hijos que reúnan los requisitos que define la ley. En determinados casos tienen derecho, también, la madre de hijos no matrimoniales del causante, así como los padres del afiliado.

El sistema de pensiones es administrado por instituciones privadas, denominadas Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), las que deben estar constituidas como sociedades anónimas cuyo objeto exclusivo es administrar fondos de pensiones y otorgar las prestaciones y beneficios que establece el Decreto Ley No. 3.500.

Las compañías de seguros de vida participan en la administración del régimen a través de la venta de seguros de rentas vitalicias, el pago de pensiones transitorias de invalidez y el financiamiento de la diferencia que —en caso de muerte o de invalidez definitiva— se produce entre el valor presente de las pensiones y el saldo acumulado en la cuenta de capitalización individual de un afiliado.

A fines de la década de los 70, al Estado le correspondía la administración del 100 por ciento de la atención de salud, con una tímida participación del sector privado en materias de libre elección. De esta forma, el Estado ejercía una acción hegemónica, donde se asignaba al Poder Ejecutivo todas las funciones de control, regulación, administración y otorgamiento de prestaciones médicas en Chile.

A partir de la reforma dictada en 1980, las personas pueden optar por el sistema de salud de acuerdo a sus preferencias, público o privado, financiando el esquema con una cotización obligatoria.

Esto es, el Régimen Estatal de Salud queda conformado como un sistema único y universal que posee a su vez, dos modalidades de atención: Libre Elección e Institucional, las que pueden ser utilizadas in distintamente y en todo momento por sus beneficiarios. El financiamiento de ambas modalidades proviene de un fondo único conformado por las cotizaciones de los trabajadores —7 por ciento de sus rentas— y las transferencias de recursos fiscales. Dicho fondo es administrado por el Fondo Nacional de Salud, FONASA, ente que sólo ofrece un Plan Único” de bonificaciones a sus beneficiarios, a diferencia de las instituciones privadas.

Dentro de este contexto, se dicta el Decreto con Fuerza de Ley No. 3 de 1981 del Ministerio de Salud, que fija las normas para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios de salud por las Instituciones de Salud Previsional, ISAPRE, las que, al igual que los afiliados, tienen libertad absoluta para pactar las características y el

nivel de beneficios en esta materia, a través de un Contrato de Salud” en que la institución y el cotizante pactan la cobertura de medicina curativa que recibirán éste y sus familiares.

Los organismos responsables de proporcionar la atención básica de salud son los Servicios de Salud, que integran el Sistema Nacional de Salud. El sistema estatal prohíbe a dichos organismos negar atención a quien lo requiera o condicionarla al pago de tarifas o aranceles, sin perjuicio de las contribuciones que exige la ley.

Actualmente, se encuentra en tramitación legislativa el proyecto de reforma más importante de los últimos veinte años. Este proyecto considera reformas a los beneficios que se otorgarán a la autoridad sanitaria e inclusive a las ISAPRE.

En cuanto a los beneficios, la reforma crea al llama do “Plan AUGE”, que busca garantizar la equidad en el acceso a la atención de salud, tanto preventiva como curativa, con independencia de la capacidad de pago de las personas. La principal herramienta propuesta para generar equidad es la definición de un plan de acceso universal que define para toda la población actividades de salud garantizadas universalmente por el Estado, sin discriminación de ninguna índole. Este plan garantizado es estándar, no excluyente, universal, integral y total.

### *3.3 Resultados de las reformas*

El resultado más claro de las reformas es que éstas no se han detenido. En marzo de 2002 entró en práctica una que modificó el ahorro previsional de carácter voluntario, entregándose un incentivo tributario significativo para estimular el ahorro de los trabajadores, especialmente para los que cotizan por sobre el tope imponible: 60 Unidades de Fomento, que equivalen a mil 450 dólares aproximadamente.

Asimismo, en octubre de 2002 entraron en vigencia los Multifondos, calificado como “el cambio más significativo que haya tenido el Sistema de AFP en sus 21 años de vida”. A través de los Multifondos, los afiliados disponen de cinco Fondos para elegir la opción que más se acerca a sus necesidades y preferencias, fondos que se diferencian de acuerdo a la cantidad de instrumentos de renta fija y renta variable en que se invierten los ahorros. El objetivo de este cambio es elevar en el tiempo el monto de las pensiones, a través de mecanismos de inversión que se ajusten a las necesidades individuales.

En octubre de 2002, un Nuevo Seguro Obligatorio de Cesantía fue puesto en práctica para cubrir eventuales períodos de desempleo originados por causas voluntaria o involuntaria. Se basa en el financiamiento compartido por los trabajadores —un 0.6 por ciento va a la misma cuenta individual y un 0.8 por ciento a un Fondo Solidario—, y el Estado —que aporta anual mente un monto que se destina al Fondo Solidario. Estas cotizaciones tienen el carácter de previsionales y son libres de impuestos.

El seguro es administrado por un gestor privado que adquiere tal condición mediante una licitación pública y que dura 10 años. En la única efectuada hasta el momento, ganó la oferta un consorcio formado por las Administradoras de Fondos de Pensiones.

El Seguro de Cesantía es obligatorio para los trabajadores dependientes regidos por el Código del Trabajo, que comienzan a trabajar o reinician actividades laborales a partir del 2 de octubre de 2002. Pero la renovación de un contrato ya vigente al 1 de octubre de 2002 no genera tal obligatoriedad. También, aquellos trabajadores contratados antes del 2 de octubre de 2002 pueden ingresar al sistema en forma libre y voluntaria.

Para acceder al pago del beneficio, el afiliado debe tener acreditadas un mínimo de 12 cotizaciones en forma continua o discontinua cuando el contrato es a plazo indefinido. El asegurado podrá realizar un retiro mensual de su cuenta individual por cada año o fracción superior a 6 meses de cotizaciones que registre desde su afiliación, con un máximo de 5 giros. Si el trabajador ha sido despedido por “necesidades de la empresa” o “caso fortuito o fuerza mayor —pérdida de trabajo involuntaria— tiene derecho a optar al Fondo de Cesantía Solidario, el cual asegura montos mínimos de retiro. En este caso, se requiere acreditar 12 cotizaciones continuas.

La Ley establece, sin embargo, que antes de otorgar cualquier beneficio con cargo al Fondo Solidario, el ente administrador —Administradora de Fondo de Cesantía, AFC Chile— debe enviar los antecedentes del afiliado a la Oficina de Intermediación Laboral dependiente de la municipalidad del domicilio del asegurado, a fin de que ésta pueda ofrecerle un trabajo o una beca de capacitación financiado por el Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE). En caso de que la renta del trabajo ofrecido sea igual o superior al 50 por ciento de la percibida antes de quedar cesante, y el afiliado rechace la oferta por una causa injustificada, pierde el derecho a pago del seguro.

### **3.4 Estructuras sociales: el estatus de los mayores**

El creciente y significativo aumento de los adultos mayores exige un nuevo enfoque para responder a situaciones nuevas hasta ahora, tales como la calidad de vida, derechos, integración y otras. Estos reclaman y exigen espacios en donde puedan interactuar con el resto de la sociedad. Surgen así los movimientos asociativos de adultos mayores, conformando uniones, clubes, centros, en definitiva, creando organización social. Hoy el 20 por ciento de los adultos mayores están organizados, esto es, alrededor de 300 mil personas. Lo anterior implica que los adultos mayores se han transformado en actores sociales legitimados ante las autoridades tanto a nivel comunal, regional y nacional.

Tal vez, la más importante modificación legal en cuanto a la integración a la sociedad de las personas de la tercera edad, ha sido la incorporación de los pensionados al régimen de Cajas de Compensación ocurrida en diciembre de 1997 mediante la Ley No. 19.539. Esta ley permite a los pensionados —con excepción de los que provengan de la Caja de Previsión de la Defensa Nacional y de la Caja de Previsión de Carabineros— el acceso a los beneficios aportados por las Cajas, entre los que destacan las prestaciones adicionales y complementarias.

Su incorporación es voluntaria, y los afiliados deben concurrir al financiamiento del sistema con un aporte que no puede ser superior al 2 por ciento de su pensión.

Entre las prestaciones a las que tienen acceso los pensionados se cuentan diversos servicios de salud —convenios de atención dental—, asistencia legal, recreación y turismo, educación, cultura y beneficios de carácter económico, como bonos por conceptos de asignación de matrícula universitaria para pensionados estudiantes o sus cargas familiares, asignación por fallecimiento de cargas y asignación por fallecimiento del pensionado.

Pero es quizá el acceso al crédito social, la gran ventaja que ha representado para los pensionados la incorporación al sistema. Este crédito se realiza en sumas de dinero a los pensionados, cuyos requisitos son más bajos que los exigidos en el sector financiero y con menores tasas de interés.

A diciembre de 2000 se habían afiliado al sistema más de 300 mil pensionados.

## 4. COLOMBIA

### 4.1 Origen de las reformas

En 1990, con la Ley 50 se modificó el régimen laboral que trajo consigo las administradoras de cesantía y pensiones. Posteriormente, en 1993 con la Ley 100 se crea el “Sistema de Seguridad Social Integral” y el Estado promueve la competencia entre el sistema público y el sistema privado, al cual dota de facultades legales para prestar servicios de salud, cubrir riesgos y enfermedades profesionales y ampliar la administración de prestaciones económicas como pensiones y cesantías.

La Seguridad Social Integral se definió como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen las personas y la comunidad para gozar de calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente, las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

Los colombianos antes del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud creado a través de la Ley 100 de 1993 tenían las siguientes posibilidades para acceder a los servicios médicos:

1. Ir a los hospitales y centros de salud del Estado.
2. Asistir a las clínicas y centros privados si tenían capacidad para pagar los servicios.
3. Asistir al Instituto de Seguros Sociales (ISS) si eran trabajadores dependientes y estaban vinculados a la seguridad social.
4. Afiliarse a una Caja de Previsión Social si eran empleados públicos: distritales, departamentales o nacionales.
5. Pagar un seguro médico privado.



6. Acudir a las Cajas de Compensación Familiar si estaban afiliados a éstas.

Sin embargo, este modelo tenía serios problemas:

- Cada año nacían 200 mil niños sin ninguna atención médica.
- Más de la mitad de los colombianos no tenían ninguna seguridad social.
- Algunas personas podían estar cobijadas por las seis posibilidades de salud.
- El sistema, con más de mil entidades de previsión tenía un déficit financiero generalizado.

Éstos y otros problemas fueron fruto de un sistema de salud paternalista y de caridad que el Estado mantuvo por más de cien años, desde la Constitución Política de 1886.

Las mil 40 cajas de previsión tanto de índole nacional como territorial que existían antes de la reforma, y cuyo origen se remonta a 1945, no se autofinanciaban, sino que funcionaban con aportes del Estado y trabajadores públicos. Estas cajas presentaban un inadecuado manejo administrativo y carecían de recursos suficientes para su sostenimiento.

En cuanto al Sistema de Subsidio Familiar es importante indicar que la década de los noventa, con la reforma constituye una fase trascendental en su evolución, no sólo por la expedición de la nueva Carta Política, cuyos principios y normas reafirman el carácter de la seguridad social y la obligación pública de proteger la familia como núcleo básico de la sociedad, sino porque a partir de entonces se amplía el ámbito de acción de las Cajas, bajo una nueva normatividad, en nuevas temáticas y frente a nuevas poblaciones. Es la etapa de la incorporación de las cajas en el sistema de vivienda de interés social y de seguridad social en salud, al igual que el momento en que se determina su participación en el sistema de educación.

#### *4.2 Características del sistema reformado*

La Seguridad Social en Salud fue concebida en la Ley 100 de 1993 como un sistema para regular el servicio público esencial de salud, y para crear condiciones de acceso en todos los niveles de atención que permitieran garantizar a todas las personas sus derechos a la salud, a la vida y la seguridad social, bajo el imperio del estado social de derecho y con fundamento en los principios de la dignidad humana, de la solidaridad y la prevalencia del interés general.

El sistema de salud se financia con recursos estatales nacionales y territoriales — municipales, distritales y departamentales — y con los recursos de los trabajadores y empleadores, así como con las rentas de destinación específica — por ejemplo, juegos de suerte y azar, diferentes loterías y chance — y recursos de las Cajas de Compensación.

El sistema de seguridad social en salud está dividido en subsistemas: el contributivo, el subsidiado y la atención a la población vinculada.

**El régimen contributivo**, se financia con los aportes de empleadores y trabajadores, los cuales, en total aportan el 12 por ciento sobre su ingreso base. A este régimen pertenecen las personas que tienen capacidad de pago, entre las que se encuentran los trabajadores independientes. Todos los habitantes del territorio nacional con capacidad de pago deben afiliarse al régimen contributivo a través de una Entidad Promotora de Salud (EPS).

**El régimen subsidiado**, se financia con recursos provenientes de ingresos corrientes de la nación, recursos de las entidades territoriales y recursos de las Cajas de Compensación. A este régimen pertenecen las personas que no tienen capacidad de pago y es administrado por los Administradores del Régimen Subsidiado (ARS), a los cuales se afilian las personas que han sido seleccionadas por el sistema de identificación de beneficiarios (SISBEN) aplicado por las entidades territoriales.

El régimen subsidiado:

- Es ambicioso, trata de lograr asegurar a un tercio de la población colombiana.
- Se basa en la consecución de nuevos recursos para su financiamiento.
- Se dedica a un fondo de solidaridad uno de los 12 puntos de los aportes de todos los trabajadores.
- El Estado debe colocar similar cantidad de recursos a dicho fondo, provenientes de otros impuestos.
- Deben fortalecerlo impuestos adicionales al petróleo.
- Los municipios deben dedicar al aseguramiento de la población pobre el 60 por ciento de los nuevos recursos para salud transferidos por la Nación.

*Los vinculados*, son aquellas personas que no pertenecen al régimen contributivo ni al subsidiado. Son quienes por incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado, tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y las privadas que tengan contrato con el Estado.

El Sistema General de Pensiones tiene por objeto garantizar a la población el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte, mediante el reconocimiento de las pensiones y prestaciones económicas.

Según la Corte Constitucional, las pensiones son una prestación social básica, que opera como compensación al esfuerzo laboral diario de muchos años.

A partir de la Ley 100 el subsistema de pensiones colombiano es administrado en dos regímenes separados:

- De Ahorro Individual con Solidaridad.
- De Prima Media con Prestación Definida.

El Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad es el conjunto de entidades, normas y procedimientos mediante los cuales se administran los recursos privados y públicos destinados para las pensiones y prestaciones que deban reconocerse a sus afiliados.

Está basado en el ahorro proveniente de las cotizaciones y sus respectivos rendimientos financieros, la solidaridad a través de garantías de pensión mínima y aportes al fondo de solidaridad.

Los afiliados al régimen tendrán derecho al reconocimiento y pago de pensiones de vejez, de invalidez y sobrevivientes e indemnizaciones, cuya cuantía dependerá de los aportes de los afiliados y empleadores y sus rendimientos financieros.

En la administración del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad intervienen las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) públicas o privadas, quienes deben contratar con compañías que operan el ramo de seguros previsionales, el seguro que garantice la financiación de las pensiones de invalidez y sobrevivientes de sus afiliados en casos de eventos de origen común.

En el Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida, los afiliados y sus beneficiarios obtienen una pensión de vejez, de invalidez o de sobrevivientes o una indemnización previamente definida.

Es un régimen solidario de prestación definida en el que los aportes de los afiliados y sus rendimientos constituyen un fondo común de naturaleza pública, que garantiza el pago de las prestaciones de quienes tengan la calidad de pensionados en cada vigencia.

El Régimen de Prima Media con Prestación Definida es administrado por entidades estatales, siendo la principal el Instituto de Seguros Sociales, única con derecho a realizar nuevas afiliaciones.

Dentro del Sistema de Subsidio Familiar, las Cajas de Compensación Familiar son corporaciones privadas sin ánimo de lucro, que tienen por misión administrar los recursos destinados por los empleadores para el cubrimiento de la prestación social de subsidio familiar, así como actuar como agentes de prestaciones y servicios dentro del sistema de protección social.

Las cajas reciben de los empleadores que a ellas están afiliados una contribución equivalente al 9 por ciento sobre la nómina total de sus empleados.

Las cajas prestan servicios en recreación social, deportes, turismo, centros recreativos y vacacionales; en cultura, museos, bibliotecas y teatros; prestan servicios de crédito; desarrollan programas para la atención integral de niños entre 0 y 6 años de edad, así como programas de jornada escolar complementaria,

educación y capacitación. Asimismo, desarrollan programas para la atención de adultos mayores y de nutrición materno - infantil.

Por mandato de leyes especiales, las Cajas administran servicios relacionados con la asignación y el desembolso de subsidios de vivienda de interés social y pueden administrar y ejecutar directamente programas para el desarrollo del régimen subsidiado de salud. Además, prestan servicios en cuanto al reconocimiento de subsidios y servicios a los desempleados.

#### *4.3 Resultados de las reformas*

A partir de los cambios estructurales introducidos en Colombia por la Ley 100 de 1993 y la implementación del nuevo sistema de seguridad social en salud, sobresalen algunos elementos fácticos y jurídicos que han determinado ajustes al mismo.

En efecto, se ha presentado un traslado considerable de afiliados del Instituto de Seguros Sociales a las Entidades Promotoras de Salud, que son las entidades privadas de aseguramiento.

Por otro lado, los cálculos en materia de gastos asociados al tratamiento de enfermedades de alto costo se han visto sobrepasados por la realidad.

La situación financiera del ISS, en particular, la relacionada con la sostenibilidad del pasivo pensional y la relativa a la carga laboral, aunada al decrecimiento de afiliados al sistema de salud y la reducción de contribuciones en particular para la categorización de afiliados, pues aquéllos de mayores ingresos prefieren el sistema privado de aseguramiento, ha determinado avanzar en reformas internas a la operación y en la organización del Instituto de Seguros Sociales en el frente de salud.

Las debilidades de orden financiero se han hecho más evidentes en cuanto toca al régimen subsidiado de salud. Como era previsible, no se cumplió la meta de cubrimiento universal.

Con relación al sistema pensional, éste tiene un pasivo muy alto que no está financiado, incidiendo en el aumento del déficit fiscal de la nación.

En Colombia la tasa de cotización es del 13,5 por ciento, generando un gran desbalance entre los beneficios que reciben los pensionados y el esfuerzo que realizan para poder obtener su pensión.

Para pagar las obligaciones pensionales ya causadas y aquéllas que deberán ser reconocidas en los próximos 18 años, el país tendría que generar un flujo de caja equivalente al 33 por ciento del déficit fiscal de la nación.

Para atender mesadas pensionales de antiguos servidores públicos, el país tuvo que apropiarse en el presupuesto del año 2001, recursos cercanos a los 11 billones de pesos que corresponden —al 13 por ciento del PIB. De continuar con la misma tendencia, en el año 2014 el déficit fiscal por cuenta del pago de futuras pensiones, alcanzaría niveles superiores al 6 por ciento del PIB, situación que generaría problemas fiscales difíciles de manejar.

Con el sistema actual, el ISS no tendría viabilidad financiera, pues carecería del dinero para responder por los beneficios pensionales en el año 2005.

#### 4.4 Cambios a las reformas

En ejercicio de facultades extraordinarias conferidas por la Ley 790 de 2002, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 1750 del 26 de junio de 2003, con el propósito de separar del Instituto de Seguros Sociales las funciones de prestación de los servicios de salud, en procura de una mayor eficiencia para garantizar la continuidad de la institución.

Para ello escindió del Instituto, la Vicepresidencia de Prestación de Servicios de Salud, con todas las clínicas y los centros de atención ambulatoria CIOC pertenecían al ISS, los cuales pasan a articularse a una serie de empresas sociales del Estado que se crean en el país.

El Instituto a partir del 27 de junio de 2003 mantiene su carácter de institución de la seguridad social como administradora pública de pensiones, administradora de riesgos profesionales y entidad promotora de salud, como asegurador, mas ya no como prestador de servicios de salud.

El Gobierno Nacional, además, decidió presentar un nuevo proyecto de ley con el fin de regular el tema pensional dentro de un contexto global de seguridad y/o protección social, buscando solucionar problemas estructurales de fondo y creando instrumentos para generar empleo y asegurar unos ingresos mínimos a la población.

La responsabilidad fiscal del proyecto de ley está contenida, entre otras, en las siguientes reformas:

- Incrementa las cotizaciones en un punto<sup>1</sup> por ciento —en el año 2004 y otro punto —uno por ciento—en el 2005.
- Destina el incremento de cotización a la capitalización de reservas. Este incremento se distribuye así: uno por ciento para la garantía de pensión mínima y otro punto para las cuentas de ahorro individual con solidaridad.
- Amplia a 25 salarios mínimos legales mensuales el límite para el ingreso base de cotización.
- Incrementa gradualmente la edad requerida para obtener la pensión de vejez, en el año 2009 a 58 para mujeres y 62 para hombre, y en el 2018 a 62 para mujeres y 65 para hombres.

## 5. COSTA RICA

El país contaba en 2000 con una población de 3.8 millones de habitantes. El gasto nacional en salud es del 7.4 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) y de éste, su componente más importante es el gasto público en salud. La esperanza de vida al nacer es de 77.7 años y la cobertura de servicios se ha venido ampliando con el nuevo modelo de atención basado en áreas de salud que, a su vez, se subdividen

en Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (EBAIS) y cuya cobertura geográfica es nacional.

### 5.1 Origen de las reformas

La reforma en salud y pensiones se gesta en los años ochenta como una acción para responder, precisamente, a una crisis económica que se agudizó al final de la década anterior. En este contexto de crisis se comienza a redefinir la función que hasta ese momento venía cumpliendo el aparato estatal costarricense, tal y como también se planteaba en otros países de la región. La reforma comienza a ser acompañada por los llamados Programas de Ajuste Estructural.

En el proceso de transformación del aparato estatal en general, y en salud y pensiones en particular, existen acuerdos políticos que se concretan en leyes, contratos de préstamos —, en donde se aprueban recursos provenientes de agencias internacionales para impulsar los procesos de cambio requeridos por el país.

La reforma planteada por el país respeta los principios fundamentales de la seguridad social, entre ellos la equidad, la solidaridad, la obligatoriedad y la universalidad del sistema. Se suman a esos principios otros como la calidad de los servicios y la oportunidad en la resolución de los problemas. Como elementos de interés se tienen la cobertura, la equidad de género, un trato más personalizado en el momento de brindar la atención y la reducción de las filas de espera para atención especializada, entre algunos de los más importantes.

### 5.2 Características del sistema reformado

Es así como se formulan políticas atinentes a la rectoría del Ministerio de Salud, la separación administrativa y financiera del régimen de pensiones de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), la desconcentración instrumental de los hospitales y las clínicas de la CCSS, a fin de dotar a estas organizaciones de mayor autonomía en la gestión presupuestaria, en la contratación administrativa y un el manejo de los recursos humanos.

La ley de desconcentración crea las juntas de Salud, compuestas por representantes de los asegurados, de las asociaciones relacionadas con la salud y de los patronos, como órganos auxiliares de la gestión de clínicas y hospitales. Como instrumento gerencial, se incorpora la figura del compromiso de gestión, el cual es pactado entre la unidad financiadora — nivel central— y la unidad proveedora del servicio —área de salud, hospital, etc. En este compromiso de gestión se establecen metas a cumplir por el prestatario de los servicios sujetas a evaluación periódica por parte del financiador. Existen incentivos económicos para el desarrollo a favor de la unidad proveedora de servicios, en caso de que obtenga un porcentaje acordado de cumplimiento.

En el campo demográfico, la población de 65 años y más va en aumento, lo cual, junto con una mayor esperanza de vida al nacer, ha hecho que en la agenda de política pública se hayan incorporado mecanismos, así como que se están planteando otras vías para dar sostenibilidad financiera a uno de los principales

regímenes como es el de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) de la Caja Costarricense de Seguro Social Mediante la Ley 7102 del 8 de julio de 1992, Ley Marco de Pensiones, se estableció que quienes se incorporaran a trabajar a partir de su publicación, sólo se podrían jubilar por el régimen de IVM, a excepción del Magisterio Nacional, el Poder Judicial y los Presidentes de la República. Esto para eliminar una serie de regímenes que existían a esa fecha a cargo del Presupuesto Nacional y que ejercían fuerte presión sobre las finanzas públicas.

Como parte de la Agenda de Transformación Fiscal para el Desarrollo, el Ministerio de Hacienda presenta a la Asamblea Legislativa un proyecto de ley denominado 'Ley para el Control de Pensiones de Privilegio' (agosto 2002), en el cual, se le da potestad a la Superintendencia de Pensiones para velar por los recursos del Presupuesto Nacional en esa materia. Establece también, que los fondos del régimen de IVM de la CCSS no podrán destinarse en otros fines, a la vez que prohíbe traspasar sumas de dinero del Fondo de Pensiones, aun cuando éstas se pretendieran depositar en otro régimen diferente al de IVM.

En materia de reforma social, en el año 2000 se aprueba la Ley de Protección al Trabajador (Nº 7983 del 10/2/2000), la cual establece mecanismos para ampliar el régimen de IVM de la CCSS como principal sistema de solidaridad de los trabajadores. Autoriza el manejo de fondos de capitalización laboral a las Operadoras de Pensiones, las que también se encargan de administrar el fondo de pensiones complementarias creado en la misma ley.

Con la Ley de Protección al Trabajador se adicionan a la Ley Orgánica de la CCSS algunas disposiciones, entre las cuales se crea el Régimen Centralizado de Recaudación (SICERE). Un mandato de ley importante es el control de la evasión, subdeclaración o morosidad de los empleadores por parte de la CCSS. Esta última, con previa garantía al afectado del respeto a su derecho al debido proceso, administrativamente podrá ordenar el cierre de establecimientos por un período de cinco días prorrogable por otro igual cuando se mantengan los motivos por el cual se ordenó el cierre, específicamente, cuando el representante o responsable se niegue, injustificada y reiteradamente, a suministrar información a los Inspectores cuando exista una moratoria de cumplimiento de cotizaciones por dos o más meses.

El Régimen No Contributivo (RNC), el cual está constituido por el programa de pensiones a personas en estado de necesidad económica —mayores de 65 años, viudas desamparadas, menores huérfanos y personas con impedimento físico y mental que no les permita trabajar— y el de Pensiones por Parálisis Cerebral Profunda, también se ven reforzados con aportes aprobados vía la Ley de Protección al Trabajador.

La Contraloría General de la República, la Defensoría de los Habitantes, la Superintendencia General de Servicios de Salud de la CCSS y sus Contralorías de Servicios desconcentradas, así como la Auditoría Interna y de reciente creación por Ley 8239 del 19 de abril del 2002, como es la Auditoría General de Servicios de Salud, cada una en su ámbito de competencia, forman parte de ese conjunto organizacional que vela por la gestión de los fondos públicos y por los derechos de los ciudadanos. El control ciudadano también se ejerce por medio de las Juntas de Salud, conformadas por representantes de la comunidad y por otros canales, como son el Poder Judicial y el Poder Legislativo.

### 5.3 Perspectivas de las reformas

La reforma en salud y pensiones presenta varios desafíos, entre los cuales se citan los siguientes sin ánimo de exhaustividad:

1. Sostenibilidad financiera del régimen de seguridad social que implique un incremento en la eficiencia productiva del sistema. La población mayor ha aumentado y ello repercute en los sistemas de pensión. Por ejemplo, en el Régimen de IVM de la CCSS en 1996, el coeficiente de dependencia era de 1S pensionados por cada cien contribuyentes, mientras que con las tendencias actuales se estima que para el año 2040 será de 36 pensionados por cada cien contribuyentes. Esto significa que cada vez habrá menos cotizantes para financiar el régimen. En el año 2002 el coeficiente fue de 15,5 pensionados por cada 100 contribuyentes.
2. El envejecimiento de la población también significa un reto para el sistema de atención de la salud, por cuanto la red de servicios asistenciales debe enfrentar cambios para la atención de personas que sufren enfermedades crónicas y para implementar programas que contribuyan a la calidad de vida de esta población. A mayor edad de la persona se asocia una mayor cantidad de consultas médicas.
3. Otro reto de la reforma es la calidad de servicios vinculada con un mejor acceso a éstos y un trato más humanizado. Se requiere reducir los tiempos de espera y ampliar y fortalecer los procesos de acreditación. También es necesario desarrollar mecanismos de regulación que permitan circunscribir la actividad pública y privada a ciertos requerimientos en cuanto a instalaciones físicas, personal, calidad y medidas de seguridad. En el campo privado se debe garantizar una simetría entre el interés económico particular y el bien público. Continuar con el avance en políticas de equidad de género es otro de los desafíos importantes.
4. Con el propósito de facilitar la accesibilidad a medicamentos, según recomendaciones del Análisis Sectorial en Salud 2002, debe reforzarse la política que permita el empleo de los genéricos con estudios previos de equivalencia terapéutica que garantice su calidad y eficiencia.
5. La tecnología debe asumirse como un elemento inherente a la atención de los servicios de salud, mediante una política para organizar la gestión tecnológica que incorpore criterios de adquisición, uso, accesibilidad y evaluación del impacto. Debe asegurarse una distribución equitativa de la tecnología entre los distintos centros de trabajo que responda a las necesidades de la demanda. La tecnología ha de estar asociada a criterios de accesibilidad y cobertura.
6. En el campo de los recursos humanos interesa la cantidad y la calidad del personal. Debe asegurarse que la oferta técnica y universitaria en el campo de la salud —la cual ha crecido en los últimos años con el aumento de universidades— responda a una visión más integral que biológica y que esté



regida por criterios de calidad debidamente acreditados. En la actualidad se informa de una mayor demanda de empleo en áreas como medicina y enfermería en relación con la oferta pública de puestos. Por su parte, el marco de las relaciones laborales está experimentando cambios que es necesario evaluar.

7. Reforzar mecanismos de promoción y de prevención. La salud, como consecuencia de elementos multifactoriales, depende, entre otros, de un ambiente saludable y libre de riesgos innecesarios.

## 6. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Los dos programas más grandes de seguros sociales en los Estados Unidos son La Seguridad Social y Medicare: la primera, otorga beneficios mensuales en efectivo a 47 millones de jubilados, sobrevivientes de trabajadores fallecidos, trabajadores discapacitados y familiares; la segunda, brinda seguros de salud a personas de 65 años de edad y mayores, y a las que tienen derecho a los beneficios de incapacidad de la Seguridad Social por cuando menos dos años. Casi toda la Seguridad Social y gran parte de Medicare están financiadas con impuestos sobre la nómina.

La Administración de Seguridad Social, también se hace cargo del programa de Ingresos Complementarios de la Seguridad (SSI), mismo que brinda una red de seguridad a 7 millones de personas de 65 años de edad y mayores, y a aquéllas que se encuentran discapacitadas y que tienen ingresos muy bajos y pocos activos. El cinco por ciento de los beneficiarios mayores y el 20 por ciento de los beneficiarios discapacitados de la Seguridad Social, también reciben beneficios en efectivo del SSI. Bajo la ley actual, el SSI tenderá a disminuir su importancia en relación con la Seguridad Social, ya que los beneficios de ésta 1 van acordes al crecimiento real de los salarios, mientras que los beneficios del SSI están indexados exclusivamente a la inflación.

El envejecimiento de la población de Estados Unidos ocasiona que la Seguridad Social y Medicare resulten financieramente insostenibles en su forma actual. Los 79 millones de miembros de la época de la explosión demográfica posterior a la Segunda Guerra Mundial se acercan a la jubilación, las personas viven más años y los índices de natalidad están por debajo de los de sustitución. En el caso de Medicare, el aumento en el costo y en la utilización de servicios de salud agudiza el problema financiero.

El Presidente Bush ha puesto a la reforma de la Seguridad Social y de Medicare entre sus principales prioridades. Como parte de ella ha expresado en repetidas ocasiones, que debe brindarse a los trabajadores más jóvenes la oportunidad de invertir en cuentas para el retiro que ellos mismos controlen y de las cuales sean dueños. Al realizar el cambio de agregar cuentas personales a la Seguridad Social, los Estados Unidos se verán beneficiados con la experiencia de otros países de América que han sido pioneros en este método.

### 6.1 Reformas recientes de la Seguridad Social

La legislación más importante de la Seguridad Social fue promulgada en 1977 y en 1983, y diversos cambios que son dignos de atención se realizaron en 1980, 1981 y 1999. En su mayor parte, estas reformas tenían la intención de fortalecer el financiamiento del programa, mejorar el objetivo de los beneficios y recompensar y motivar el trabajo de los beneficiarios. Medicare también ha sido sujeto de frecuentes legislaciones. A pesar de que estas leyes mejoraron la situación financiera de la Seguridad Social y de Medicare, se requieren mayores acciones para asegurar su viabilidad en el largo plazo.

### **6.1 . a Fortalecer el financiamiento**

Las Enmiendas de 1977 buscaron restaurar la solvencia financiera de la Seguridad Social, misma que había sido afectada de manera adversa por el lento crecimiento económico de principios de la década de los setenta. Las enmiendas de 1977 corrigieron una falla técnica que ocasionaba que los beneficios estuvieran sobre indexados con relación a la inflación, la cual aceleraba los aumentos programados de las tasas del impuesto sobre la nómina y aumentaba el volumen de ingresos sujetos al mismo impuesto.

Las suposiciones económicas que se encontraban detrás de las enmiendas de 1977 resultaron ser demasiado optimistas, sin embargo, para principios de la década de los ochenta, los fondos fiduciarios de la Seguridad Social estaban a punto de agotarse. Las Enmiendas de la Seguridad Social de 1983 mejoraron el financiamiento del sistema a través de varias medidas, entre las que se incluyen: el retrasar los aumentos del costo de vida, hacer pagos limitados provenientes de impuestos generales a los fondos fiduciarios, hacer que una parte de los beneficios estuvieran sujetos al impuesto sobre la renta (y regresar los ingresos a los fondos fiduciarios) y ampliar la cobertura obligatoria de la Seguridad Social a un mayor número de trabajadores. Finalmente, establecieron un aumento a la edad en la cual un trabajador jubilado habría de recibir los beneficios completos. A partir de 2000, la edad normal de jubilación aumenta gradualmente de 65 a 67 años, y los beneficios se reducirán de forma actuarial para los jubilados que opten por empezar a obtener beneficios antes de esa edad.

El fondo fiduciario del Seguro Hospitalario (HI) de Medicare se enfrentó con problemas de financiamiento en la década de los noventa. Se consiguieron ingresos adicionales al eliminar el límite de ingresos sujetos al impuesto sobre la nómina del Seguro Hospitalario y al aumentar el gravamen de los beneficios de la Seguridad Social (y al destinar los ingresos al fondo fiduciario de HI). El aumento en los gastos de Medicare disminuyó al reducir el pago a hospitales, doctores y otros proveedores de atención de la salud y al requerir una participación adicional de los beneficiarios en los costos.

### **6.1 . b Dirigir los beneficios**

El final de la década de los setenta y principio de los ochenta fueron testigo de varios cambios que tenían la finalidad de mejorar el objetivo de los beneficios, y reducir o eliminar los que eran considerados de baja prioridad. Las enmiendas de 1977 redujeron los beneficios de dependientes que recibían una pensión de parte de empleos gubernamentales no cubiertos por la Seguridad Social, y las enmiendas de

1983 eliminaron las jubilaciones caídas del cielo y los beneficios por discapacidad a los trabajadores que tuvieran pensiones de algún empleo no cubierto. La legislación promulgada en 1981 revocó los beneficios para la mayor parte de los estudiantes mayores de 18 años y para los padres de hijos no discapacitados mayores de 16 años, eliminando el beneficio mínimo basado en los ingresos indexados, y limitó el pago global de beneficios por fallecimiento.

### **6.1 . c Recompensar y motivar el trabajo**

Se diseñaron cambios programados sucesivos para recompensar y motivar el trabajo de los jubilados. A partir del año 2000, los trabajadores que llegan a la edad normal de jubilación tienen derecho a recibir los beneficios de jubilación de la Seguridad Social sin ninguna reducción por tener ingresos. Asimismo, el crédito por retrasar el disfrute de los beneficios más allá de la edad normal de retiro se aumenta y alcanzará un nivel que resulte justo desde un punto de vista actuarial para los trabajadores que cumplan 62 años en el 2005 y posteriormente.

Las Enmiendas de Discapacidad de 1980 redujeron los factores que desmotivaban a trabajar del programa de seguro de discapacidad. De manera notable, el beneficio familiar máximo se redujo para evitar una sustitución excesiva de los ingresos anteriores a la discapacidad. La Ley del Boleto para el trabajo y los Incentivos de Trabajo (*Ticker to Work and Work Incentives Improvement Act*) de 1999 aporta mejoras mayores para brindar ayuda a los beneficiarios discapacitados que intentan regresar a trabajar. La mayoría de éstos recibirán un Boleto que pueden utilizar para recibir rehabilitación vocacional, capacitación laboral, así como diferentes servicios de apoyo de diversos proveedores públicos y privados. La ley también ofrece un mayor número de servicios de salud a los beneficiarios que ya no son elegibles para recibir beneficios en efectivo debido a que trabajan, y esto hace más fácil que las personas puedan regresar a inscribirse para los beneficios si su intento de trabajar no tiene éxito en un plazo de 5 años.

### *6.2 Retos a los que se enfrenta el sistema de pensiones de retiro*

La Seguridad Social es principalmente un programa de reparto. La mayor parte de los impuestos sobre la nómina que se recolectan de los trabajadores actuales se utilizan para pagar los beneficios de los receptores actuales. En 2002, los fondos fiduciarios de la Seguridad Social recolectaron 627 billones (le dólares americanos en ingresos. De este monto, el 85 por ciento provenía de los impuestos sobre la nómina y el 2 por ciento de los impuestos sobre la renta sobre los beneficios de la Seguridad Social. El rendimiento pagado sobre los bonos gubernamentales en los fondos fiduciarios aportó el 13 por ciento restante de los ingresos. Los activos aumentaron en 2002 debido a que los ingresos fueron superiores a los gastos por el pago de beneficios y a los gastos administrativos.

La jubilación de la generación nacida en la época de la explosión demográfica impondrá un fuerte gravamen al sistema de Seguridad Social. No solamente habrá un mayor número de adultos mayores, sino que éstos también vivirán mayor tiempo. Actualmente, un hombre promedio de 65 años puede esperar vivir 16.6 años adicionales, y una mujer de 65 puede esperar 19.6 años más de vida. Las proyecciones indican que estas expectativas de vida aumentarán 3 años en el

próximo medio siglo. El índice entre trabajadores y beneficiarios ha caído de 16.5 a 1 en 1950 a 3.4 a 1 en la actualidad. Para el 2031 será solamente de 2.1 a 1. Con esta proporción, no habrá suficientes trabajadores para pagar los beneficios programados a las tasas impositivas actuales.

A pesar de la creciente ola de jubilaciones, las tasas de ahorro personales y nacionales han permanecido bajas o se han reducido. Después de alcanzar un máximo superior a 10 por ciento en 1980, la tasa de ahorro personal ha caído alrededor de 2 por ciento en los últimos tres años. Junto con la reducida tasa de ahorro ha aparecido una creciente dependencia en la Seguridad Social. Según los últimos datos, el 65 por ciento de los ancianos reciben el 50 por ciento o más de sus ingresos de la Seguridad Social, y el 33 por ciento reciben el 90 por ciento o más. En 1990, esas cifras fueron de 59 y 24 por ciento, respectivamente.

Dentro de 15 años, la Seguridad Social empezará a pagar un monto mayor por beneficios que la cantidad que percibe por impuestos. Para 2042, los fondos fiduciarios se habrán agotado. En este punto, los impuestos sobre la nómina y otros ingresos seguirán fluyendo hacia el fondo, pero únicamente serán suficientes para cubrir el 73 por ciento de los costos del programa. El porcentaje se reducirá a 65 por ciento en 2077.

Una manera de ilustrar la insuficiencia financiera del sistema de Seguridad Social es estudiar el valor acumulativo de los impuestos menos los costos, suponiendo beneficios y tasas impositivas iguales a las que están programadas actualmente. En términos de valor presente, el déficit en los próximos 75 años es de 3.5 trillones de dólares americanos, lo que representa aproximadamente el total de la deuda del gobierno de los Estados Unidos que se encuentra, actualmente, en manos del público. Cuando se mide a través de un horizonte infinito, el déficit de la Seguridad Social es tres veces más grande.

Las dificultades financieras de Medicare aparecen más pronto y son más graves que aquéllas a las que se enfrenta la Seguridad Social. Aunque ambos programas afrontan el mismo reto demográfico, el rápido aumento en el gasto de atención de la salud por afiliado aumenta el problema de Medicare. Actualmente, los costos anuales de Medicare ascienden a 2.6 por ciento del producto interno bruto (PIB), contra 4.4 por ciento del PIB en la Seguridad Social. Sin embargo, se ha proyectado que para el 2077, Medicare absorberá el 9.3 por ciento del PIB, contra sólo el 7 por ciento para la Seguridad Social. En los próximos 75 años, el valor presente del déficit financiero de Medicare asciende a 13 trillones de dólares americanos.

### *6.3 Direcciones futuras de la reforma*

Las alternativas para fortalecer la Seguridad Social están relacionadas con alguna combinación de aumento de impuestos, reducción de los beneficios ofrecidos o un aumento en los rendimientos sobre la inversión con prefindeamiento. El poco atractivo que se presenta el depender, exclusivamente, de aumentos a los impuestos y de la reducción de beneficios para equilibrar la Seguridad Social ha originado que muchas personas recurran a alternativas que mejorarían la tasa de retorno sobre las aportaciones a la misma por medio del prefindeamiento. La Comisión del Presidente para Reforzar la Seguridad Social, la mayoría del Consejo Asesor sobre Seguridad Social de 1994 - 96 y el Presidente Bush han propuesto lograr esto a través de cuentas

personales de ahorro voluntarias de Seguridad Social. El mayor ingreso sobre la inversión, generado por las cuentas personales reduciría significativamente o hasta eliminaría la necesidad de reducir los beneficios.

Como dijo el Presidente Bush: debemos motivar para todo nuestro pueblo la seguridad e independencia que proporcionan los ahorros. Deseo que América se convierta en una sociedad de propiedad, una sociedad en la cual una vida de trabajo se convierta en una jubilación de independencia. "Recientemente, hizo un llamado a los miembros del congreso para que se unan a la Administración de Seguridad Social y a los diferentes interesados en un diálogo nacional sobre la mejor forma de fortalecer y proteger la Seguridad Social".

La Administración Bush, también busca fortalecer y mejorar el Medicare para los adultos mayores y para las personas con discapacidades. Propone ofrecer a todos los ancianos, la opción de un beneficio subsidiado para medicamentos de receta como parte de un programa modernizado de Medicare. Este ofrecerá a los beneficiarios mayores alternativas de seguros de salud, y proporcionará una mejor cobertura de cuidado preventivo y enfermedades graves. La Administración también trabaja para mantener bajos los costos al fortalecer la administración de Medicare, actualizar y racionalizar las regulaciones, reducir el fraude y el abuso y motivar una atención de la salud de gran calidad.

## **7. MÉXICO**

Desde 1943, en que se formalizó la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), los gobiernos de México han concebido a la seguridad social como un derecho del pueblo indispensable para la estabilidad política y del desarrollo económico

Actualmente, el Instituto a través de sus diferentes, programas y servicios, ofrece prestaciones médicas, sociales y económicas a más de la mitad de la población del país. Con sus acciones, además de ser pieza unívoca de cohesión social y pilar básico de la seguridad social, se encuentra comprometido en dar respuesta a cuatro grandes retos:

- Transición epidemiológica.
- Transición demográfica.
- Crecimiento económico sostenido.
- Necesidades de una sociedad crecientemente participativa y crítica, que con toda razón demanda mejor información, más opciones y una atención de mayor calidad.

Sin embargo, el mandato constitucional que garantiza el derecho a la salud y a la seguridad social no se cumple, porque la cobertura de servicios no es universal y una parte importante de los asalariados no está asegurada.

### 7.1 Origen de las reformas

En México, como en casi toda América Latina, la década de los años ochenta se significó, entre otras cosas, por la crisis económica que debilitó de manera importante las tesis del Estado benefactor. Los gobiernos generaron cambios trascendentales en la política económica y social, al propiciar la reducción de sus actividades mediante la privatización de las mismas. El reordenamiento de las finanzas públicas y de la eficiencia administrativa se convirtieron en las nuevas estrategias públicas.

El 19 de noviembre de 1995, se presentó a la consideración del Congreso de la Unión una iniciativa de nueva Ley del Seguro Social, en la que se propuso un cambio radical a fin de incrementar la cobertura sobre bases sólidas, ya que numerosos grupos sociales no contaban con la posibilidad de integrarse a los beneficios del seguro social. Únicamente cotizaba a las diferentes instituciones de seguro social el 35 por ciento de la población ocupada.

En 1995, más del 90 por ciento de 1.5 millones de jubilados y pensionados sólo recibía la cuantía mínima; la Ley presentaba esquemas de inequidad y este ramo tenía un severo problema de inviabilidad financiera.

La exposición de motivos de la Ley de reforma indica que a pesar de la evolución de la cuota del ramo de Enfermedades y Maternidad, ésta era insuficiente. Inicialmente fue de 6 por ciento para dar atención solamente al trabajador, aunque se protegía a todos los familiares directos. Posteriormente, aumentó a 8 por ciento en 1948 y 9 por ciento en 1959. En 1989 se elevó al 12 por ciento y en julio de 1993 a 12.5 por ciento. Sin embargo, el ramo de Enfermedades y Maternidad, desde hacía varias décadas, tenía que ser financiado complementariamente con recursos del ramo de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte y de Guarderías.

### 7.2 Características del sistema reformado

Uno de los cambios fundamentales en el Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez fue el hecho de pasar de un esquema de beneficio definido, en el cual, la pensión que se recibía se calculaba de acuerdo a una fórmula y esquema ya determinados, a un esquema de contribuciones definidas, en el que las pensiones que se reciben dependen del monto acumulado durante toda la vida laboral, en la cuenta individual de ahorro para el retiro.

El trabajador podrá disponer de sus recursos acumulados en su cuenta individual de ahorro para el retiro, para disfrutar una pensión por cesantía en edad avanzada o vejez, una vez cumplidos los requisitos que la Ley establece. Ya sea que tenga cumplidos 60 años para pensionarse por cesantía o 65 para vejez y 1,250 semanas de cotización en los dos casos.

Las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE) son entidades financieras especializadas, creadas para administrar de manera profesional, exclusiva y habitual las cuentas individuales. La elección de la AFORE que administrará los ahorros para el retiro de los trabajadores es libre e individual.

En el nuevo sistema, los trabajadores que no logren cotizar las 1,250 semanas señaladas para tener derecho a una pensión, no solamente no pierden los recursos de sus cuentas teniendo derecho a acceder a ellos en el momento del retiro, sino que, además, si sobrepasan las 750 semanas, tendrán derecho a recibir a partir del momento de su retiro y hasta su fallecimiento, la atención médica que brinda el seguro de Enfermedades y Maternidad sin necesidad de hacer alguna contribución adicional.

El contenido de la reforma confirma la naturaleza pública de la seguridad social. El propósito de que sea pública obedece a una preocupación ampliamente manifestada por la sociedad, que atinadamente se recoge en la nueva Ley. El Estado era y continúa siendo el garante de la seguridad social, por ser la principal materia que afecta directamente el bienestar de las personas.

La reforma al sistema del seguro social respondió a la necesidad de seguir manteniendo las prestaciones de los trabajadores. Si se pudieran poner en una balanza diversos aspectos del cambio de la Ley, se podría señalar lo siguiente.

Beneficios para los trabajadores:

1. Tienen una cuenta individual, a través de la cual adquieren plenos derechos sobre su ahorro para el retiro y les da acceso al mercado financiero.
2. El Estado incrementa su aportación a la seguridad social, con la nueva cuota social equivalente a 5.5 por ciento de un salario mínimo.
3. El Estado garantiza el derecho de todos los trabajadores a una pensión base.
4. Los trabajadores que no cumplan con los períodos de cotización exigidos por la Ley del Seguro Social para obtener una pensión, pueden disponer de los fondos acumulados en su cuenta.
5. Los trabajadores participan de manera activa en todos los procesos.
6. Tienen la posibilidad de hacer aportaciones a manera de ahorro voluntario.

Puntos negativos de la reforma:

1. La individualización del nuevo sistema obstaculiza aún más la posibilidad de alcanzar la universalización, apoyándose en los efectos redistributivos del antiguo régimen.
2. Los trabajadores de la economía informal y los campesinos continúan sin tener la posibilidad de pensión alguna.
3. En la implantación del nuevo sistema hay un perjuicio en contra de los trabajadores asegurados que se ven obligados a cotizar más para tener derecho a la pensión.
4. El monto de la pensión queda íntimamente ligado a la buena marcha de la economía nacional.

### 7.3 Resultados de las reformas

Las reformas a la Ley del IMSS no han sido suficientes para enfrentar la severa crisis financiera de la dependencia. La problemática financiera es en extremo compleja y se profundiza por la austeridad presupuestaria.

En el informe de actividades 2001 se detalló que el número de afiliados al 31 de diciembre de ese año había ascendido a 10 millones 713 mil 268 individuos, los que sumados a sus dependientes y a los 10 millones 579 mil 800 beneficiarios del programa IMSS - Solidaridad, habían completado 56 millones 452 mil 203 derechohabientes, es decir, 56 por ciento de la población total de México.

En 2000, el número total de pensionados con derecho a la asistencia médica fue de 1 millón 938 mil 656 personas, de los que 65 por ciento eran mayores de 60 años. De acuerdo con las expectativas institucionales, para 2030 los pensionados sumarán 5 millones 843 mil 490 individuos, lo que equivaldrá a 33.52 por ciento de los asegurados.

El IMSS dispone de estudios que indican una tendencia creciente en el ramo de gastos médicos para pensionados. Entre 1999 y 2000, el incremento fue de 5.24 por ciento, mientras que datos de un análisis reciente señalan que si bien, la población jubilada y pensionada representa menos de 10 por ciento de los derechohabientes, la atención médica a estos pacientes corresponde a 20 por ciento del uso de los servicios.

Se ha planteado como problemática la ampliación de la cobertura, pues de no darse poco valdrían los demás esfuerzos para mejorar los servicios y la promoción del ahorro entre los asegurados. En 2001, el IMSS registró que 39.8 millones de personas formaban la población económicamente activa (PEA), de las cuales apenas 17.4 millones estaban adscritas a la seguridad social, mientras 22.4 millones estaban fuera.

De hecho, los análisis del Instituto señalaban que en 2001 existían unos 10 millones de trabajadores en riesgo de llegar a 2025 sin derecho a pensión y a seguro médico. El objetivo, a corto y mediano plazo, era lograr cubrir a la mayor parte de los mexicanos con los servicios del seguro social.

El director del organismo, advirtió en septiembre de 2002, durante una reunión con diputados de la comisión de Equidad y Género, que sin una reforma estructural, el Instituto Mexicano del Seguro Social perderá en 10 años su capacidad de operación.



Agregó, que las perspectivas financieras no son favorables para el Instituto, por lo que el mismo se encuentra en un estado frágil y delicado”.

No obstante, dijo que México puede y debe extender la cobertura de la seguridad social a los grupos aún excluidos como son los pobres, los trabajadores del sector informal y los migrantes. Para ello, apuntó, se requiere renovar el concepto de seguridad social y desligarlo de su vinculación con el mercado formal de trabajo, es necesario hablar de una seguridad social integrada por seguros sociales solidarios, voluntarios y obligatorios.

La reforma del sistema de pensiones en México generó cuatro costos fiscales importantes:

1. El costo del pago de pensiones a los jubilados existentes antes de julio de 1997.
2. El costo de las pensiones de los trabajadores de la transición que al momento de su retiro seleccionen jubilarse por el viejo sistema de reparto.
3. Los costos de la aportación de la cuota social a las cuentas individuales y de las aportaciones gubernamentales de 0.425 por ciento del salario, para la pensión de los trabajadores.
4. El costo de la garantía de las pensiones mínimas.

La seguridad social mexicana no proporciona pensiones asistenciales o no contributivas.

Un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) destaca que mientras en Brasil y Chile más del 60 por ciento de la población de más de 60 años que habita en las ciudades cuenta con una pensión, en México tan sólo 22 por ciento de este segmento goza de este beneficio, el resto tiene un negocio propio, está apoyado por sus familias o está en el descuido.

Si de la población rural se trata, en esas naciones sudamericanas 74 y 48 por ciento, respectivamente, de las personas adultas mayores tienen una pensión, y en México el número es tan sólo 8 por ciento.

Adicionalmente, la OPS afirma que por medio de encuestas se sabe que más del 60 por ciento de las personas de la tercera edad consideran que sus ingresos no son suficientes y que la atención médica no es la mejor. Esto habla, dice la OPS, de que el problema del envejecimiento de la población ya está presente en países como México.

El proceso acelerado de envejecimiento de la población, que se produce actualmente en México, provoca que cada año haya 180 mil personas más de la tercera edad.

Para el Consejo Nacional de Población (CONAPO), la tasa de crecimiento de la población de la tercera edad, ubicada actualmente en 3.6 por ciento anual es inédita en la historia, y su aplicación inmediata será la duplicación de ese sector de la

población cada 19 años, aunque asegura el organismo que esa tasa de crecimiento se incrementará en los próximos años, hasta llegar a 4.6 por ciento.

Los reportes sobre las condiciones de salud de las personas de la tercera edad indican que, en 2002, dos millones presentaban algún tipo de discapacidad, proporción que se elevaría en la medida en que aumentara la esperanza de vida después de los 65 años, rango de edad a partir del cual se les agrupa en este sector.

El envejecimiento regularmente está asociado a la pobreza, enfermedades, discapacidad y aislamiento social, lo que convierte este proceso natural en un problema social de importancia, pues refuerza causas de vulnerabilidad, señala el organismo.

Según las proyecciones de CONAPO, a partir del aumento en la esperanza de vida, se prevé que a corto plazo, una vez cumplidos los 65 años los hombres en México podrán vivir un promedio de 17.8 años más, mientras que las mujeres podrán prolongar su vida hasta 19 años.

En México, la vejez acentúa los niveles de pobreza. Las más recientes cifras dan cuenta de que cerca de la mitad de los ancianos mayores de 70 años vive bajo la línea de la pobreza. La situación se complica para las mujeres, cuya mayor longevidad provoca que sus últimos años de vida sean cada vez en peores condiciones, pues las estadísticas arrojan que sólo 16 por ciento de ellas recibe pensión por viudez y en la zona rural sólo cuatro de cada 100 la percibe

#### *7.4 Perspectivas de las reformas*

Los partidos políticos en la Comisión Permanente del Congreso de la Unión expresaron en julio de 2002, que era urgente que el Presidente de la República y la dirección del Instituto Mexicano del Seguro Social implementaran el rescate y la reorientación financiera del organismo, mediante una asignación de recursos para aligerar la "situación preocupante" en la que se encontraba.

Sobresalen dos problemas para las finanzas del IMSS; el gasto médico de los pensionados y el Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) de los propios trabajadores del Instituto, el cual no se rige por la ley nacional.<sup>1</sup>

De acuerdo con el informe sobre las condiciones financieras del Instituto que éste presentó al Congreso en junio de 2003, el valor presente del déficit proyectado a futuro en el ramo de gastos médicos de jubilados equivale a más de 90 mil millones de dólares, mientras que el valor presente del pasivo del IMSS con sus empleados, originado por el RJP, asciende a más 30 mil millones de dólares, cifra que representa el 5.7 por ciento del PIB del año 2002.

Una observación final, en la cual coinciden diversos expertos, es que en México ha habido una falta de vinculación entre las políticas de salud y los esquemas de pensiones. Esto no se ha podido resolver ni con la reforma de 1995. Tampoco se han impulsado proyectos que consideren a los diversos sectores de trabajadores y