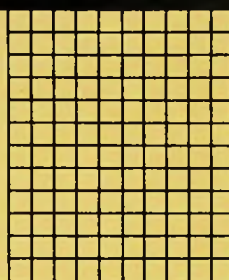


R ED DE
CENTROS
DE INVESTIGACION
ECONOMICA APLICADA



**SISTEMAS DE
SEGURIDAD SOCIAL EN
LA REGION: PROBLEMAS
Y ALTERNATIVAS
DE SOLUCION**

*Editor: Francisco E. Barreto de Oliveira
IPEA, Brasil*



Banco Interamericano de Desarrollo

Los juicios y opiniones expresados en esta publicación corresponden a los autores y no reflejan necesariamente la posición oficial del Banco Interamericano de Desarrollo

• **SEGURIDAD SOCIAL EN AMÉRICA LATINA:
LA EXPERIENCIA DE ARGENTINA, CHILE, BRASIL Y VENEZUELA**

• Derechos Reservados 1994 del Banco Interamericano de Desarrollo

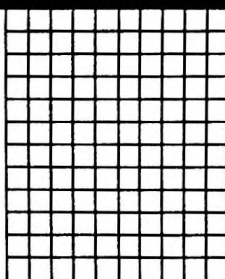
• Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Avenida Presidente Antônio Carlos, 51/14º andar, Centro
Tel: 2204078, Fax: 2401920, Rio de Janeiro, Brasil

Primera edición de 1500 ejemplares
Março de 1994

Diagramación y composición: IPEA

Impreso en Brasil - Printed in Brazil

R ED DE
CENTROS
DE INVESTIGACION
ECONOMICA APLICADA



**SISTEMAS DE
SEGURIDAD SOCIAL EN
LA REGION: PROBLEMAS
Y ALTERNATIVAS
DE SOLUCION**

*Editor: Francisco E. Barreto de Oliveira
IPEA, Brasil*



Banco Interamericano de Desarrollo

INDICE

SEGURIDAD SOCIAL EN AMÉRICA LATINA: LA EXPERIENCIA DE ARGENTINA, BRASIL, CHILE Y VENEZUELA	1
<i>Francisco E. Barreto de Oliveira</i>	
LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA ARGENTINA: PROBLEMAS Y SOLUCIONES ALTERNATIVAS	21
<i>Juan Luis Bour</i>	
<i>Marcela Cristini</i>	
<i>Nuria Susmel</i>	
<i>Jose Delgado</i>	
<i>Mónica Panadeiros</i>	
EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL BRASILEÑO: PROBLEMAS Y SOLUCIONES ALTERNATIVAS	59
<i>Francisco E. Barreto de Oliveira</i>	
<i>Kaizô Iwakami Beltrão</i>	
<i>André Cezar Medici</i>	
SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL: LA EXPERIENCIA CHILENA	105
<i>Patricio Mujica Riveros</i>	
EL SISTEMA DE SEGUROS SOCIALES EN VENEZUELA: PROBLEMAS Y SOLUCIONES ALTERNATIVAS	145
<i>Gustavo Márquez</i>	
<i>Clementina Acedo</i>	

SEGURIDAD SOCIAL EN AMÉRICA LATINA: LA EXPERIENCIA DE ARGENTINA, BRASIL, CHILE Y VENEZUELA

FRANCISCO E. BARRETO DE OLIVEIRA

1.	INTRODUCCIÓN	3
2.	DIAGNÓSTICO	7
3.	PROPUESTAS DE REFORMA	10
4.	CONCLUSIONES	20

SEGURIDAD SOCIAL EN AMÉRICA LATINA: LA EXPERIENCIA DE ARGENTINA, BRASIL, CHILE Y VENEZUELA

FRANCISCO E. BARRETO DE OLIVEIRA

1. Introducción

Cualquier estudio comparativo que abarque varios países, especialmente en el campo social, tropieza con toda clase de dificultades objetivas. En primer lugar, debe definirse el propio concepto de la seguridad social. En segundo lugar, debe establecerse una taxonomía que permita analizar, en forma homogénea y sobre bases comunes, el diagnóstico y las opciones de política. Por último, y quizá lo más importante, aun dentro de una misma región, los países — como en el caso de América Latina — poseen características sociales, económicas y culturales tan diversas que hacen que cualquier ejercicio comparativo se convierta en una ilustración.

Reconociendo tales limitaciones, este trabajo no tiene por objeto realizar un análisis comparativo de los sistemas vigentes o propuestos para cada uno de los países considerados. Pretende, a lo sumo, dentro de un marco analítico general y simplificado, presentar algunos problemas comunes a más de un país en términos de seguridad social y específicos de cada sistema cuando sea el caso.

Se entiende por seguridad social el conjunto de programas del seguro social (previsión) la salud y la asistencia social, en forma independiente de su estructura en los planos político-administrativo, institucional o económico-financiero.

Descripción Sinóptica de los Sistemas de Seguridad Social

Características Demográficas

El cuadro 1.1 muestra una visión resumida de algunas variables demográficas que revisten importancia para el diseño y el funcionamiento de los sistemas de seguridad social.

En primer lugar, deben observarse las notables diferencias que existen entre

Cuadro 1.1. Características demográficas seleccionadas (1990)

	<i>Argentina</i>	<i>Brasil</i>	<i>Chile</i>	<i>Venezuela</i>
Población total (1)	32,3	150,4	13,2	19,7
Población urbana (%)	86	75	86	84
PEA (2)	12,3	63,0	4,9	7,1
Población > = 65 años	9,1	4,4	5,9	3,5
TFT (3)	2,8	3,2	2,5	3,6
Mortalidad infantil (4)	29	57	17	34
E ⁰				
Hombres	68	63	69	70
Mujeres	78	69	76	77

(1) En millones de habitantes

(2) Población económicamente activa

(3) Tasa de fecundidad total = hijos por mujer en edad reproductiva

(4) Por cada 1.000 nacidos vivos

Fuente: BIRF, Informe sobre Desarrollo Mundial, 1992.

las poblaciones totales de los países estudiados. La población de Chile, el país menos poblado, equivale a menos del diez por ciento de la del Brasil, el país con el mayor número de habitantes. Inclusive en la relación entre las poblaciones de Argentina y Venezuela y entre ésta y la de Chile, las diferencias porcentuales son sustantivas (64 y 49 por ciento más, respectivamente).

Además de la magnitud de cada población, que claramente produce sistemas de seguridad diferentes deben observarse otras características presentes en el cuadro, como la población económicamente activa que representa el 37 por ciento de la población total (salvo en el caso del Brasil, donde equivale a algo más del 40 por ciento), la gran variación porcentual de la población mayor de 65 años, principalmente entre la Argentina (9,1 por ciento) y Venezuela (3,5 por ciento) y, por último, la elevada tasa de mortalidad infantil del Brasil, que triplica con creces la registrada en Chile, la menor de las cuatro (17 por ciento).

Características Socioeconómicas

Además de las características demográficas expuestas en el cuadro 1.1, pueden encontrarse en el cuadro 1.2 algunos rasgos socioeconómicos que pueden resultar pertinentes para el análisis de los sistemas de seguridad.

Brasil, además de tener una economía más grande que la de los otros países, tiene el mayor volumen de exportaciones, aunque éstas representan apenas el 7,5 por ciento del PIB, lo cual constituye una gran diferencia con los demás países analizados. En éstos las exportaciones también se encuentran concentradas en un menor número de productos, especialmente en Chile y Venezuela. En 1990, las exportaciones chilenas de cobre y sus derivados representaron el 47 por ciento del total y las exportaciones venezolanas de petróleo alcanzaron el 72 por ciento del total.

Cuadro 1.2. Características socioeconómicas (1990)

	<i>Argentina</i>	<i>Brasil</i>	<i>Chile</i>	<i>Venezuela</i>
Producto interno bruto				
Miles de millones de US\$	93,3	414,1	27,8	48,3
Ingreso per cápita (US\$)	2.370	2.680	1.940	2.560
Coefficiente de Gini*				
1980	0,41	0,59	n.d.	0,43
1989	0,48	0,63	0,57	0,44
Desempleo abierto				
(% de la PEA)	7,4	4,3	6,5	10,5
Distribución salarial de la PEA				
(% por quintil)				
1er. quintil		2,34		4,7
2o. quintil		5,7		9,2
3er. quintil		10,7		14,0
4o. quintil		18,6		21,5
5o. quintil		62,6		50,6
Tasa de alfabetización				
(% de la población mayor de 15 años)	95	81	93	88
Exportaciones/producto (%)	13,2	7,5	30,9	35,7
Saldo en balanza de pagos	1.789	-395	-2.983	9.221
Tasa promedio de inflación (1980-1990)	395,2	284,3	20,5	19,3

* Pscheropoulos, G. y otros, "Pobreza y distribución del ingreso en América Latina: La historia de los años ochenta" Estudios regionales sobre América Latina, informe No. 27, BIRF, diciembre de 1992.

Fuente: Informe sobre el desarrollo mundial (BIRF).

El ingreso per cápita de los cuatro países es muy similar, y para que este indicador sea más útil en nuestras comparaciones, debe analizarse junto con otros indicadores socioeconómicos. Uno de éstos es la distribución del ingreso, que parece ser mejor en Venezuela para empeorar en Argentina, Chile y Brasil, en ese orden. Si bien a la fecha de preparación de este estudio no se disponía del coeficiente de Gini de Chile para 1980, puede observarse que por lo menos en tres de los países, la distribución del ingreso empeoró durante el período 1980-1989.

Por último, es muy desfavorable la posición del Brasil en lo que atañe a la tasa de alfabetización (baja) y la tasa promedio de inflación anual (alta); esta última es responsable en gran medida de la desorganización de la economía y la concentración del ingreso desde los años ochenta.

Sistemas de Previsión Social

En el cuadro 1.3 se presenta un resumen de los sistemas de seguridad social.

Aunque no se pretenda resumir aquí los diversos aspectos de cada uno de los sistemas, cabe formular algunas observaciones. En especial, se destaca el bajo nivel

Cuadro 1.3. Resumen descriptivo del sistema de previsión social (1992)

	Argentina	Brasil	Chile	Venezuela
Indicadores de gasto				
Porcentaje del PIB	8,0	4,0		
Déficit seguridad pública	1,5	—		
Amparo (% de la PEA)	48,0	71,0		
Indicadores de solvencia				
Contribución/pasivos	1,49	2,5	—	17,0
Contribución/afiliados	—	—	0,63	—
Régimen financiero	Distribución	Distribución	Capitalización	Distribución
Aportes sobre sueldo				
				S/V/I
- Empleado	10,0	9,0	S/V 10,0	1,9
(% del total)	(31,0)	(27,1)	I 1,5	(29,0)
- Empleador	16,0	20,0	—	4,6
(% del total)	(49,0)	(54,3)	—	(71,0)
- Estado	—	—	—	—
(% del total)	(20,0)	(10,2)	—	—
- Otros	—	—	—	—
(% del total)	—	(8,4)	—	—
Administración	Pública	Pública	Privada	Privada

Nota: S/V/I - Supervivencia/Vejez/Invalidez.

Fuente: Estudios regionales.

de cobertura de Venezuela, asociado a una alta relación entre contribuyentes y pasivos, típica de un sistema nuevo (la primera ley data de 1966). También se destaca el hecho de que el nuevo sistema chileno, reformado en 1980, es el único organizado con un régimen financiero de capitalización con aportes efectuados exclusivamente por los trabajadores y administrado por entidades privadas. El déficit público del sistema de previsión está constituido por la suma de los pagos a los beneficiarios del sistema antiguo, prestaciones de no optantes, complemento de prestaciones mínimas y bonos de reconocimiento, menos los aportes de los no optantes.

Sistemas de Salud

En el cuadro 1.4 se presenta un resumen de las principales características de los sistemas de salud de los cuatro países.

A diferencia del sistema de pensiones, que en Chile está totalmente bajo administración privada, por lo menos una parte del sistema de salud de los cuatro países se encuentra bajo la administración permanente del sector público.

Cuadro 1.4. Resumen descriptivo del sistema de salud (1992)

	<i>Argentina</i>	<i>Brasil</i>	<i>Chile</i>	<i>Venezuela</i>
Descripción del sistema	<ul style="list-style-type: none"> • Público • Obras sociales (sindicatos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Público • Institucional • Privados (acreditados) 	A. <ul style="list-style-type: none"> • Público (FONASA) • Institucional • Elección libre B. <ul style="list-style-type: none"> • Privado (ISAPRES) 	<ul style="list-style-type: none"> • Público Seguro social • Público Ministerio de Salud
Gastos como % del PIB	2,0 (público) 3,3 (obras sociales)	2,3	3,0 (Excluido pago compartido)	1,0
Aportes				
Empleado s/sueldos	8,0	30% de lo	7,0	2,10
Empleador s/sueldos	6,0	destinado a	—	5,15
Estado	Complementa	salud	—	—
Administración	<ul style="list-style-type: none"> • Pública • Sindicatos 	<ul style="list-style-type: none"> • Pública Internacionales H. privado Ambulatorio Pública 	Mixta	Pública
Pago compartido	Obras sociales: sí Público: no	No	Sí	No

Sistemas de Asistencia Social

En el cuadro 1.5 se muestran los programas de beneficios asistenciales de cada país.

2. Diagnóstico

Consideraciones Generales

Como se indicó anteriormente, el objetivo de este capítulo es proporcionar un breve diagnóstico de los principales problemas comunes y específicos de todos los países en cuanto a los sistemas de seguridad social, salud y asistencia social.

Cuadro 1.5. Resumen descriptivo del sistema de asistencia social, programas asistenciales (1992)

	<i>Argentina</i>	<i>Brasil</i>	<i>Chile</i>	<i>Venezuela</i>
Tipos de prestaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Asignaciones familiares • Subsidio por desempleo 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensión vitalicia <ul style="list-style-type: none"> - Por vejez - Por invalidez • Subsidio por nacimiento • Subsidio para gastos de sepelio • Salario familiar • Salario por maternidad • Seguro por desempleo (FGTS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Asignaciones familiares • Pensiones asistenciales • Subsidio familiar • Subsidio cesantía • Subsidio por incapacidad laboral 	<ul style="list-style-type: none"> • Subsidio por maternidad • Indemnización nupcial • Subsidio para gastos de sepelio • Seguro por desempleo
Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuciones específicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuciones específicas • Contribuciones seguro social 	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuciones específicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuciones específicas • Contribuciones seguro social

Fuente: Elaboración propia.

Conviene destacar que al señalar que un problema es común a más de un país, simplemente se reconoce su existencia y relieve sin entrar, por ende, a determinar la "magnitud" del problema. De hecho, aunque dos países hipotéticamente tuviesen la misma "medida" de un determinado problema, su importancia relativa en cuanto a los procesos de decisión podría ser completamente distinta. En función de un conjunto de factores sociales y políticos, propios de cada país, las variables que determinan la problemática de la seguridad social se perciben de diversa forma y, de esta manera, se marcan cursos de acción muy diferentes.

Un segundo punto, igualmente importante, es que si bien se procuró atender al diagnóstico efectuado por el estudio de cada país, siempre existe el riesgo de que el trabajo de resumen con sus indispensables simplificaciones y reducciones, pueda asignar una gravitación inadecuada a determinada variable del diagnóstico. Lamentablemente este es un riesgo real, inevitable en un resumen como éste. Por lo tanto, para obtener un diagnóstico más profundo de los problemas de cada país, se recomienda una lectura cuidadosa del estudio respectivo.

De la misma manera, los llamados problemas específicos de cada país se presentan algunas veces en otros países. Su importancia proviene simplemente del proceso de evaluación de cada estudio que, por naturaleza, es de carácter subjetivo.

Diagnóstico de los Sistemas de Seguridad Social

Con las reservas mencionadas anteriormente, en el cuadro 1.6 se presenta un resumen del diagnóstico de los sistemas de previsión social, indicando los problemas comunes y específicos de cada país. Cabe formular algunos comentarios, especial-

Cuadro 1.6. Diagnóstico de los sistemas de seguridad social

	<i>Argentina</i>	<i>Brasil</i>	<i>Chile</i>	<i>Venezuela</i>
Problemas comunes				
• Caída relación contribuyente/beneficiario	1,33*	1,5*	—	5,0*
• Insolvencia creciente	Sí	Sí	—	Sí
• Evasión	Sí	Sí	—	—
• Alícuota creciente	Sí	Sí	—	Sí
• Falta de transparencia	Sí	Sí	Sí	Sí
• Cobertura incompleta para informales	Sí	Sí	Sí	Sí
Problemas específicos				
• Incumplimiento de los beneficios	• Demanda de beneficios independientes de los aportes	• Tiempo de servicio/no equitativo	• Costo común de seguridad/salud/asistencia	• Tasa de crecimiento de la oferta de activos elegibles inferior a la tasa de crecimiento de la demanda
		• Niveles elevados de reposición (beneficios/salud)	• Nivel elevado de salarios comprendidos	• Estructura general de la organización
				• Deficiente estructura de las inversiones
				• Uso de fondos para asistencia médica
				• Ausencia de una cláusula de reajuste

* 2015

** 2030

Fuente: Elaboración propia

mente en relación con los problemas comunes.

La reducción de la relación contribuyentes/beneficiarios se vincula directamente con la capacidad de financiamiento del sistema por medio de aportes a los sistemas organizados en el régimen financiero de distribución. La reducción más significativa de esa relación puede observarse en el sistema venezolano, en el que se prevé una reducción de 17, a cinco contribuyentes activos por cada beneficiario.

La insolvencia, que tiende a agravarse, también es común a los sistemas analizados con excepción del chileno, que se encuentra organizado con un régimen financiero de capitalización con aportes definidos. La evasión del pago de aportes es un problema limitado a Argentina y Brasil, a diferencia del problema de la falta de transparencia, es decir la dificultad experimentada por la sociedad para el sistema desde los puntos de vista conceptual y operativo, y la dificultad para extender la

cobertura a los sectores informales, que son comunes a los cuatro países.

Diagnóstico de los Sistemas de Salud

De la misma forma, en el cuadro 1.7 se presenta un resumen de los principales problemas comunes y específicos observados en los sistemas de salud de los cuatro países.

Diagnóstico de los Sistemas Asistenciales

El diagnóstico de los sistemas de asistencia social de los cuatro países indica que el elemento común es la deficiente focalización de las actitudes asistenciales. En otras palabras, aun en países donde las prestaciones asistenciales se dirigen a un público definido y relativamente bien controlado, como ocurre en Brasil y Chile, existen segmentos de la población pobre que no cuentan con atención adecuada mientras que otros grupos no prioritarios reciben beneficios que no les corresponden. Ello se debe a la falta de mecanismos de seguimiento, de control social y de evaluación de la eficacia de los programas asistenciales.

Aunque se carece de información cuantitativa acerca de los programas asistenciales que promueven la prestación de servicios o la distribución de bienes *in natura*, existe una firme impresión de que estos programas se hallan más sujetos a distorsiones que los que hacen uso de prestaciones en efectivo¹.

3. Propuestas de Reforma

Previsión Social

Referencias Conceptuales

Aunque los detalles de las propuestas de reforma difieran, es posible determinar claramente un conjunto de referencias conceptuales comunes a todas ellas, cuyo esquema se muestran en el cuadro 1.8.

Como puede observarse, el modelo conceptual se apoya en tres pilares. El primero lo constituye un sistema público, obligatorio, con beneficios definidos y garantía de valor mínimo, que funciona en un régimen de reparto.

El segundo pilar es un sistema que puede estar bajo administración pública o privada, respectivamente, obligatorio o no, y que ofrece beneficios proporcionales a los aportes. Cuando la opción se inclina por contribuciones definidas, este segundo pilar debe, necesariamente, funcionar en régimen de capitalización individual. Cuando se opta por beneficios definidos, la opción racional es el régimen de capitalización colectiva.

1 El caso del Programa Nacional de Leche y los diversos sistemas de "cupones" (refacción, alimentación, transporte, etc.) existentes en el Brasil han resultado ineficaces. Los programas asistenciales organizados por la LBA, inclusive, fueron objeto de investigación por el Congreso y por la Policía Federal.

Cuadro 1.7. Diagnóstico de los sistemas de salud.

	<i>Argentina</i>	<i>Brasil</i>	<i>Chile</i>	<i>Venezuela</i>
Problemas comunes				
• Falta de transparencia	Sí	Sí	-/Sí	Sí
• Administración deficiente	Sí	Sí	Sí/-	Sí
• Baja calidad de los servicios	Sí	Sí	Sí/-	Sí
• Déficit	Sí	Sí	-/-	Sí
• Incentivos inapropiados para calidad y eficiencia	Sí	Sí	Sí/-	Sí
Problemas específicos				
Obras sociales		Control social	Público	
• Falta de competencia entre los aseguradores (sindicatos)		insuficiente	• Inversiones insuficientes en infraestructura	
• Alícuotas crecientes			• Inflexibilidad de los planes de salud	
			Privado	
			• Falta de equidad en la distribución de los beneficios	
			• Discriminación contra grupos de alto riesgo	
			• Carencias	

Fuente: Elaboración propia.

Tomando como referencia este modelo, es fácil comprobar que el grado de "solidaridad" de la previsión social, definido por el nivel de las transferencias entre las generaciones y dentro de éstas, está dado por la línea divisoria entre el primer y el segundo componente. Cuanto mayor sea el tope del sistema público, más "solidario" tiende a ser el primer pilar.

Obsérvese que el término "solidario" se emplea aquí en el sentido que el sistema conlleva, en su operación, diferentes transferencias de ingresos entre distintos grupos de la sociedad. No existe garantía de que esas transferencias se realicen en el sentido correcto y mucho menos, el hecho de que exista un mayor grado de solidaridad teórica significa que, en la práctica, el sistema no llegue a ser extremadamente injusto: muchas veces el elevado nivel de evasión combinado con las presiones políticas de grupos poderosos, puede hacer que un número cada vez

Cuadro 1.8. Referencias conceptuales de las propuestas de reforma de la previsión social

Pilar	Administrador	Obligatorio	Beneficio	Régimen
1o	Público	Sí	• Mínimos • Definidos	Reparto
2o	Público	Sí	Proporcionales a los aportes	• Capitalización individual • Capitalización colectiva
	Privado	No	• Contribución definida • Beneficios definidos	
3o	Privado	No	—	Capitalización

Fuente: Elaboración propia.

menor de contribuyentes pague por los privilegios de unos pocos.

Siguiendo la misma línea de razonamiento, solidario tampoco significa eficiente. Por el contrario, dentro del marco económico de las naciones en desarrollo, se reconoce que la falta de vinculación clara entre el valor de la contribución y el valor del beneficio es uno de los factores básicos que propician la evasión.

Así, por razones de eficiencia, la tendencia identificada en todos los estudios es la de reducir en cuanto sea posible el primer pilar —obligatorio, público y solidario— dejando mayor espacio al segundo.

Por último, el tercer pilar es fundamentalmente un sistema de carácter privado, optativo y con un régimen de capitalización.

Incluso el denominado "modelo chileno", que a primera vista no parece estar encuadrado en esta línea conceptual, se adecúa perfectamente a este marco. El primer pilar está constituido por la garantía de beneficios mínimos en caso de vejez y el seguro requerido para los casos de invalidez. El segundo pilar está constituido por el sistema de las Administradoras de Fondos de Pensión (AFP), privado y con un régimen de capitalización individual con aportes definidos. El tercer pilar está representado típicamente por el sistema complementario, privado y optativo de ahorro voluntario que cada participante puede capitalizar en su cuenta individual.

Las propuestas de Argentina y Brasil también se encuadran en el modelo: proponen una previsión básica con beneficio único (Argentina) y con límites hasta el equivalente a tres sueldos mínimos en el caso de las prestaciones por vejez e invalidez. La diferencia básica reside en el segundo pilar: en el caso de la Argentina se propone un sistema obligatorio que sigue el modelo chileno, mientras que para el Brasil la propuesta es de un sistema complementario privado y totalmente optativo. También, salvadas las peculiaridades de cada propuesta, existe un conjunto de variables y restricciones para la reforma del sistema de previsión social, que se trata más adelante, cuya síntesis aparece en el cuadro 1.9.

Variables para el Diseño de las Reformas

A continuación se indican las variables consideradas esenciales para el diseño de las reformas de la previsión social son:

Derecho de propiedad. Cualquier reforma deberá dejar aclarado cuáles son

Cuadro 1.9. Previsión social - variables y restricciones del proyecto*Variables para el diseño de las reformas:*

- Derecho de propiedad
- Estabilidad intertemporal
- Equidad - intergeneracional
- intrageneracional
- Cobertura
- Flexibilidad

Restricciones a la reforma

- Transición - reconocimiento de los derechos
- equilibrio a lo largo del tiempo
- Resistencia política

Fuente: Elaboración propia.

los derechos de propiedad de los participantes actuales y futuros. Esto es, en el caso de la capitalización individual, debe ser explícito que el activo acumulado es propiedad, en forma incuestionable, del participante.

Obsérvese que aunque a primera vista esta definición parecería ser obvia, el conjunto de provisiones que de ella se derivan es amplio y complejo. Debe alarse, por ejemplo, que el patrimonio individual en modo alguno se verá amenazado por cualquier tipo de confiscación directa o explícita ni mucho menos por la vía de la inflación. Debe aclararse cuál será el "precio" que habrá de pagarse por el activo y cuáles serán las tasas mínimas de rentabilidad. Por último, debe quedar bien definido que los deseos de redistribución de algunos sectores políticos, están y permanecerán al margen de la acumulación de reservas.

Inclusive en el sistema básico de previsión pública, el término derecho de propiedad significa que las reglas de juego deben ser claras, conocidas por la sociedad y deben mantenerse a salvo de las presiones políticas inmediatistas y, eventualmente, demagógicas. Sólo de esta forma puede lograrse que los regímenes de previsión social básica cuenten con la adhesión de gran parte de la sociedad y la solidaridad deseable, no en términos de transferencias teóricas, sino en términos de una realidad económica práctica. Más aún, la garantía amplia e irrestricta del derecho de propiedad es la base fundamental sobre la cual se asientan el segundo y tercer pilar de un sistema de previsión social; sin ella, estos pilares simplemente sucumben por falta de credibilidad.

Estabilidad intertemporal. Un sistema de previsión social debe poseer mecanismos de autofinanciamiento que le permitan mantener el equilibrio económico-financiero a largo plazo sin acumular pasivos de ninguna clase.

Tratándose de un contrato a largo plazo, este equilibrio es esencial, sea éste en un sistema de repartición o de capitalización. En el primer caso, en el que generalmente los beneficios están definidos, deben aclararse a todos los participantes cuál es la evolución de las tasas de contribución requerida por la dinámica del proceso, según proyecciones actuariales a largo plazo y sometidas a constante

revisión. Obviamente, estas tasas deben situarse dentro de límites realistas en lo que se refiere a la capacidad de pago de cada sociedad.

En el caso de los sistemas de capitalización, y en especial los de contribución definida, debe prestarse atención a la magnitud de las tasas utilizadas, que deben ser compatibles con la probable rentabilidad de las asignaciones a largo plazo en la economía. Una tasa demasiado alta, cuando se utiliza en la simulación de la acumulación de reservas y en el cálculo de los probables beneficios futuros, puede verse frustrada en la práctica, generando beneficios considerablemente inferiores a los previstos².

Por otro lado, las tasas extremadamente bajas, cuando se las utiliza en el diseño de sistemas de previsión social con capitalización, pueden crear la necesidad de contribuciones exageradamente altas lo que, a su vez, desincentiva la incorporación al sistema.

Equidad. Las grandes desigualdades sociales que caracterizan a las sociedades latinoamericanas también se reflejan en los sistemas de seguridad social. De hecho, son frecuentes las situaciones en que aquéllos que necesitan menos protección son quienes más reciben del sistema y, a la inversa, hay quienes pagan mucho y reciben poco.

Estas distorsiones son, ciertamente, fruto del enfrentamiento entre los intereses políticos de grupos socioeconómicos cuyas fuerzas son dispares, a lo largo de varios años. Por eso, la equidad, tanto entre las generaciones como dentro de éstas, es otra variable importante para la reforma de los sistemas sociales que busca una mayor justicia social.

Alcance. Uno de los principales problemas de la reforma de un sistema de previsión social es, sin duda, la expansión de su cobertura.

Gran parte de los países de América Latina posee sistemas bastante antiguos y relativamente generosos, pero que atienden sólo a la denominada fracción formal del mercado laboral. Inclusive hay quienes sostienen que la propia existencia de los programas de previsión social, con contribuciones que gravitan sobre la nómina de pago, sería una de las causas cardinales de la informalización del mercado laboral.

De cualquier forma, el diseño de sistemas de amplia cobertura constituye quizá el principal problema técnico en este campo. En principio, una de las posibles soluciones parecerían ser los planes de beneficios bastante modestos y, por ende, de bajo costo, con derechos de propiedad claramente definidos y que hagan evidentes a los participantes las ventajas de la afiliación.

La experiencia chilena muestra que los incentivos para la adhesión también deben ser de índole económica y que la comercialización³ es indispensable para lograr la expansión de la cobertura.

Flexibilidad. Como cualquier "producto", la previsión social también debe poseer características adecuadas para los consumidores que componen su mercado. Ante la heterogeneidad económica y social que existe en la mayoría de los países de América Latina, es por demás deseable que exista un máximo de flexibilidad en cuanto a planes de beneficios, costos, esquemas operativos, etc. En otras palabras, protegidas las condiciones de seguridad, debe librarse a cada "consumidor" la

2 El valor previsto de los beneficios de un sistema capitalizado tiende a ser bastante sensible a las variaciones de la tasa de capitalización.

3 En el sentido técnico de diseño del producto, información al consumidor, estrategia de venta, etc.

elección entre las opciones de previsión social, en lugar de obligarle a aceptar un paquete único, muchas veces incompatible con sus posibilidades de ingreso o con sus preferencias.

Es conveniente señalar que este principio no solamente tiene una base sólida en términos de la teoría del bienestar, sino que, principalmente en la práctica, puede facilitar en forma considerable la "comercialización" a clientelas que aún no están cubiertos.

Restricciones

De la misma forma en que fue posible identificar variables básicas para el diseño de las reformas, existe también un conjunto de restricciones comunes a la formulación y puesta en práctica de nuevos sistemas de previsión social.

Transición. Quizá la restricción más crítica de una reforma de los sistemas de previsión social en América Latina se relacione con el reconocimiento de los derechos. De hecho, prácticamente la totalidad de los sistemas de previsión social genera algún tipo de derecho de los participantes en el momento de la transición: para quienes ya perciben un beneficio este derecho es, incuestionablemente, la conservación de sus beneficios⁴; para los que aún se encuentran en actividad, también existe este derecho a alguna forma de compensación y solo varía la forma de cuantificarlo.

En general, para el segundo caso, las propuestas tienen en común alguna forma de "bonos de reconocimiento", correspondientes al valor actual de los aportes anteriores, o del valor de los beneficios que han de recibirse, o inclusive de partes de estos valores. Cabe recordar que este "bono" puede adquirir la forma de una prestación única o una anualidad, conforme sea más conveniente en términos políticos y/o económicos.

Por su parte, el reconocimiento de derechos conduce a un segundo aspecto de la transición, que es el impacto fiscal. Es claro que para evitar un desequilibrio de las cuentas del sector público, es esencial tomar en consideración la necesidad de financiamiento del caudal de beneficiarios del antiguo sistema, así como bonos del nuevo sistema, tanto en el momento inicial de la transición como a lo largo de todo el período en que exista alguien con derecho a beneficios y/o bonos del antiguo sistema.

Aunque sea obvio, es importante destacar que cualquiera sea la reforma propuesta, no generará cargas adicionales para el antiguo sistema; estos pasivos, característicos de un régimen de distribución, ya existían con o sin reforma. Lo que muchas veces se denomina erróneamente "déficit previsional" es, en realidad, un reconocimiento contable de este pasivo.

También es importante señalar que en general las reformas no generan ningún tipo de "impacto instantáneo" en las finanzas públicas. Lo que existe, en realidad, es un reordenamiento de las fuentes de financiamiento en el "instante" del cambio. Los eventuales efectos económicos y financieros se registran a lo largo del tiempo, en la medida en que el número de beneficiarios del antiguo régimen va extinguiéndose y es sustituido por contingentes sometidos a las nuevas reglas.

⁴ Es claro que se trata de beneficios de carácter vitalicio, como las jubilaciones por edad avanzada y tiempo de servicio. Por ende, se excluyen los de carácter temporario, a los que el beneficiario debe tener sus derechos reconocidos, obviamente, hasta el cese respectivo.

En cuanto al financiamiento de la transición, se cuenta básicamente con varias opciones: financiamiento por medio del presupuesto fiscal, por la desmovilización de los activos del gobierno privatizando empresas estatales, o mediante algún tipo de contribución solidaria en el que los contribuyentes del nuevo sistema siguen financiando a los antiguos beneficiarios durante el período de transición. Mediante diversas combinaciones de estas opciones, que no son exclusivas, hay un gran número de soluciones posibles.

En el primer caso, típico de la experiencia chilena, durante toda la transición existe la necesidad de generación de un superávit en el presupuesto fiscal. En el caso de la propuesta brasileña, se prevé una combinación de desmovilización de activos del gobierno — para financiar bonos de reconocimiento — con un aporte solidario de los nuevos contribuyentes, que disminuye con el tiempo, con el propósito de financiar a los antiguos beneficiarios.

De cualquier forma, es sumamente importante que la transición se realice dentro de un marco de equilibrio de las finanzas públicas. De lo contrario, especialmente si el nuevo régimen es de capitalización (parcial o total) se suscitará un serio riesgo de que el gobierno se apropie de los recursos de la seguridad social para financiar su déficit.

Resistencia política. La mayor parte de los sistemas de seguridad social de América Latina no es el producto de un esfuerzo previo de planificación, sino de una secuencia de acontecimientos políticos. En éstos, los grupos sociales con más fuerza tienden obtener todo tipo de ventajas y privilegios, y no es raro que lo hagan a costa de una gran mayoría de ciudadanos con menos fuerza y, sobre todo, con menor presencia pública. Por esto, es en cierto modo natural que las mismas fuerzas que actuaron para obtener los privilegios opongan una enorme resistencia política a cualquier tipo de cambio que no sea para ampliar sus privilegios.

A esta realidad se añade el hecho de que los cambios en materia de previsión social tienden a producir resultados económicos — y eventualmente políticos — solamente a mediano y largo plazo. En cambio, los perjuicios que en términos políticos y electorales causan las modificaciones, se manifiestan de inmediato. Por esta razón, gran parte de la clase política está de acuerdo, en teoría y en términos genéricos, con que es necesaria una modificación del sistema de seguridad social, pero en la práctica y en términos objetivos, pocos están dispuestos a apoyar una reforma que vaya en contra de intereses constituidos.

¿Cómo vencer esta "paradoja política"? Por cierto, no existe una respuesta definitiva a esta pregunta. La experiencia indica que la forma de minimizar la resistencia política a las reformas de la previsión social es su inserción dentro de un contexto más amplio de reformas económicas y sociales. Quizá solamente por medio de esta inserción pueda llevarse a un plano más elevado las negociaciones propias del proceso político, evitándose así la desnaturalización y el cercenamiento de propuestas coherentes desde el punto de vista técnico.

En suma, todo indica que las propuestas de reforma no sólo deben articularse internamente, sino y especialmente como parte de un conjunto más amplio de reformas económicas y sociales, de manera que cuenten con mayores posibilidades de aceptación política.

Salud

En el cuadro 1.10 se resumen las principales variables para el proyecto del

Cuadro 1.10. Salud - variables para el proyecto

-
- Financiamiento de los grupos de alto riesgo
Ancianos, pobres, etc. (seguro colectivo)
 - Financiamiento del seguro individual
Relación aporte/beneficio
 - Subsidio a la demanda o subsidio a la oferta
 - Reglamentación del mercado
Aseguradores
Proveedores de servicios
-

Fuente: Elaboración propia

nuevo sistema de salud.

Variables para el Diseño de las Reformas

A diferencia de lo que ocurre con la previsión social, no fue posible definir un marco común para las distintas propuestas en el sector de la salud para cada país, aunque existe un conjunto de aspectos cruciales en materia de diseño de las reformas.

Financiamiento de los grupos de alto riesgo. La atención de la salud para los sectores de población de alto riesgo, como los ancianos, los pobres y los marginados en general, resulta problemática en todos los países estudiados. La cobertura por medio de un seguro individual no resulta viable porque significaría altos costos, derivados del grado de riesgo de sectores de la población que están absolutamente incapacitados para pagarlos.

Por lo tanto, debe haber algún tipo de seguro colectivo, con características netamente redistributivas, conforme al cual la sociedad en general asuma el compromiso de costear, aunque parcialmente, la atención de la salud para estos grupos más vulnerables.

Relación aporte/prestación. La cuestión del aporte y la prestación es cardinal, no sólo para el diseño de reformas del sistema de previsión social, sino también en el caso de los programas de salud. En verdad, lo que está en juego es el concepto de solidaridad.

En otras palabras, en un sistema de atención de la salud totalmente solidario, los aportes no guardan relación alguna con los beneficios que obtienen los usuarios. Los sistemas públicos existentes en gran parte de América Latina se ajustan a este modelo.

En el otro extremo, un sistema de atención de la salud podrá ofrecer una estricta proporcionalidad entre lo que el usuario aporta y lo que recibe en términos de servicios. Aunque en este tipo de modelo pueda haber mutualidad, definitivamente no se trata de un sistema solidario en el sentido de promover la redistribución. El caso del sistema de salud previsional privado de Chile (ISAPRES), se ajusta a este modelo.

Lo importante a tener en cuenta es que existe una compensación entre

solidaridad y eficiencia. Así, en la medida en que aumenta el grado de solidaridad de un sistema de salud, se suscita la tendencia a pagar un precio en términos de pérdida de eficiencia económica, y viceversa.

Es claro que la afirmación precedente carece de base técnica; es, simplemente, producto de la observación empírica de la forma en que los sistemas de salud funcionan en la práctica. En la medida en que se desvinculan los beneficios de los aportes, los derechos de propiedad se diluyen y se pierde un eslabón fundamental para el funcionamiento del sistema: el control del propio usuario.

Por otra parte, un sistema que no es solidario puede crear situaciones de flagrante injusticia; como se dijo antes, puede ser, en sí mismo, viable para ciertos grupos sociales.

Así, el equilibrio correcto entre solidaridad y eficiencia parece ser crítico en el diseño de las reformas de los servicios de salud. Parece también claro que, dentro de un concepto de red social básica, debe existir un sistema mínimo de salud, colectivo y solidario, complementado por esquemas en los que se mantenga la correspondencia entre aportes y beneficios.

Subsidio a la demanda o subsidio a la oferta. Considerando que es necesario cierto grado de solidaridad en el diseño de los sistemas de salud, lo que necesariamente conlleva subsidios cruzados, la cuestión que se plantea seguidamente es de índole instrumental: subsidio a la demanda o subsidio a la oferta.

En el primer caso se encuadran las propuestas presentadas en Argentina y Brasil. Un sistema de "vales" de acceso universal, con valor proporcional al riesgo actuarial de salud de cada individuo y financiado con recursos generales, ofrecería cobertura integral a toda la población del país⁵. Provistos de estos vales, los usuarios se afiliarían a una Entidad Mantenedora de Salud (EMS) que, mediante el pago de una suma fija per cápita —correspondiente al valor del vale individual— se comprometería a prestar atención básica e integral de salud al individuo. En principio, el incentivo para la eficiencia estaría asegurado por la competencia entre las EMS, porque el sistema prevé la libre elección de entidad por parte del asegurado, el cual puede, inclusive, cambiar de EMS si no está satisfecho después de un período mínimo de afiliación. Por otro lado, dado que a determinado número de usuarios corresponde un ingreso —equivalente a la suma de los vales y, por ende, independiente de la cantidad y la calidad de los servicios prestados— las EMS tenderían a reducir sus costos. Por último, esta reducción de costos que, en principio, podría inducir a las restricciones en la calidad y la cantidad de los servicios prestados, tendría como balance la propia competencia entre las EMS.

Un aspecto igualmente importante de la opción de subsidio a la demanda mediante el sistema de vales y EMS, es que los propios órganos de atención de la salud podrían reorganizarse en forma de EMS, con lo cual sus ingresos cesarían de provenir de las asignaciones presupuestarias. Como las demás EMS, en este caso los ingresos también provendrían de la suma de los "vales" que captasen en el mercado. De esta forma, se establecería una competencia en términos de servicio entre organizaciones estrictamente privadas y organizaciones públicas funcionando en un régimen de total autonomía.

En el caso chileno, el sistema se asemeja más a un seguro de salud, teniendo en cuenta que las prestaciones son, en cierta forma, proporcionales a los aportes

⁵ Esta descripción se aproxima más la propuesta de reforma del sistema de salud de Brasil aunque, no obstante, guarda algunos puntos básicos comunes con el caso argentino.

(primas). Hay también toda una serie de exclusiones, lo que quizá explica el escaso alcance del sistema. Así, en este caso, una de las opciones posibles podría ser algún tipo de subsidio cruzado, lo que por ahora no parece que esté considerándose en aquel país.

El subsidio a la oferta es, típicamente, una solución adoptada por la mayoría de los países de la región, al establecer sistemas públicos y universales de salud. En realidad, estos subsidios, normalmente aplicados en forma casuística, encierran muchas deficiencias y distorsiones. Por un lado, no hay incentivos de mercado para la eficiencia, quedando el control de los costos y de la producción a merced de controles burocráticos; por otro, el acceso a la red de servicios depende de intrincados procesos políticos que, normalmente, favorecen a las clases privilegiadas.

Reglamentación del mercado. En la mayoría de los sistemas existentes en la región, y principalmente en las reformas propuestas, se prevé la participación de un conjunto normalmente amplio de agentes económicos, públicos y privados. Teniendo en cuenta la naturaleza intrínseca del producto —la salud— y de las “imperfecciones” del mercado, el problema de reglamentación y control cobra extrema importancia. Aunque pueda parecer obvio, esta reglamentación de agentes “aseguradores” y de proveedores de servicios en la rama de la salud debe tener un equilibrio entre la necesidad de protección del individuo y la libertad de actuación en el mercado, indispensable para la eficiencia.

Los países analizados cuentan con grados diversos de control e intervención gubernamental en el ámbito de la salud, lo cual requiere soluciones bastante diferentes en este aspecto. Existe, no obstante, la convicción de que el proceso de reglamentación debe ocupar el espacio residual que los incentivos de índole económica no consiguen solucionar.

En el caso de los agentes privados, debe haber también mecanismos que eviten la eventual “socialización” de perjuicios en caso de omisión o sea, la transferencia al gobierno de los perjuicios eventuales; los mecanismos como el reaseguro de riesgo, poco comunes en América Latina, pueden constituir una alternativa a considerarse.

Asistencia Social

En el caso de la asistencia social, se constató que las variables fundamentales para el diseño de reformas son sólo dos: el control social y la concentración.

Control Social

Se entiende por control social, en el marco de las reformas de los sistemas asistenciales, el que la sociedad ejerce directamente sobre los resultados, así como sobre los recursos aplicados a los programas.

Las diversas experiencias ensayadas en la región indican que, particularmente cuando existe participación comunitaria en la planificación, ejecución y seguimiento de los programas, los niveles de eficiencia y eficacia tienden a crecer considerablemente.

El control social, como sustituto o complemento de los controles de índole burocrática y administrativa, aparece como un firme inhibidor de distorsiones y

fraudes, reduciendo además la tendencia al clientelismo que muchas veces se halla estrechamente entrelazada con estos programas.

Concentración

La concentración de los programas asistenciales no es solamente un criterio mediante el cual puede racionarse el uso de los recursos sino, principalmente, un medio para lograr mayor eficacia. Al concentrar los recursos en acciones dirigidas a grupos realmente prioritarios, se evita la atomización de los esfuerzos que tanto ha perjudicado a estos programas en América Latina. Al mismo tiempo, dado el estado de necesidad comparativamente mayor de los grupos asistidos, los resultados obtenidos tienden a ser mayores en términos relativos.

4. Conclusiones

En términos generales, la conclusión que podría extraerse de los cuatro casos analizados es que el problema de la seguridad social se halla planteado razonablemente desde el punto de vista técnico. Del mismo modo, las opciones propuestas para su reformulación en cada país parecen coherentes desde el punto de vista conceptual y capaces de resolver las principales cuestiones señaladas durante la etapa del diagnóstico.

El problema, entonces, es esencialmente político: ¿cómo convencer a la clase política de que apoye cambios que, si bien propician un mayor nivel de bienestar y equidad a mediano y largo plazo, pueden causar inmediatamente enormes perjuicios políticos y electorales? ¿cómo enfrentar la presión poderosa y activa de los intereses constituidos de una minoría de privilegiados, en favor de una mayoría de ciudadanos marginados, cuyos intereses se plantean de manera débil y difusa?

Es evidente que no hay respuestas fáciles o inmediatas a estos interrogantes. Hay, sí, precondiciones, sin las cuales las posibilidades de viabilidad de cualquier reforma se reducen sensiblemente.

En primer lugar, debe prepararse y difundirse información correcta y objetiva acerca de quién gana y quién pierde, cuánto gana y cuánto pierde, con el sistema actual y con cada opción propuesta. Se trata, por ende, de una creación de conciencia en la sociedad, como etapa indispensable y preparatoria de cualquier cambio.

En segundo lugar, es necesario desarrollar e implantar un plan de "saneamiento" del sistema vigente. Mejores sistemas de control de evasión y fraude, incluyendo mejoras y reformulaciones de los sistemas de información, auditorías, etc., son las metas prioritarias de esta etapa. También debe procederse al perfeccionamiento de la participación y el control de la sociedad.

Entretanto, debe limitarse correctamente el alcance de esta etapa, a fin de evitar crear en la sociedad la ilusión de que estas medidas podrán solucionar en su totalidad los problemas diagnosticados. Este es un riesgo bastante grave, principalmente si se considera la resistencia al cambio de la clase política, y podrá constituirse en un obstáculo significativo en el momento de implantar las reformas estructurales cuando éstas fueran indispensables.

Al igual que en la etapa del diagnóstico, debe incluirse en la etapa de reformulación estructural una fase de amplio esclarecimiento de la opinión pública

en general y de la clase política en particular, a propósito de los aspectos de viabilidad económica, financiera y operativa de las opciones propuestas, así como sobre los respectivos aspectos de equidad. Como se dijo anteriormente, la garantía de respeto a los derechos adquiridos es esencial para el éxito político de los cambios profundos en las reglamentaciones de la seguridad social.

Una preocupación importante que debe observarse durante el trámite de las propuestas en el poder legislativo, es la de evitar su fragmentación en subconjuntos incoherentes. En otras palabras, hay que estar atento a proteger la integridad y la coherencia de cada propuesta; muchas veces las pequeñas concesiones pueden desfigurar la propuesta inicial, abriendo camino a un deterioro rápido e incontrolable.

Por último, las reformas del sistema de seguridad social, por su propia importancia económica, política y social, deben necesariamente formar parte de un conjunto más amplio de reformas, integrando un todo con clara explicación de los objetivos y las metas a alcanzar.

Por su parte, las medidas de largo alcance presuponen la fuerza política de quien las propone: en el caso más común, la fuerza política del gobierno. Por lo tanto, una condición necesaria, aunque no suficiente, de las reformas estructurales del sistema de seguridad social, es la presencia de un plan de gobierno coherente que cuente con el apoyo de la sociedad, basado, en suma, en un sólido apoyo político. Cualquier intento de reforma que no se ciña a esas condiciones tiende a ser, por lo menos, inútil, y en el peor de los casos, dar como resultado un sistema de seguridad social menos viable y más inicuo que el existente.

BIBLIOGRAFÍA

- BOUR, J.L. 1993. "Sistemas de seguridad social en la región: Problemas y alternativas de solución. Argentina". Documento de trabajo No.148. Washington, DC, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo.
- CEPAL. 1991. *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile, Chile: CEPAL.
- MÁRQUEZ, G. y ACEDO, C. 1993. "El sistema de seguros sociales en Venezuela: Problemas y alternativas de solución". Documento de trabajo No.151. Washington, DC, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo.
- MUJICA RIVEROS, P. 1993. "Sistemas de seguridad social: La experiencia chilena". Documento de trabajo No.149. Washington, DC, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo.
- NACIONES UNIDAS - PNUD. 1991. *Human Development Report, 1991*. Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press.
- OLIVEIRA, F.E.B. y colaboradores. 1993. "Brazilian Social Security System: Problems and Alternatives". Documento de trabajo No.149. Washington, DC, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo.
- PSCHEROPOULOS, G. y colaboradores. 1993. *Poverty and Income Distribution in Latin America: The Story of the 1980s*. Washington, DC, Estados Unidos: Banco Mundial.

**LA SEGURIDAD SOCIAL
EN LA ARGENTINA:
PROBLEMAS Y SOLUCIONES
ALTERNATIVAS**

JUAN LUIS BOUR
MARCELA CRISTINI
NURIA SUSMEL
JOSÉ DELGADO
MÓNICA PANADEIROS

1.	INTRODUCCIÓN	25
2.	SISTEMA NACIONAL DE PREVISIÓN SOCIAL (JUBILACIONES Y PENSIONES)	26
3.	SISTEMA DE OBRAS SOCIALES: SEGURO SOCIAL DE SALUD	46
4.	EFFECTOS DISTRIBUTIVOS DEL SISTEMA DE OBRAS SOCIALES	50
5.	SISTEMA DE ASIGNACIONES FAMILIARES	54
6.	DIAGNÓSTICO	54
7.	SUBSIDIO POR DESEMPLEO	56
8.	ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DEL TRABAJO	59

LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA ARGENTINA: PROBLEMAS Y SOLUCIONES ALTERNATIVAS

JUAN LUIS BOUR
MARCELA CRISTINI
NURIA SUSMEL
JOSÉ DELGADO
MÓNICA PANADEIROS

1. Introducción

El deterioro económico que caracterizó a la Argentina en los años ochenta puso de manifiesto las dificultades estructurales de su sistema de seguridad social. Este había sido establecido tempranamente en el país y alcanzó una amplia cobertura a partir de la Segunda Guerra Mundial. La administración de los diversos subsistemas estuvo a cargo del Estado (jubilaciones y pensiones, subsidios familiares, salud de pasivos) y de las asociaciones gremiales (cobertura de salud). Su organización se basó en principios de solidaridad social asociados a mecanismos de redistribución del ingreso (sistema de reparto previsional, cobertura uniforme de la salud financiada con aportes proporcionales al ingreso). La percepción de los beneficiarios en cuanto al creciente deterioro de estos sistemas, en algunos casos debido a la deficiente acción del Estado (incumplimiento de aportes patronales al sistema jubilatorio, virtual confiscación de los fondos del sistema jubilatorio y abierta transgresión a las garantías legales vigentes sobre movilidad de haberes) y en otros, a la falta de competencia en las obras sociales, llevó al desaliento colectivo que generó un alto grado de evasión y elusión de las cargas sociales, como se muestra en el diagnóstico de este estudio. Estos problemas estructurales se agudizaron con el transcurso del tiempo y el aumento de la cobertura de los diversos subsistemas (deterioro de la relación activo/pasivo, aumento de los costos de la medicina, deterioro del salario real, entre otros). En el estudio se determina que la solvencia a largo plazo del sistema previsional habría requerido la acumulación de reservas de alrededor de US\$134.000 millones (aproximadamente el 65 por ciento del PIB) y que en contraste, el sistema carece de reservas y no puede financiar genuinamente sus egresos corrientes. Las tasas de evasión de aportes alcanzaron un 48 por ciento en 1992, la relación activo-pasivo era de 1,49, y los años de aportes requeridos para garantizar el equilibrio actuarial entre ingresos y egresos eran una tercera parte superiores a los fijados por la legislación. En el caso de los subsidios familiares, la redistribución buscada entre distintos niveles de ingreso ha sido ineficaz, y ha conllevado un altísimo costo administrativo. En el caso de la salud, el sistema promovió las transferencias entre los trabajadores de un mismo gremio, con falta de competencia en la prestación de servicios, y la consiguiente reducción en la calidad. La redistribución del gasto en salud para los pasivos alcanzó a beneficiarios que recibían hasta 4 veces el salario medio de la economía. A partir de la amplia

reforma económica iniciada en 1989, todos estos sistemas han sido revisados con vistas a su reordenamiento. En algunos casos como la salud, el desempleo y los accidentes de trabajo, ya se han introducido cambios. En otros, como los subsidios familiares y el sistema previsional, sólo se ha avanzado en el ordenamiento de su administración. La revisión que se hace en este estudio de las reformas en marcha indica que éstas se orientan hacia organizaciones que se basan en los mecanismos de la capitalización individual y del seguro, sin desatender la solidaridad con los segmentos sociales de menores ingresos. La evaluación de estas reformas da lugar a las recomendaciones de política incluidas en este análisis.

En general se observa que la orientación hacia la nueva organización es parcial y desarticulada entre sistemas. En el caso de las jubilaciones se presentan problemas específicos en los incentivos para participar en el nuevo sistema limitando los efectos sobre la evasión. Asimismo se mantienen importantes sectores sin cobertura y no se asegura la solvencia a corto plazo, que podría requerir un aumento significativo de la presión tributaria en un 7 ó un 10 por ciento. En el caso de la salud, debe insistirse en la libertad de elección de los beneficiarios entre distintos proveedores, incluyendo un plan mínimo de salud definido por el Estado, con un precio máximo, y atendiendo a la población con mayor riesgo de enfermedad y menores ingresos a través de un fondo de redistribución. Para las asignaciones familiares debería eliminarse el costoso sistema actual para orientar el esfuerzo contributivo a la formación de capital humano a través de un subsidio único por escolaridad. Por último, la cobertura de desempleo y de accidentes de trabajo debe orientarse hacia los seguros individuales de trabajadores y empresas.

2. Sistema Nacional de Previsión Social (jubilaciones y pensiones)

Antecedentes Históricos y Organización Actual

En 1904, con la sanción de la Ley N° 4349 que creó la primera caja nacional de previsión, se estructuró progresivamente un régimen de jubilaciones y pensiones financiado en su mayor parte a partir de descuentos sobre los salarios de los afiliados, basado en la capitalización de los aportes, y en el que los fondos fueron invertidos en títulos de la deuda nacional. La falta de una adecuada disciplina fiscal condujo a una excesiva colocación de títulos, que desembocó en 1946 en el rescate de los títulos emitidos (que constituían las reservas de las distintas cajas), y su reemplazo por obligaciones de previsión social. Estas obligaciones no fueron canceladas, comprometiendo la evolución del sistema y su viabilidad a mediano y largo plazo.

La respuesta a la crisis fue la sanción de las Leyes N° 18037 y 18038 de 1968, que derogaron el régimen de capitalización anterior, e instauraron un régimen de reparto, desvinculándose así las contribuciones realizadas por los individuos en su etapa activa, de los beneficios percibidos en la etapa pasiva. Los ingresos por aportes fueron utilizados para cubrir los egresos con un criterio de "caja," y la clase activa se encargó de sostener a la pasiva. El sistema de reparto, aunque legislado a partir de 1960, ya que desde fines de los años cincuenta perdió vigencia el proceso de acumulación, y a partir de entonces los ingresos de las cajas resultaron insuficientes para cubrir los egresos, recurriéndose a fondos de la Tesorería para cubrir los crecientes déficit.

La Ley N° 18037, que establece el régimen previsional para empleados en relación de dependencia, conjuntamente con la Ley N°18038 para trabajadores autónomos, son las que rigieron, luego de diversas modificaciones, el funcionamiento del sistema previsional argentino hasta principios de 1993¹. Existe, además al régimen general, un conjunto de regímenes legislados especialmente para agentes que desempeñan funciones específicas para el Estado. Estos regímenes se denominan especiales o "de privilegio", pues a través de ellos se accede a prestaciones más ventajosas en comparación con las del régimen general.

Los trabajadores en relación de dependencia deben aportar al régimen previsional un 10 por ciento de su remuneración, mientras que el aporte del empleador asciende a un 16 por ciento de la misma. Los trabajadores autónomos deben aportar un 26 por ciento calculado sobre siete categorías preestablecidas de aportación, que se asignan a los individuos de acuerdo con su actividad y su antigüedad en la misma.

Las prestaciones otorgadas por el régimen previsional vigente son: jubilación ordinaria, jubilación por edad avanzada, jubilación por invalidez y pensión.

En el caso de la jubilación ordinaria, los hombres afiliados en relación de dependencia deben tener 60 años de edad y las mujeres 55 años. Además deben cumplir con 30 años de servicios, de los cuales por lo menos 20 deben ser con aportes, pudiéndose compensar excesos de edad con falta de servicios en una proporción de 2 años de exceso de edad por cada año faltante de servicios. A su vez, acceden a la jubilación por edad avanzada los afiliados de ambos sexos con 65 años de edad y 10 años de servicios.

El cuadro 2.1 describe la forma en que se calculan los beneficios previsionales y se observa la desconexión que existe entre los aportes realizados y las prestaciones que pueden obtenerse. Estas dependen esencialmente de las mejores remuneraciones de los últimos años de la etapa activa del individuo, fijándose una garantía proporcional y móvil del salario al cese del servicio.

El derecho a pensión se deriva de la muerte del jubilado o del afiliado en actividad, o con derecho a jubilación. A través de este derecho se beneficia a la viuda, el viudo, el o la conviviente, los menores a cargo del causante hasta los 18 años de edad (21 años si cursan estudios y sin límite si están incapacitados), y los padres dependientes.

Para los trabajadores autónomos, el derecho a la jubilación ordinaria se adquiere a los 65 años de edad para los hombres y a los 60 años para las mujeres, con 30 años de empleo, de los cuales por lo menos 15 años deben ser con aportes. Existe la posibilidad de compensar excesos de edad con años faltantes de servicios como en el caso de los trabajadores en relación de dependencia. A su vez, acceden a la jubilación por edad avanzada, con 70 años de edad y 10 años de servicios. El haber de jubilación se calcula sobre el promedio ponderado de las categorías sobre las que haya aportado el individuo, siendo el factor de ponderación el período de aporte en cada una de ellas. Sobre esa suma, se aplica un porcentaje que varía entre un 70 y un 82 por ciento de forma similar al régimen para trabajadores en relación de dependencia. También en este caso, la pensión derivada es un 75 por ciento del haber que tenía o que le hubiere correspondido al causante.

Además de jubilaciones y pensiones, el régimen previsional nacional ofrece

1 Dado que coexisten con el régimen previsional nacional, regímenes provinciales y cajas sustitutivas (en general, las pertenecientes a profesionales), funciona desde 1946 un régimen de reciprocidad jubilatoria, que permite la transferencia de individuos entre los regímenes mencionados sin que pierdan sus aportes.

Cuadro 2.1. Beneficios previsionales para trabajadores en relación de dependencia

<i>Haber de jubilación</i>	<i>Haber de pensión derivado</i>
Se calcula inicialmente el salario al cese en el servicio como el promedio de las remuneraciones actualizadas percibidas durante los tres mejores años, continuos o discontinuos, comprendidos en el período de diez años, inmediatamente anteriores al cese en el servicio. Sobre ese salario se aplican los siguientes porcentajes:	
Jubilación ordinaria y por invalidez	
• 70%, si al cese, el afiliado no excediera en tres años la edad mínima	75% del haber del causante
• 78%, si al cese, el afiliado excediera en tres años la edad mínima.	
• 80%, si al cese, el afiliado excediera en cuatro años la edad mínima.	
• 82%, si al cese, el afiliado excediera en cinco años la edad mínima.	
Jubilación por edad avanzada	
• 60% del salario al cese	75% del haber del causante

Fuente: Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL), en base a la legislación vigente a diciembre de 1992.

las siguientes prestaciones:

- pensiones por invalidez, otorgadas a las personas incapacitadas que no tienen acceso a una jubilación por invalidez, y que se encuentren en la indigencia,
- subsidio por sepelio, equivalente a tres salarios mínimos vigentes al momento del fallecimiento del afiliado,
- pensiones gratificables, otorgadas con acuerdo legislativo y financiadas con recursos de rentas generales.

Desde 1986 hasta la fecha, se dictaron múltiples leyes cuyo objetivo fue mejorar el financiamiento del sistema nacional de previsión. Algunas de ellas generaron recursos de fuentes exógenas al sistema (por ejemplo, impuestos a los combustibles, energía, IVA) para incrementar los ingresos, mientras que otras tuvieron por objeto limitar las erogaciones del mismo. Sin embargo, no pudieron evitar la actual situación de crisis que atraviesa el sistema previsional en la Argentina.

Diagnóstico de la Situación Actual

El origen de la crisis previsional argentina se encuentra en la evolución de las variables básicas del sistema de reparto, la discrecionalidad en la administración del mismo, la creciente inestabilidad económica de los últimos años de la década de 1980, los importantes niveles de evasión de los aportes previsionales, y el progresivo envejecimiento de la población. La inestabilidad económica mencionada y los episodios hiperinflacionarios de 1989 y 1990 afectaron el nivel real de las presta-

ciones del sistema, hecho que queda en evidencia en el cuadro 2.2, donde se muestra el atraso del índice general de remuneraciones utilizado para determinar la movilidad de las prestaciones con respecto al índice de precios al consumidor. Una vez calculada la prestación inicial, la misma se ajusta en base a las variaciones del mencionado índice de remuneraciones, lo que provoca que los haberes abonados no guarden la proporción inicial con la remuneración del último cargo que desempeñaran los afiliados.

En el cuadro 2.3 se observa el marcado deterioro de la relación prestación media/salario medio ocurrido entre 1978 y 1989.

El cuadro 2.4 muestra la evolución del número de beneficiarios por caja previsional y de las prestaciones medias, pudiéndose observar aquí también el deterioro del poder adquisitivo de las mismas.

Cabe acotar que en el mes de setiembre de 1992, por resolución de la Secretaría de Seguridad Social, se realizó un reajuste por movilidad de jubilaciones y pensiones sobre los haberes técnicos al 31 de marzo de 1991, que alcanzó mayor significatividad en el caso de las prestaciones otorgadas por las Cuadro 2.4.

Cajas de Industria, Comercio y Actividades Civiles y por la Caja del Estado. En esos casos, las prestaciones promedio del año se elevaron en forma marcada con relación a las del año anterior, e incluso los valores correspondientes a diciembre fueron superiores al promedio anual. Este aumento, sin embargo, no tuvo importancia en el caso de los beneficios otorgados por la Caja de Autónomos.

La movilidad que ha sido aplicada a las prestaciones previsionales afectó en forma desigual su estructura. En el caso de los beneficiarios de la Caja de Autónomos, dicha movilidad provocó una acumulación de los beneficios en los niveles mínimos para el total del sistema previsional. Esto no ocurrió con los beneficios otorgados por la Caja del Estado, favorecidos en muchos casos por una movilidad ligada a la remuneración del cargo equivalente en actividad. En el caso de la Caja de Industria, Comercio y Actividades Civiles, a pesar del importante reajuste que experimentaron sus prestaciones en setiembre de 1992, casi un 30 por ciento de los beneficios de jubilación y de pensión permanecían hacia diciembre de ese año en el haber mínimo del sistema (véanse los cuadros 2.5a y 2.5b).

La falta de incentivos para la aportación resulta evidente cuando se observan las cifras de evasión. El cuadro 2.6 muestra una estimación de la evasión registrada en el sistema previsional durante 1992, teniéndose en cuenta las estimaciones oficiales de la población económicamente activa y la ejecución presupuestaria del sistema correspondiente a ese año.

Es importante destacar que, en un sistema de reparto, los aportes de los trabajadores activos son los que sostienen a los pasivos, conformando un esquema de transferencias intergeneracionales con el cual se financian las prestaciones.

La relación aportantes/beneficiarios resulta entonces de suma importancia. El aumento del desempleo la afecta negativamente, así como la evasión y el envejecimiento de la población. El envejecimiento demográfico en la Argentina (que muestra tasas de natalidad y mortalidad moderadas en comparación con otros países latinoamericanos) ha seguido el siguiente patrón: el porcentaje de individuos mayores de 65 años de edad en la población total pasó de un 5 por ciento en 1950 a un 9,8 por ciento en 1990.

Estos factores han contribuido a que la relación aportantes/beneficiarios se haya reducido a valores que comprometen el equilibrio financiero del sistema previsional a mediano y largo plazo. Medido a diciembre de 1992, el cociente que

Cuadro 2.2. Comparación de precios-remuneraciones
(Base 1985 = 100)

	<i>I.N.G.R.</i> (Promedio)	<i>I.P.C.</i> (Promedio)	<i>I.N.G.R./</i> <i>I.P.C.</i>
1985	100,00	100,00	100,00
1986	1.018,37	1.462,45	69,63
1987	2.081,91	3.383,17	61,54
1988	9.455,27	14.987,08	63,09
1989	240.735,24	476.497,75	50,52
1990	628.552,89	11.502.481,99	54,60
1991	15.927.358,33	31.249.229,28	50,97
1992	20.720.752,39	39.079.967,79	53,09

Nota: "I.N.G.R." es el índice del nivel general de remuneraciones y "I.P.C." es el índice de precios al consumidor.

Fuente: Secretaría de Seguridad Social.

Cuadro 2.3. Relación haberes-salario
(Porcentajes)

<i>Fechas</i>	<i>Relación haberes/ salario</i> ¹	<i>Prestación media/ salario medio</i> ²
Diciembre de 1978	70	73
Diciembre de 1979	56	87
Diciembre de 1980	51	66
Diciembre de 1981	50	71
Diciembre de 1982	43	62
Diciembre de 1983	37	62
Diciembre de 1984	25	49
Diciembre de 1985	26	n. d.
Promedio de 1985	24	67
Promedio de 1986	21	45
Promedio de 1987	23	48
Promedio de 1988	22	51
Promedio de 1989	60	n. d.

¹ Sólo para los haberes superiores al mínimo.

² Todos los valores son promedios anuales.

Fuente: FIEL, en base a datos Secretaría de Seguridad Social.

constituye esa relación es de 1,86 para los trabajadores en relación de dependencia, 0,73 para los trabajadores autónomos y 1,49 para el total del sistema previsional (en 1980 esa relación total era igual a 1,82).

En respuesta a la evolución de las variables demográficas, se modificaron las tasas de aporte al sistema. Los sucesivos ajustes practicados tanto en los aportes

Cuadro 2.4. Beneficiarios y prestaciones medias reales
(Promedio 1985=100)

	<i>Jubilados (promedio)</i>	<i>Pensionados (promedio)</i>	<i>Prestación media (1985=100)</i>	<i>Pensión media (1985=100)</i>
Año				
1985	832.486	433.450	100	100
1986	850.857	446.399	93	95
1987	857.037	456.477	86	85
1988	867.040	470.785	88	83
1989	872.114	481.896	80	77
1990	894.652	499.803	70	68
1991	918.292	512.803	68	65
1992	944.110	528.508	73	70
Dic. 1992	958.962	539.552	90	83
Caja del Estado				
1985	369.499	232.156	100	100
1986	371.061	234.832	92	94
1987	368.354	236.119	90	83
1988	371.847	241.643	91	80
1989	375.646	246.757	84	77
1990	383.657	253.692	77	76
1991	395.646	258.793	84	76
1992	416.197	265.385	93	80
Dic. 1992	426.572	269.269	114	90
Caja de Autónomos				
1985	571.352	272.098	100	100
1986	598.379	284.465	96	97
1987	620.939	296.659	70	70
1988	636.539	311.932	67	59
1989	652.022	327.993	61	57
1990	682.223	346.840	66	66
1991	709.272	361.655	63	63
1992	712.237	372.829	59	60
Dic. 1992	708.691	376.173	56	56
Total del Sistema				
1985	1.773.337	937.705	100	100
1986	1.820.297	965.696	94	95
1987	1.856.330	989.224	82	80
1988	1.875.425	1.024.361	83	75
1989	1.899.782	1.056.645	75	71
1990	1.960.532	1.100.335	70	69
1991	2.023.210	1.133.251	70	67
1992	2.072.554	1.166.721	73	69
Dic. 1992	2.094.215	1.184.994	86	77

Fuente: Secretaría de Seguridad Social.

Cuadro 2.5a. Distribución de jubilaciones por intervalos de haber mensual al cierre del 4o. trimestre de 1992

<i>Intervalos de haber (en pesos)</i>	<i>Cantidad de casos</i>		
	<i>Absoluto</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje del monto</i>
Industria, comercio y actividades civiles			
150,00 - 150,00	516.997	53,9	28,8
150,01 - 180,00	24.044	2,5	1,5
180,01 - 260,00	57.406	6,0	4,9
260,01 - 400,00	215.302	22,5	23,6
400,01 - 650,00	80.965	8,4	15,1
650,01 - 1.000,00	37.247	3,9	11,0
1.000,01 - 2.000,00	25.732	2,7	13,6
2.000,01 y más	1.269	0,1	1,5
Total	958.962	100,0	100,0
Estado y servicios públicos			
150,00 - 150,00	26.277	6,2	2,2
150,01 - 180,00	15.720	3,7	1,4
180,01 - 260,00	90.212	21,1	11,3
260,01 - 400,00	146.270	24,3	25,1
400,01 - 650,00	83.868	19,7	23,3
650,01 - 1.000,00	40.976	9,6	18,0
1.000,01 - 2.000,00	21.080	4,9	15,5
2.000,01 y más	2.169	0,5	3,2
Total	426.572	100,0	100,0
Autónomos			
150,00 - 150,00	691.649	97,6	95,9
150,01 - 180,00	13.348	1,9	2,2
180,01 - 260,00	2.647	0,4	0,5
260,01 - 400,00	313	0,0	0,0
400,01 - 650,00	50	0,0	0,0
650,01 - 1.000,00	43	0,0	0,0
1.000,01 - 2.000,00	444	0,1	0,4
2.000,01 y más	188	0,0	1,0
Total	708.682	100,0	100,0
Total del sistema			
150,00 - 150,00	1.234.923	59,0	33,3
150,01 - 180,00	53.112	2,5	1,6
180,01 - 260,00	150.265	7,2	6,1
260,01 - 400,00	361.885	17,3	19,5
400,01 - 650,00	164.883	7,8	14,8
650,01 - 1.000,00	78.266	3,7	11,1
1.000,01 - 2.000,00	47.256	2,3	11,7
2.000,01 y más	3.626	0,2	1,9
Total	2.094.216	100,0	100,0

Fuente: FIEL, en base a datos de la Secretaría de Seguridad Social y la Administración de la Secretaría de Seguridad Social.

Cuadro 2.5b. Distribución de jubilaciones por intervalos de haber mensual al cierre del 4o. trimestre de 1992

<i>Intervalos de haber (en pesos)</i>	<i>Cantidad de casos</i>		<i>Porcentaje del monto</i>
	<i>Absoluto</i>	<i>Porcentaje</i>	
Industria, comercio y actividades civiles			
150,00 - 150,00	257.134	47,7	29,9
150,01 - 180,00	9.594	1,8	1,3
180,01 - 260,00	180.548	33,5	35,1
260,01 - 400,00	51.250	9,5	12,6
400,01 - 650,00	28.899	5,4	11,5
650,01 - 1.000,00	7.410	1,4	4,7
1.000,01 - 2.000,00	4.717	0,9	4,9
Total	539.552	100,0	100,0
Estado y servicios públicos			
150,00 - 150,00	25.800	9,6	5,1
150,01 - 180,00	12.387	4,6	2,7
180,01 - 260,00	147.548	54,8	42,5
260,01 - 400,00	51.147	19,0	21,3
400,01 - 650,00	24.156	9,0	16,4
650,01 - 1.000,00	5.001	1,9	5,5
1.000,01 - 2.000,00	3.230	1,2	6,5
Total	269.269	100,0	100,0
Autónomos			
150,00 - 150,00	368.483	98,0	97,0
150,01 - 180,00	7.057	1,9	2,2
180,01 - 260,00	292	0,1	0,1
260,01 - 400,00	115	0,0	0,1
400,01 - 650,00	33	0,0	0,0
650,01 - 1.000,00	47	0,0	0,0
1.000,01 - 2.000,00	146	0,0	0,6
Total	376.173	100,0	100,0
Total del sistema			
150,00 - 150,00	651.417	55,0	37,5
150,01 - 180,00	29.038	2,5	1,9
180,01 - 260,00	328.388	27,7	29,5
260,01 - 400,00	102.512	8,7	12,4
400,01 - 650,00	53.088	4,5	10,4
650,01 - 1.000,00	12.458	1,1	3,9
1.000,01 - 2.000,00	8.093	0,7	4,4
Total	1.184.994	100,0	100,0

Fuente: FIEL, en base a datos de la Secretaría de Seguridad Social y la Administración de la Secretaría de Seguridad Social.

Cuadro 2.6. Población económicamente activa y cotizantes al sistema nacional de seguridad social - año 1992

	Total	Obligados a cotizar	Cotizantes efectivos	Evasión (%)
Total población económicamente activa	12.527.949	9.372.448	4.890.072	47,83
Relación de dependencia	4.745.138	4.745.138	3.824.224	19,41
Rurales y domésticos	1.392.224	1.392.224	270.383	80,58
Fuerzas armadas y de seguridad	143.667	0	—	—
Administraciones públicas, provinciales y municipalidades	1.252.692	0	—	—
Autónomos	3.441.801	3.235.086	795.465	75,41
Menores de 16 años	228.420	—	—	—
Desocupados	914.712	—	—	—
Trabajo gratuito	409.295	—	—	—

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Seguridad Social.

personales como en las contribuciones patronales no muestran una tendencia definida, lo que se debe en gran parte a la visión de corto plazo con la cual se tomaron las decisiones.

A pesar de esas modificaciones, el régimen autónomo presenta déficit sustanciales desde hace años. El porcentaje de autofinanciamiento de este régimen entre los años 1985 y 1989 cubrió sólo el 15 por ciento de los gastos. El régimen para trabajadores en relación de dependencia financia en parte las irregularidades del régimen autónomo, lo que genera distorsiones distributivas. Esas distorsiones se manifiestan también con los regímenes de privilegio, los cuales si bien concentran a una escasa proporción de los afiliados del sistema, al diferenciarse del régimen general se contraponen con los principios de solidaridad, igualdad y justicia distributiva de la seguridad social. En efecto, en junio de 1990 estos beneficiarios representaban escasamente el 2 por ciento del total de pasivos y generaban no más del 3 por ciento de los costos por prestaciones, pero la prestación media era un 54 por ciento superior a la de los trabajadores en relación de dependencia.

Un problema que debe analizarse con mayor detalle y que ha contribuido cada vez más al desequilibrio financiero del sistema es el de la invalidez. Esta contingencia genera el cese de beneficiarios a edades inferiores a las mínimas legales, y por ende, beneficios que permanecen comparativamente más tiempo en el sistema. La deuda actuarial con estos beneficiarios, en consecuencia, es considerablemente mayor que la que el sistema asume cuando otorga una jubilación ordinaria, destacándose adicionalmente que no se hace previsión financiera alguna para afrontar el mayor desequilibrio de largo plazo que generan las jubilaciones por invalidez. A lo largo de los años, las jubilaciones por invalidez como proporción del total de jubilaciones otorgadas, varió entre un 6 y un 10 por ciento, dependiendo de los organismos y de las cajas otorgantes del beneficio. Esas proporciones se han modificado sustantivamente desde 1980, y han alcanzado niveles muy elevados con respecto a la media internacional. Para 1990, en la Caja de Autónomos, aproximadamente un 26 por ciento de las jubilaciones eran por invalidez, en la Caja del

Estado, un 18 por ciento, y en la Caja de Industria y Comercio, un 17 por ciento. El problema es particularmente grave en algunas provincias. Para la Caja de Autónomos, los guarismos más importantes aparecen en Santiago del Estero (67 por ciento), en Misiones (59 por ciento), en San Juan (58 por ciento) y en Corrientes (50 por ciento), porcentajes calculados siempre sobre el total de jubilaciones. La Caja del Estado presenta cifras menos alarmantes, aunque aún altas, como las de Formosa (36 por ciento), Corrientes (35 por ciento) y San Juan (33 por ciento). Similar situación presenta la Caja de Industria y Comercio en provincias tales como Formosa, Misiones y San Juan. La excesiva liberalidad en el otorgamiento de este beneficio se evidencia en el hecho de que, en el período comprendido entre 1981 y 1989, se realizaron varias auditorías que examinaron aproximadamente 2.700 beneficiarios de jubilación por invalidez, revocando un 26 por ciento de los beneficios.

Los Lineamientos de la Reforma Propuesta por el Gobierno

En respuesta a esta situación de creciente deterioro, el gobierno presentó una propuesta de reforma del sistema nacional de previsión social, mediante la cual se crea un nuevo sistema denominado Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP). Este sistema está estructurado sobre tres elementos: el primero es el reparto administrado por el sector público que paga al momento del retiro una prestación uniforme, el segundo la capitalización obligatoria de administración privada, y un tercero de capitalización optativa, mediante la cual los individuos pueden canalizar aportes voluntarios con fines previsionales.

La característica más importante de la propuesta del gobierno es que los aportes personales de los asalariados y de los trabajadores independientes pasarán a acumularse en cuentas individuales de capitalización, administradas por organismos de administración privada denominados "Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones" (AFJP). El aporte personal para los individuos en relación de dependencia es del 11 por ciento, y el patronal del 16 por ciento. Los trabajadores autónomos deben aportar un 27 por ciento sobre categorías prefijadas. Los individuos mayores de 45 años al momento de entrar en vigencia la reforma (en adelante denominados activos en transición), deben aportar adicionalmente una tasa del 2 al 3 por ciento denominada tasa de prima compensatoria.

El sistema de reparto tiene las siguientes características:

- otorga como prestaciones una prestación básica universal (PBU), una prestación compensatoria (PC), y retiro por invalidez para los individuos mayores de 45 años al momento de la reforma (en adelante, individuos en transición);

- la PBU consistirá en una suma fija para cada jubilado, que sólo dependerá del número de años de aportes efectuados. Para la determinación de la PBU debe calcularse el aporte medio previsional obligatorio (AMPO), que es el cociente entre el promedio mensual de los aportes personales y el promedio mensual de afiliados. La PBU es igual a 1,5 AMPO para los individuos que registren 30 años de aportes, incrementándose el haber un 2 por ciento por cada año adicional de servicios hasta 45 años, (para acceder a la PBU se requieren 65 años de edad y 30 años de servicios con aportes);

- la PC se otorga a los activos en transición al momento de acceder a su jubilación ordinaria, y consiste en un 2 por ciento por año de aportes al sistema previsional anterior hasta un máximo de 30 años, tomándose como base del cálculo

el promedio de las remuneraciones de los últimos 10 años de servicios del individuo;

- las prestaciones del sistema de reparto se financian con el aporte patronal de los individuos en relación de dependencia, con 16 puntos porcentuales de los 27 que constituyen el aporte de los autónomos, con el producido de la tasa de prima compensatoria, con las transferencias de las AFJP de los fondos de los activos en transición que resulten inválidos, con el producto del impuesto a los activos reales incorporados al proceso productivo y otros recursos impositivos de afectación específica, y por último, con recursos de rentas generales;

- la aplicación de una tasa de prima compensatoria y la obligación de transferir al sistema de reparto los fondos acumulados por los activos en transición que se invaliden, está relacionada con el hecho de que el Estado asume el riesgo de cubrir la invalidez y la muerte en etapa activa de los afiliados de 45 años o menos al momento de llevarse a cabo la reforma.

Dado que la cobertura de la nueva ley es universal, la PC permite que los individuos que hayan sido sorprendidos por el cambio de régimen siendo activos (activos en transición), obtengan un reconocimiento por los aportes que hayan realizado. Esta prestación busca entonces colocar en situación equitativa a todos aquéllos que hayan aportado al viejo régimen, teniéndose en cuenta el número de años aportados efectivamente hasta un máximo que sumado a la PBU, prácticamente garantice a quienes estén próximos a jubilarse un monto similar al que les correspondería con la aplicación de la actual legislación. La PBU, por su parte, es el elemento solidario del nuevo régimen. Estará a cargo del Estado y resultará muy similar entre las personas, verificándose de esta manera un proceso redistributivo del ingreso que beneficiará a quienes por sus aportes al régimen hayan registrado los niveles de salarios o remuneraciones menores.

Con respecto a los activos en transición, se redefinirán los requisitos para el otorgamiento de los beneficios. Esta redefinición involucra la modificación de la edad de retiro, que se elevará para hombres y mujeres a los 65 años de edad, de manera gradual; el cambio en la fórmula de cálculo del haber previsional, tomándose directamente el promedio de los últimos diez años de remuneración como salario al cese, y la adecuación de las pautas de movilidad al nivel de la recaudación media por beneficiario que obtenga el propio sistema. Con respecto a los pasivos en transición (los actuales jubilados y pensionados) el gobierno se compromete a cumplir con las prestaciones que les correspondan y que ya hayan legalmente adquirido en los términos que haya establecido la ley vigente al momento de su retiro.

En cuanto al segmento de capitalización, una vez que los afiliados cumplen con los requisitos para acceder al beneficio de jubilación, pueden acceder con el monto acumulado en su CCI a una renta vitalicia previsional, a un retiro programado, o a un retiro fraccionario².

La capitalización permite adicionalmente acceder a una jubilación anticipada,

2 En el primer caso, la AFJP debe transferir el total del monto acumulado en la CCI a una Compañía de Seguros de Retiro (CSR), la cual se encargará de garantizarle una renta vitalicia al individuo beneficiario, transmisible a un eventual pensionado. Por lo tanto, al momento del retiro, si el afiliado opta por una renta vitalicia, la AFJP sufre el retiro de la totalidad de su CCI. En el segundo caso, en cambio, la AFJP continúa controlando la CCI del individuo, programando anualmente la suma a la que el mismo puede acceder y recibir en forma mensual. El retiro fraccionario está destinado a beneficiarios con haber reparto. En este caso, el individuo tiene derecho a retirar del fondo ese 70 por ciento, extinguiéndose la renta por agotamiento del fondo o por fallecimiento del beneficiario.

o, a una jubilación postergada. Adquieren derecho a jubilación anticipada aquellos individuos que puedan obtener con el fondo que hubieran acumulado, una renta igual o mayor al 50 por ciento de la base jubilatoria³, y mayor a dos veces a máxima PBU que haya otorgado el sistema de reparto. En este caso el individuo no recibe ingreso alguno del sistema de reparto desde el momento de su retiro, hasta tanto no cumpla con los requisitos que éste establece. En el caso de la jubilación postergada, el individuo puede, de común acuerdo con el empleador, postergar la percepción de la jubilación ordinaria, en cuyo caso no se accede al reparto hasta el cese y se mantienen los aportes y contribuciones, o acceder a la jubilación ordinaria, en cuyo caso tampoco se accede al reparto hasta el momento del cese, y se mantienen exclusivamente los aportes patronales destinados al financiamiento del sistema público.

Balance Actuarial

El balance actuarial mide la diferencia entre el valor presente actuarial del flujo de ingresos por aportes personales y contribuciones patronales recaudados sobre las remuneraciones de los actuales afiliados activos a la caja, y el valor actual actuarial de los compromisos futuros con los futuros beneficiarios que se deriven de esos afiliados, más aquellos compromisos derivados de los actuales pasivos. El déficit actuarial de un sistema previsional representa entonces el valor presente de la deficiencia de recursos del sistema al momento de realizarse la evaluación, para hacer frente al pago en el futuro de las obligaciones que generen los activos, y también para hacer frente al pago de obligaciones correspondientes en pasivos actuales hasta la extinción de sus respectivos beneficios. En consecuencia, el balance actuarial mide el nivel de reservas que el sistema debería haber acumulado desde que comenzó a funcionar, de forma de respaldar las obligaciones que contrajo al incorporar cada afiliado hasta el momento en que se realiza la evaluación actuarial⁴.

Los cálculos actuariales para el Sistema Nacional de Seguridad Social arrojan los resultados que muestra el cuadro 2.7.

De acuerdo con estos resultados, el sistema debería haber acumulado reservas por \$134.000 millones de 1992 para hacer frente a todas las obligaciones que tiene contraídas a largo plazo con los actuales beneficiarios y con los potenciales beneficiarios que se deriven de los afiliados activos actuales. La deuda con los actuales pasivos asciende (si se mantiene el nivel real de las prestaciones actuales) a \$121.000 millones.

Si se considera para cada régimen un individuo promedio, con una carrera laboral y una trayectoria salarial promedio, y se compara la magnitud de los aportes que se espera realice ese individuo con los gastos por jubilaciones y pensiones que también se espera ocasionará en el futuro, puede obtenerse el mínimo de años de aportes necesarios para que ese individuo no represente una carga actuarial para el sistema. El cuadro 2.8 muestra el desequilibrio actuarial introducido por individuos

3 La base jubilatoria se define como el promedio de las remuneraciones y/o rentas mensuales imponibles declaradas en los 5 años anteriores al mes en que un afiliado opte por la prestación jubilatoria

4 Esta definición de balance actuarial coincide con Barral Souto, Caja Nacional de Jubilaciones Bancarias: Ley 11575. Informe Técnico y Balance Actuarial al 31 de diciembre de 1933 (1 de marzo de 1935), uno de los fundadores de la escuela actuarial argentina.

Cuadro 2.7. Balance actuarial del sistema nacional de previsión social
(En millones de pesos de 1992)

	Activos actuales			Actuales total ⁴		Balance actuarial
	Ingresos ¹	Egresos ²	Porcentaje ³	Jubilaciones	Pensiones	
Relación de dependencia	114.299,8	121.527,1	29,88	70.580,4	28.431,6	(106.239,3)
Autónomos	4.781,4	10.445,3	26,20	14.872,6	7.554,7	(28.091,3)
Total del sistema	119.081,3	131.972,5	—	85.453.0	35.986.4	(134.330,6)

¹ Ingresos por aportes y contribuciones.

² Egresos por prestaciones.

³ Invalidez y muerte etapa activa.

⁴ Jubilados y pensionados.

Fuente: FIEL.

que aporten regularmente la cantidad de años que allí se destaca. En el cuadro se observa que la cantidad mínima de años de aportes necesarios para que un individuo no representa un desequilibrio actuarial es 23 años para un trabajador en relación de dependencia y 29 años para un trabajador autónomo, cifras muy superiores a los años de servicios con aporte requeridos por la ley.

Evolución Projectada del Sistema de Reparto

Con base en las disposiciones legales relacionadas con las edades mínimas de retiro, los beneficios a otorgar por el sistema y los requisitos de aporte para acceder a ellos, se realizó una proyección del sistema de reparto actualmente en vigencia para un período de 25 años a partir de diciembre de 1992, último mes para el cual se contaba con cifras oficiales. Las tablas de mortalidad utilizadas para la Argentina para el período 1995-2000, provienen de estimaciones de CELADE, las cuales resultaban con menores expectativas de vida que las GAM71 que en un primer momento fueron consideradas para realizar las proyecciones. A su vez, las tablas de invalidez utilizadas son tablas estándar empleadas en pericias por siniestros por el sector asegurador privado, las cuales se aplicaron indistintamente a las cajas previsionales, a pesar de que el riesgo por invalidez es diferente. Se adoptó el criterio descrito por no contarse con información alternativa confiable. Las edades de entrada como aportantes se ubicaron entre 25 y 30 años para ambos sexos, y se supuso que el ingreso por edad corresponde a una distribución de probabilidad de Poisson. Las distribuciones iniciales por edad y sexo provienen de fuentes oficiales en el caso de los pasivos. Para los activos se recurrió nuevamente a las estimaciones de distribución por edad y sexo de la población económicamente activa efectuadas por el CELADE. Por último, la tasa de aporte, las prestaciones medias y las remuneraciones medias se mantuvieron constantes.

Los cuadros 2.9a y 2.9b muestran los resultados obtenidos para la proyección del sistema para los próximos 25 años. El año base se inicia en diciembre de 1992, y los valores de individuos activos y pasivos, son los correspondientes a comienzos del período. No ocurre lo mismo con los ingresos y egresos, que son evaluados a

Cuadro 2.8. Desequilibrio actuarial para diferentes años de aporte
(En pesos)

<i>Años de aporte</i>	<i>Relación de dependencia</i>		<i>Autónomos</i>	
	<i>Total</i>	<i>Porcentaje de egresos</i>	<i>Total</i>	<i>Porcentaje de egresos</i>
40	(19.779)	-115,80	(4.228)	-69,71
39	(18.965)	-107,60	(3.898)	-62,20
38	(18.109)	-99,53	(3.555)	-54,89
37	(17.209)	-91,61	(3.199)	-47,77
36	(16.264)	-83,83	(2.828)	-40,84
35	(15.270)	-76,19	(2.442)	-34,10
34	(14.222)	-68,67	(2.041)	-27,54
33	(13.123)	-61,31	(1.624)	-21,18
32	(11.970)	-54,09	(1.191)	-15,01
31	(10.762)	-47,04	(743)	-9,05
30	(9.496)	-40,13	(280)	-3,29
29	(8.168)	-33,37	197	2,24
28	(6.780)	-26,77	689	7,57
27	(5.331)	-20,35	1.196	12,70
26	(3.820)	-14,09	1.718	17,63
25	(2.248)	-8,02	2.256	22,38
24	(622)	-2,15	2.811	26,96
23	1.064	3,55	3.383	31,38
22	2.810	9,06	3.973	35,62
21	4.618	14,40	4.582	39,70
20	6.487	19,57	5.210	43,64
19	8.426	24,59	5.866	47,47
18	10.432	29,47	6.545	51,17
17	12.506	34,19	7.249	54,73
16	14.651	38,77	7.979	58,16
15	16.872	43,22	8.738	61,47

Nota: Un valor negativo indica un superávit actuarial.

Fuente: FIEL.

diciembre de cada período. Se observa que la relación activos/pasivos tiende a mantener su tendencia declinante, y que de mantenerse constantes las variables monetarias, el desequilibrio financiero del sistema tiende a agravarse. Partiendo inicialmente de un déficit previsional del 20 por ciento medido con respecto a los egresos por pago de prestaciones, en 10 años ese déficit ascendería a un 25 por ciento y hacia el fin del período de la proyección superaría un 30 por ciento. Debe tenerse en cuenta que se define como desequilibrio previsional el que resulta

Cuadro 2.9a. Evolución proyectada del sistema de reparto
(En miles de personas)

Año	A partir de los activos actuales			A partir de los pasivos actuales		Pensionados actuales	A partir de los nuevos afiliados			
							Proyección a 30 años			
	Activos	Jubilados	Pensionados	Jubilados	Pensionados		Activos	Jubilados	Pensionados	
Base	4.890	0	0	2.094	0	1.184	0	0	0	
1	4.824	89	20	1.995	63	1.137	135	0	0	
2	4.743	181	42	1.899	121	1.090	286	0,1	0,1	
3	4.649	303	60	1.804	174	1.044	450	0,5	0,3	
4	4.543	443	79	1.709	223	999	633	1	0,7	
5	4.430	589	100	1.616	269	940	823	2	1	
6	4.320	728	123	1.523	310	896	1.011	3	2	
7	4.207	866	147	1.431	348	852	1.202	4	2	
8	4.092	1.003	173	1.340	380	808	1.395	6	4	
9	3.975	1.138	200	1.251	409	765	1.532	8	5	
10	3.847	1.284	230	1.163	433	723	1.679	14	9	
11	3.726	1.413	261	1.077	452	681	1.819	22	14	
12	3.603	1.539	294	994	467	640	1.961	31	20	
13	3.477	1.660	329	913	477	601	2.104	40	26	
14	3.349	1.777	366	835	482	562	2.274	50	33	
15	3.220	1.888	404	760	484	525	2.445	61	40	
16	3.088	1.993	443	688	481	489	2.617	73	48	
17	2.956	2.092	484	619	473	454	2.791	84	56	
18	2.821	2.183	525	554	463	421	1.965	97	65	
19	2.686	2.267	567	493	448	389	3.136	109	74	
20	2.550	2.342	609	437	431	359	3.307	123	84	
21	2.415	2.406	652	384	411	330	3.476	137	95	
22	2.280	2.460	694	335	388	303	3.645	152	107	
23	2.145	2.503	736	291	364	277	3.814	168	120	
24	2.010	2.537	776	251	338	253	3.977	184	134	

Fuente: FIEL.

exclusivamente de la diferencia entre los ingresos por aportes y contribuciones y los pagos por jubilaciones y pensiones. De allí que el déficit no coincida con el desequilibrio presupuestario total del sistema previsional, el cual incluye otros flujos financieros administrados por el sistema.

Cuadro 2.9b. Evolución proyectada del sistema de reparto
(población en miles de personas; ingresos, egresos y déficit en millones de pesos)

Año	Totales poblacionales			A/P*	Ingresos		Egresos		Déficit revisional	
	Activos	Jubi- lados	Pensio- nados		Aportes Perso- nales	Aportes Patro- nales	Jubila- ciones	Pen- siones	Valor	Porcen- taje
Base	4.890	2.094	1.184	1,49	3.270	5.232	7.233	3.430	2.161	20,27
1	4.959	2.085	1.221	1,49	3.321	5.314	7.222	3.527	2.113	19,65
2	5.030	2.081	1.254	1,50	3.373	5.397	7.281	3.612	1.121	19,47
3	5.100	2.108	1.280	1,50	3.427	5.484	7.423	3.685	2.197	19,77
4	5.177	2.154	1.303	1,49	3.484	5.574	7.613	3.737	2.291	20,18
5	5.254	2.207	1.311	1,49	3.541	5.666	7.812	3.779	2.384	20,57
6	5.331	2.254	1.332	1,48	3.598	5.757	8.008	3.838	2.491	21,02
7	5.409	2.302	1.350	1,48	3.656	5.849	8.209	3.892	2.596	21,45
8	5.488	2.350	1.366	1,47	3.694	5.911	8.413	3.942	2.750	22,25
9	5.508	2.398	1.381	1,45	3.708	5.933	8.647	3.988	2.994	23,69
10	5.527	2.463	1.396	1,43	3.721	5.954	8.891	4.032	3.248	25,13
11	5.546	2.514	1.410	1,41	3.734	5.975	9.100	4.073	3.464	26,29
12	5.564	2.564	1.423	1,39	3.746	5.995	9.307	4.110	3.676	27,39
13	5.582	2.614	1.434	1,37	3.767	6.027	9.510	4.144	3.860	28,26
14	5.624	2.663	1.445	1,36	3.797	6.075	9.707	4.173	4.007	28,87
15	5.665	2.710	1.454	1,36	3.827	6.123	9.894	4.200	4.143	29,39
16	5.706	2.754	1.462	1,35	3.856	6.170	10.070	4.222	4.265	29,84
17	5.747	2.796	1.479	1,34	3.885	6.217	10.234	4.242	4.373	30,21
18	5.787	2.835	1.475	1,34	3.913	6.261	10.386	4.259	4.471	30,52
19	5.822	2.871	1.480	1,33	3.938	6.301	10.522	4.273	4.555	30,78
20	5.857	2.902	1.485	1,33	3.963	6.341	10.637	4.286	4.618	30,94
21	5.891	2.928	1.490	1,33	3.988	6.381	10.730	4.297	4.658	30,99
22	5.925	2.948	1.494	1,33	4.012	6.419	10.803	4.306	4.677	30,95
23	5.959	2.963	1.498	1,33	4.034	6.455	10.854	4.315	4.679	30,84
24	5.988	2.973	1.502	1,33	4.053	6.484	10.890	4.327	4.679	30,75

* Relación activos/pasivos

Fuente: FIEL.

Evaluación Financiera-actuarial de la Reforma

En base a las características de la reforma propuesta para el sistema nacional de previsión social, se realizó una evaluación de los flujos de fondos que ésta generará durante un período de 25 años, suponiéndose que entre en vigencia a partir del 1° de enero de 1994. Se utilizaron los mismos salarios y haberes de pasividad medios que se emplearon para la proyección del sistema actual, así como las mismas tablas de mortalidad y de invalidez. Las variables demográficas para la inicialización

de la proyección de la transición se tomaron de la proyección del sistema actual, de los resultados para el año 1. Se escogió este camino dado que se supone que la reforma entrará en vigencia un año después al momento de inicialización de la última proyección mencionada. Los flujos financieros anuales fueron evaluados a diciembre de cada año de la proyección, considerándose una tasa anual real del 4 por ciento⁵.

Se supuso que la tasa de prima compensatoria cobrada por el gobierno como aporte adicional para los individuos en transición es del 3 por ciento del salario, y que las comisiones cobradas por la AFJP ascienden a 3 puntos de los 11 puntos porcentuales de aporte de los individuos activos, incluyendo dicha comisión el costo de la cobertura por invalidez y muerte en la etapa activa. Con respecto a los fondos de pensión, se supuso que al momento del retiro todos los individuos optaban por retirar su fondo y contratar una renta vitalicia en el sector asegurador privado.

Los cuadros 2.10a y 2.10b muestran los resultados obtenidos para la proyección del sistema reformado durante los primeros 25 años de la transición hacia su forma final a largo plazo. En primer lugar se observa la evolución de los pagos de prestación a los pasivos actuales, y los ingresos que el sistema de reparto podrá obtener de los activos actuales por recaudación del aporte patronal, por el cobro de la tasa de prima compensatoria y por las transferencias desde la AFJP de los fondos acumulados por los individuos en transición que resulten inválidos. También se destacan los egresos del reparto por pago de PBU, de PC y por prestaciones derivadas de la cobertura por invalidez y muerte en etapa activa de los activos en transición. Luego, a los flujos mencionados, se agregan aquéllos generados a partir de las altas de activos nuevos ingressantes, resultando entonces la demanda neta total de recursos del sistema de reparto administrado por el sector público. Por último, y con respecto a la capitalización obligatoria, se destacan los ingresos de las AFJP por comisiones y la acumulación de fondos de pensión.

Se observa que el desequilibrio del sistema de reparto es decreciente, y el valor presente descontado de los desequilibrios durante el período de la proyección asciende a \$64.583 millones. Por otro lado, los fondos acumulados por las AFJP ascienden a \$2.687 millones el primer año, y presentan una tendencia creciente alcanzando a \$33.156 millones al cabo de 10 años, a \$76.217 millones en 20 años, y a \$99.136 millones en 25 años. En consecuencia, a los 25 años el gobierno sólo podrá financiar un 46 por ciento del desequilibrio del sistema de reparto colocando hasta un 50 por ciento de títulos públicos en los fondos de pensión, y quedando \$34.919 (en valor presente descontado) como saldo a cubrir mediante recursos impositivos asignados específicamente y recursos de rentas generales.

Para mostrar la sensibilidad de los resultados a cambios en la prestación básica universal, que en el nuevo sistema es equivalente a la actual prestación mínima, se calculó nuevamente el desequilibrio del reparto, considerándose que con dicho PBU pueda alcanzarse un 40 por ciento del salario medio de la economía en lugar del 16,5 por ciento del proyecto de reforma (véase el cuadro 2.11).⁶

Como consecuencia del cambio realizado, el sector público debe afrontar ahora un desequilibrio en el sistema de reparto que administra igual a \$76.986 millones en valor presente descontado (para el flujo de desequilibrios durante los primeros 25 años). Por ende, considerando la colocación de títulos por un 50 por ciento de

5 Esto hace que los flujos anuales no sean la simple suma de los valores mensuales (correspondiendo así al criterio presupuestario sobre el cual se realizó la proyección del sistema actual) sino su suma actualizada.

6 Este porcentaje se encontraba en discusión, en el ámbito parlamentario, a principios de 1993.

Cuadro 2.10a. Evolución financiera del sistema previsional
(Millones de pesos)

Año	Sistema de reparto (flujos capitalizados evaluados a fin del período)									
	Egresos a partir de los pasivos actuales					Activos en transición				
	Jubilados	Pensionados	Pensionados actuales	Total	Aporte patronal	Tasa de prima compensatoria	Transferencia invalidez	Básica	Compensatorios	Egresos por prestación
Base	7.343	0	3.548	10.890	5.374	287	0	0	0	0
1	7.004	167	3.405	10.577	5.338	279	14	29	70	70
2	6.673	321	3.267	10.261	5.291	269	29	70	171	171
3	6.345	463	3.131	9.939	5.235	257	42	122	298	298
4	6.020	596	2.995	9.611	5.169	244	55	189	449	449
5	5.697	718	2.822	9.238	5.098	230	66	244	610	610
6	5.377	830	2.690	8.898	5.023	215	75	306	780	780
7	5.060	932	2.559	8.552	4.943	200	83	368	958	958
8	4.747	1.023	2.430	8.201	4.859	184	89	431	1.144	1.144
9	4.438	1.103	2.302	7.844	4.770	168	93	493	1.338	1.338
10	4.136	1.170	2.176	7.482	4.677	152	95	556	1.539	1.539
11	3.839	1.226	2.052	7.118	4.579	135	95	618	1.745	1.745
12	3.550	1.269	1.931	6.751	4.478	118	93	679	1.957	1.957
13	3.268	1.301	1.812	6.383	4.372	101	88	741	2.175	2.175
14	2.997	1.320	1.697	6.015	4.262	83	81	801	2.398	2.398
15	2.735	1.328	1.586	5.650	4.168	66	71	861	2.625	2.625
16	2.484	1.325	1.478	5.287	4.030	49	58	921	2.847	2.847
17	2.244	1.310	1.374	4.929	3.909	32	42	982	3.063	3.063
18	2.017	1.285	1.274	4.577	3.783	16	22	1.043	3.271	3.271
19	1.803	1.251	1.179	4.234	3.654	0	0	1.103	3.472	3.472
20	1.602	1.208	1.088	3.899	3.523	0	0	1.163	3.660	3.660
21	1.415	1.157	1.022	3.575	3.388	0	0	1.221	3.836	3.836
22	1.242	1.098	920	3.262	3.252	0	0	1.278	3.999	3.999
23	1.084	1.034	843	2.962	3.112	0	0	1.333	4.147	4.147
24	940	965	770	2.677	2.971	0	0	1.386	4.281	4.281

Fuente: FIEL

Cuadro 2. 10b. Evolución financiera del sistema previsional (Millones de pesos)

Año	Sistema de reparto (flujos capitalizados evaluados a fin del período)												
	Invalidez y muerte activa transición	Demanda neta de recursos sec. público		Alta de activos - aporte patronal		Demanda neta total de recursos sec. público		Activos en transición		Alta de activos		Totales	
									Aportes personales	Acumulación AFJP	Aportes personales	Acumulación AFJP	Aportes personales
Bmc	0	5.729	5.729	0	2.687	2.687	0	2.687	0	2.687	0	2.687	2.687
1	96	5.142	5.004	138	2.669	5.453	69	2.738	69	2.738	69	2.738	5.522
2	195	5.109	4.824	285	2.646	8.286	143	2.842	214	2.788	214	2.788	8.500
3	297	5.123	4.674	448	2.618	11.172	224	2.842	447	2.842	447	2.842	11.619
4	400	5.176	4.555	621	2.585	14.098	311	2.895	776	2.895	776	2.895	14.874
5	503	5.201	4.395	806	2.549	17.064	403	2.953	1.210	2.953	1.210	2.953	18.274
6	604	5.275	4.287	988	2.512	20.062	494	3.006	1.753	3.006	1.753	3.006	21.815
7	704	5.357	4.182	1.176	2.472	23.084	588	3.060	2.411	3.060	2.411	3.060	25.495
8	801	5.445	4.145	1.301	2.430	26.120	650	3.080	3.157	3.080	3.157	3.080	29.277
9	895	5.539	4.114	1.425	2.385	29.160	712	3.098	3.996	3.098	3.996	3.098	33.156
10	984	5.638	4.085	1.552	2.339	32.194	776	3.115	4.932	3.115	4.932	3.115	37.126
11	1.068	5.739	4.057	1.682	2.290	35.213	841	3.131	5.972	3.131	5.972	3.131	41.183
12	1.145	5.844	4.029	1.815	2.239	38.202	908	3.147	7.117	3.147	7.117	3.147	45.319
13	1.214	5.952	3.973	1.979	2.186	41.150	990	3.176	8.391	3.176	8.391	3.176	49.541
14	1.274	6.063	3.915	2.148	2.131	44.041	1.073	3.205	9.801	3.205	9.801	3.205	53.842
15	1.324	6.175	3.855	2.320	2.074	46.862	1.160	3.234	11.353	3.234	11.353	3.234	58.215
16	1.362	6.280	3.786	2.495	2.015	49.596	1.247	3.263	13.054	3.263	13.054	3.263	62.650
17	1.387	6.378	3.706	2.672	1.955	52.226	1.336	3.291	14.912	3.291	14.912	3.291	67.138
18	1.397	6.467	3.620	2.848	1.892	54.732	1.424	3.316	16.933	3.316	16.933	3.316	71.665
19	1.391	6.547	3.521	3.025	1.827	57.094	1.513	3.340	19.123	3.340	19.123	3.340	76.217
20	1.367	6.569	3.364	3.205	1.762	59.307	1.602	3.364	21.490	3.364	21.490	3.364	80.796
21	1.342	6.588	3.186	3.386	1.694	61.351	1.693	3.388	24.043	3.388	24.043	3.388	85.394
22	1.315	6.604	3.034	3.569	1.626	63.205	1.785	3.411	26.789	3.411	26.789	3.411	89.994
23	1.286	6.617	2.868	3.749	1.556	64.846	1.875	3.431	29.735	3.431	29.735	3.431	94.581
24	1.255	6.628	2.706	3.922	1.486	66.249	1.961	3.447	32.886	3.447	32.886	3.447	99.136

Fuente: FIEL

Cuadro 2.11. Demanda neta de recursos del sistema de reparto público con PBU igual al 40 por ciento del salario medio
(En millones de pesos de 1992)

Año	Demanda neta
Base	5.229
1	5.046
2	4.924
3	4.848
4	4.815
5	4.742
6	4.723
7	4.707
8	4.758
9	4.817
10	4.877
11	4.937
12	4.996
13	5.028
14	5.056
15	5.082
16	5.099
17	5.105
18	5.105
19	5.093
20	5.020
21	4.941
22	4.855
23	4.767
24	4.679

Fuente: Elaboración propia.

los fondos de pensión acumulados en 25 años en las AFJP, sólo podrá cubrirse por esta vía un 39 por ciento del desequilibrio descontado del reparto, quedando un saldo a cubrir por \$47.322 millones, que es un 36 por ciento superior al correspondiente a una PBU equivalente al 16,5 por ciento del salario medio de la economía.

Recomendaciones para la Reforma

Desde el punto de vista de la equidad, el nuevo régimen, sin dejar la solidaridad intergeneracional de lado, centra su atractivo en vincular las prestaciones con los aportes realizados durante la etapa activa, excluyendo la posibilidad de que los

individuos con diferente cantidad de años de aporte y carrera salarial similar durante los últimos 10 años de actividad, accedan a la misma prestación. Se regresa de esta manera al concepto de la previsión a partir del ahorro previsional individual, sin olvidar a los individuos de menores ingresos que al momento del retiro no puedan acceder a una prestación mínima de supervivencia. Para ello se mantiene el componente redistributivo, que garantiza el PBU si la renta por capitalización no es significativa.

Sin embargo, la nueva legislación contiene elementos que deben ser considerados en mayor profundidad.

- La movilidad de las prestaciones, que en el proyecto de reforma se verifica acompañando la evolución del salario medio implícito en la recaudación, si bien garantiza una regla de ajuste compatible con la capacidad financiera del sistema, puede verse afectada por la evasión, que constituye un problema crónico en el sistema previsional actual.

- La autorización al Estado para colocar títulos de deuda hasta un 80 por ciento del fondo acumulado en los AFJP, pone en peligro la solvencia a largo plazo del sistema y reduce la credibilidad de la reforma.

- No resulta claramente explícito el ajuste de las rentas vitalicias que pueden obtenerse en el sector asegurador privado, restándole atractivo a esta opción en el momento del retiro.

- No se exige que un porcentaje preestablecido del aporte personal se destine a la capitalización, no habiendo más límites *a priori* que la competencia entre las AFJP para la fijación de las comisiones y del porcentaje del salario destinado a cubrir el costo de la cobertura por invalidez y muerte en la etapa activa.

- El Estado garantiza las rentas vitalicias que pueden obtenerse en el sector asegurador privado en caso de quiebra o liquidación por insolvencia del asegurador, hasta aproximadamente un 82,5 por ciento del salario medio de la economía (implícito en la recaudación previsional). Esta garantía puede perjudicar a los individuos que hayan capitalizado un mayor monto por haber tenido un salario superior al promedio, o a aquéllos que hayan realizado un mayor esfuerzo contributivo durante su etapa activa.

- El nuevo sistema no es explícito acerca de la situación de los trabajadores pertenecientes a los sectores rurales que ingresan sus aportes al sistema por convenios, en cuyo caso los niveles de informalidad y evasión son los más elevados.

3. Sistema de Obras Sociales: Seguro Social de Salud

Aspectos Históricos e Institucionales

Hasta las primeras décadas de este siglo, no se había difundido en la Argentina el concepto de seguro en el campo de la salud. Después de la Segunda Guerra Mundial, la profundización de los procesos de desarrollo industrial, urbanización y sindicalización aceleró el crecimiento de los seguros de salud voluntarios de índole gremial. Durante el gobierno peronista (1945-55) se avanzó en forma gradual hacia el seguro social obligatorio, al constituir el Estado obras sociales específicas administradas por organizaciones sindicales, beneficiando inicialmente a trabajadores del sector público y extendiéndose en forma paulatina hacia otras ramas de actividad. Este proceso culminó con la sanción de la Ley 18.610 en 1970, mediante

la cual se institucionalizó y ordenó el sistema de obras sociales y se estableció la obligatoriedad de la cobertura para todos los trabajadores en relación de dependencia y su grupo familiar primario⁷, consagrando la administración de estos entes a las asociaciones profesionales. Se establecieron niveles mínimos de aportes y contribuciones salariales para financiar el sistema, admitiéndose que los servicios asistenciales podían efectuarse en forma directa o mediante convenio con proveedores públicos o privados. El sistema se amplió en 1971 con la sanción de la Ley 18.980 que estimula la creación de obras sociales para el personal jerarquizado no incluido en los convenios colectivos de trabajo, y mediante la Ley 19.032, que creó el Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (INSSJyP), a través del cual se extendió la cobertura asistencial obligatoria a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y a su grupo familiar primario. Si bien primero en 1980 (Ley 22.269) y posteriormente en 1989 (Ley 23.660) se sustituyó la norma que reglamenta el sistema, en la práctica la organización económica del mismo ha quedado inalterada desde su origen, excepto por las crecientes contribuciones y aportes que se han determinado en cada oportunidad.

Diagnóstico de la Situación Actual

El sistema de obras sociales regido actualmente por la Ley 23.660 está integrado por algo menos de 300 entidades de distinta naturaleza jurídica, cuyas actividades están reglamentadas por la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL). El sistema beneficia a alrededor de 17.500.000 individuos, que representan el 55 por ciento de la población total del país. Si al conjunto de estas obras sociales se agregan las provinciales y municipales, las del Poder Judicial y el Congreso de la Nación y las correspondientes al personal de las fuerzas armadas y de seguridad —todas ellas regidas por leyes específicas— la población con cobertura médica obligatoria asciende a alrededor del 75 por ciento del total de residentes del país (véase el cuadro 2.12).

En base a la información oficial indirecta proveniente del Instituto Nacional de Recaudación Previsional, se estima que los ingresos totales de las obras sociales regidas por la Ley 23.660 habrían ascendido en 1992 a aproximadamente US\$3.800 millones, la cifra equivalente a alrededor del 37 por ciento del gasto total en salud (gasto agregado del sector público y privado), y a un 3 por ciento del PIB. Este sector cumple una actividad principalmente aseguradora: su función esencial es administrar los beneficios a los que tienen acceso los usuarios, y realizar, con los fondos que recauda, los pagos por la utilización de los servicios médicos que éstos efectúen. En general, no ha desarrollado capacidad instalada ni cuenta con planteles propios de profesionales.

La organización del sistema elimina por completo la competencia entre los distintos entes, ya que los beneficiarios no tienen la posibilidad de elegir con quién contratar su seguro de salud, pues de hecho deben hacerlo con la institución correspondiente a la asociación gremial a la cual pertenecen. Ello significa que las obras sociales no tienen ningún incentivo económico para prestar servicios de buena

⁷ No se incluyen en esta clasificación el personal militar y civil de las fuerzas armadas, de seguridad, la policía federal, el personal de los gobiernos provinciales y de sus municipalidades, el personal dependiente de la MCBA y el personal jerarquizado no incluido en los convenios colectivos de trabajo.

Cuadro 2.12. Evolución de la población beneficiaria según naturaleza institucional, 1983-90

Naturaleza institucional	1983	1984	1986	1988	1990
Sindicales	5.773.235	6.441.263	6.588.391	6.888.962	7.014.977
Estatales	550.635	744.154	735.225	744.725	765.927
Por convenio	221.341	235.360	239.462	234.810	233.471
Personal de dirección	722.231	827.223	903.217	936.495	979.109
Administración mixta	8.662.306	8.881.397	8.891.316	8.653.732	8.426.827
Por adhesión	32.281	96.913	40.318	57.881	59.321
Ley 21476	49.087	55.378	57.264	59.377	60.200
De empresas	21.464	24.228	26.853	27.533	26.402
Subtotal INOS/ANSSAL	16.032.580	17.305.918	17.482.046	17.603.515	17.566.234
Otros ^a	—	5.051.160	5.704.200	6.372.500	—
Total	—	22.357.078	23.186.246	23.976.015	—

^a Provinciales y municipales, Poder Judicial y Congreso de la Nación, personal de las fuerzas armadas y de seguridad.

Fuente: FIEL

calidad ni para desarrollar una gestión eficiente. Esta conformación de las entidades genera, además, fuertes diferencias en el tamaño de las mismas y una amplia dispersión en los gastos administrativos entre las diversas obras sociales. A su vez, para una gran cantidad de beneficiarios, significa una duplicación de la cobertura, ya que al efectuarse los aportes al sistema sobre la base de las remuneraciones, aquellos individuos que tienen más de un empleo, cuentan con doble afiliación, del mismo modo que los hogares en los que trabaja más de un integrante del grupo familiar primario.

En cuanto al financiamiento del sistema, los recursos de cada obra social provienen de un aporte patronal del 6 por ciento sobre la remuneración de los afiliados y de un 3 por ciento que —sobre el mismo concepto— efectúan los titulares. De este total, la obra social recibe el 90 por ciento, ya que el 10 por ciento restante se canaliza a la ANSSAL para la constitución del Fondo de Redistribución; en el caso de las obras sociales del personal directivo, estos porcentajes ascienden al 85 por ciento y al 15 por ciento respectivamente. El Fondo de Redistribución se utiliza —luego de descontados los gastos de funcionamiento de la ANSSAL— para otorgar subsidios, préstamos, etc. a las obras sociales que los requieran. Este esquema de financiamiento introduce innumerables subsidios cruzados entre grupos de beneficiarios que, en muchos casos, producen efectos no deseados. En primer lugar, al no establecerse vínculo alguno entre el costo actuarial de la atención médica de cada individuo y su aporte al sistema, se produce una transferencia de recursos de la población con menor riesgo de enfermedad a la población de alto riesgo. Por otra parte, dado que los servicios son iguales para todos los afiliados a una misma obra social independientemente del aporte que cada uno efectúe a la misma, dentro de cada rama de actividad los individuos de mayores ingresos subsidian a los de menores recursos. Del mismo modo, los grupos familiares de menor tamaño subsidian a las familias más numerosas, ya que el aporte al sistema —con

excepción de algunas obras sociales provinciales— no está relacionado con la cantidad de miembros del hogar que son beneficiarios del mismo. La consecuencia no deseada de este ordenamiento ha sido el establecimiento de fuertes incentivos a la evasión de las contribuciones al sistema a través de la subdeclaración de ingresos: de esta manera los aportes se reducen, pero los beneficios continúan siendo los mismos. Por otra parte, dado que el principio de solidaridad se limita cada obra social —el Fondo de Redistribución constituye el único mecanismo solidario entre obras sociales— se produce una situación de inequidad horizontal, pues los individuos que se hallan en las mismas condiciones reciben beneficios diferentes simplemente por estar ocupados en distintas ramas de actividad. Desde el punto de vista de las entidades, este sistema de financiamiento basado en la nómina salarial, implica a su vez que no existe vínculo alguno entre los recursos de cada ente y sus egresos esperados, tal como es recomendable en cualquier actividad de índole aseguradora. Ello significa que al estar los ingresos de las obras sociales ligados a la evolución del salario real y sus erogaciones en función de la utilización de los servicios que efectúan los beneficiarios, no existen mecanismos endógenos al sistema que tiendan a asegurar el equilibrio financiero del mismo.

Si bien las fallas en la organización del sistema estuvieron presentes desde sus orígenes, recién a partir de la década de 1980 la situación se complicó debido a la presencia de diversos factores que dieron lugar, por un lado a una tendencia creciente en las erogaciones (aumento de costos administrativos, tecnología médica de costo creciente, incentivos al excesivo consumo de atención médica) y, por el otro, a una contracción en los recursos del sistema (caída del salario, aumento de la evasión).

Como resultado de estos factores, las obras sociales experimentaron recurrentes desequilibrios financieros a lo largo de la última década. En el intento por reducir estos fuertes desequilibrios financieros, las obras sociales y las autoridades han puesto en práctica diversas políticas, algunas de las cuales han distorsionado notablemente el mercado de la salud. En primera instancia, cuando una obra social enfrenta un problema financiero, recurre a la ANSSAL en demanda de subsidio. Cabe en este punto, entonces, hacer una referencia a los mecanismos de distribución de subsidios por parte de este organismo. De acuerdo con la Ley 23.660, el 70 por ciento del Fondo de Redistribución debería distribuirse automáticamente entre las entidades que registren el menor ingreso por beneficiario; el resto se distribuye de acuerdo con el criterio de ANSSAL. Sin embargo, la ANSSAL experimenta serias dificultades para recopilar información, ya que no dispone de un registro confiable del flujo de fondos de los entes a los cuales se supone que supervisa⁸. El resultado es que en definitiva, la mayor parte del Fondo de Redistribución se reparte en forma absolutamente discrecional, por un lado para atender situaciones de déficit —y los mayores déficit no siempre indican menores ingresos— y por el otro, respondiendo a presiones políticas. El uso discrecional de estos fondos adquiere relevancia si se tiene en cuenta el volumen de recursos involucrados y, por lo tanto, la capacidad redistributiva del sistema. En efecto, tomando como base la evolución registrada durante el primer semestre de 1992, esta cuenta acumula anualmente alrededor de US\$250 millones. Si estos fondos se utilizaran para subsidiar a las obras sociales que nuclean al 25 por ciento de la población beneficiaria de menores

⁸ Más aún, existe la impresión generalizada de que el número de beneficiarios que declara cada obra social a la ANSSAL no constituye una información confiable, pues las bajas de los padrones se efectuarían en forma parcial y con considerable demora, de modo tal que el número de beneficiarios se encontraría artificialmente aumentado.

recursos —excluyendo a la población pasiva— ello sería suficiente para otorgar una subvención anual per cápita del orden de los US\$70, lo cual equivale a un 40 por ciento del gasto promedio por persona del sistema (véase el cuadro 2.13).

Además de recurrir a la ANSSAL en demanda de subsidios, las obras sociales que experimentan dificultades financieras demoran, a veces por períodos considerables, el pago de los servicios a los proveedores, quienes ante esta circunstancia deciden en muchos casos suspender transitoriamente la provisión de la atención médica a los beneficiarios de esa entidad.

Por su parte, la autoridad de aplicación para reducir los gastos del sistema, ha controlado históricamente los precios de las prestaciones a través del Nomenclador Nacional. Dado que el conjunto de proveedores está conformado por distintos tipos de participantes (profesionales, sanatorios, laboratorios farmacéuticos, etc.) y que, en general, éstos están agrupados a través de colegios, confederaciones y cámaras empresarias, la fijación de precios dio lugar a una puja distributiva. Desde fines de 1991, en virtud del proceso de desreglamentación económica encarado por el actual gobierno, las autoridades abandonaron el control de precios de las prestaciones médicas. A partir de entonces, las obras sociales fijan los aranceles en muchos casos unilateralmente y en otros, en forma en apariencia negociada con los proveedores de los servicios, arrojando sin embargo —debido una vez más a la condición de cautivos que tienen los beneficiarios— resultados similares a los generados por la política de control de precios aplicada previamente. Al respecto, ambas políticas de precios (fijación unilateral o negociación) generan en la práctica mecanismos para eludirlos por parte de los proveedores, tales como facturar prácticas no realizadas, aumentar innecesariamente el número de prestaciones para compensar la caída en el precio, cobrar a los usuarios un arancel diferencial no autorizado o reducir la calidad de los servicios. Por último, cuando se hizo evidente la crisis financiera de las obras sociales y ante las presiones de los distintos sectores involucrados, se ha optado reiteradas veces por actuar sobre los recursos del sistema aumentando los aportes y contribuciones al mismo (véase el cuadro 2.14).

En síntesis, el sistema de obras sociales presenta graves deficiencias, que si bien se hicieron evidentes a partir de la profundización del proceso de deterioro económico de la Argentina en la década de 1980, responden en gran medida a fallas de organización originadas en una inadecuada estructura de incentivos.

4. Efectos Distributivos del Sistema de Obras Sociales

La organización por rama de actividad adoptada para el seguro social de salud en la Argentina determina que el principal impacto redistributivo de este sistema se produzca dentro de cada obra social. En efecto, si bien todos los individuos aportan un mismo porcentaje de su remuneración a la obra social que les corresponde por su actividad laboral, la cobertura asistencial que reciben a cambio es igual para todos los afiliados a una entidad dada, pero presenta una amplia diversidad entre entidades. Esta característica del sistema torna sumamente compleja la medición de los efectos redistributivos que se generan, pues para ello deben conocerse y compararse los diferentes servicios asistenciales que provee cada obra social. La información disponible no admite un análisis de esta magnitud.

La obra social de jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión (INSSJP) constituye un caso distinto. Esta entidad obtiene sus recursos básicamente de dos fuentes: a) 2 por ciento de los haberes previsionales y b) 5 por ciento de los

Cuadro 2.13. Aporte y gasto promedio mensual por categoría de beneficiario (1992)
(En dólares)

Categoría	Monio
Aporte por beneficiario titular activo	34
Gasto por beneficiario (excluye INSSPJ)	15
Gasto por beneficiario pasivo	37

Fuente: FIEL

Cuadro 2.14. Evolución de los aportes y contribuciones al sistema, 1970-92
(En porcentajes)

Fecha de vigencia	Sobre las remuneraciones Trabajador				Sobre el S.A.C. (c) Trabajador				Observaciones
	Trabajador		Empleador	Total	Trabajador		Empleador	Total	
	(a)	(b)			(a)	(b)			
1970 (Ley 18.610)	1	2	2	3 o 4	1	2	2	3 o 4	con tope
1971 (Ley 18.980)	1	2	2	3 o 4	3	3	3	6	con tope
1974 (Dic. 189/74)	1	2	2	3 o 4	3	3	3	6	sin tope
1974 (Dic. 1684/74)	1	2	2,5	3,5 o 4,5	3	3	3,5	6,5	sin tope
1975 (Ley 21.216)	2	3	4,5	6,5 o 7,5	3	3	3,5	6,5	sin tope
1980 (Ley 22.269)	3	3	4,5	7,5	3	3	4,5	7,5	sin tope
1980 (Ley 23.660)	3	3	6	9	3	3	6	9	sin tope

(a) Sin grupo familiar

(b) Con grupo familiar primario

(c) S.A.C.: salario anual complementario

Fuente: FIEL

aportes y contribuciones sobre las remuneraciones de los trabajadores en actividad. Este mecanismo de financiamiento tiene, por un lado, un efecto redistributivo entre los mismos beneficiarios del sistema, dado que cada uno aporta de acuerdo a lo que percibe y todos reciben la misma cobertura, al tiempo que por otro lado significa una transferencia de recursos de la clase activa a la clase pasiva. Nótese que éste es el seguro de salud que cuenta con mayor número de beneficiarios en el país —alrededor de 3.300.000 personas, o sea, casi el 20 por ciento de la población cubierta por el régimen de la Ley 23.660— y que se destinan a su funcionamiento cerca de US\$1.500 millones anuales. De este total de recaudación anual del INSSJP, aproximadamente US\$200 millones provienen de los aportes que efectúan los beneficiarios del sistema, y US\$1.300 millones corresponden a las contribuciones de la clase activa. Este volumen de recursos implica un gasto promedio por individuo cubierto de alrededor de US\$37 mensuales, cifra que representa el promedio per cápita del seguro de salud de la población pasiva y, en consecuencia, puede calcularse —suponiendo que todos los individuos tengan el mismo riesgo de enfermedad— el beneficio bruto que cada uno obtiene del sistema. Sin embargo,

como ya se mencionó, parte de este gasto es financiado por los mismos beneficiarios, quienes contribuyen para este fin con un 2 por ciento de sus haberes. Este mecanismo significa que el costo monetario del seguro que soporta cada individuo varía de acuerdo con los ingresos previsionales, y dado que la cobertura asistencial es la misma para todo este grupo poblacional, los beneficios netos del sistema también están en función de los haberes percibidos. Los cálculos efectuados permiten observar (véase el cuadro 2.15) que para los individuos cuyo haber jubilatorio mensual se ubica por debajo de los US\$1.900, su contribución al sistema es inferior al beneficio que éste otorga, por lo que el seguro de salud constituye un mecanismo de redistribución de ingresos a su favor. Debe destacarse al respecto lo elevado de la cifra de corte, teniendo en consideración que el salario promedio de la economía argentina es de alrededor de US\$500 por mes. Este efecto adquiere una magnitud apreciable para los beneficiarios que a diciembre de 1992 percibían el ingreso previsional mínimo; la transferencia neta de recursos ascendía a más del 22 por ciento de dicho haber. A partir de los US\$1.900 mensuales este resultado se invierte, y los aportes netos al sistema —descontados los beneficios— se tornan positivos, llegando a representar más del 1 por ciento de los haberes correspondientes a las categorías más altas. Así, para la mayor parte de la población pasiva, el seguro de salud tiene un impacto redistributivo positivo, dado que sólo un 0,15 por ciento de los individuos se ubican en categorías de haberes superiores a ese nivel. Más aún, para el conjunto de jubilados y pensionados, este programa genera un beneficio neto que representa más del 12 por ciento del haber medio del sistema.

Propuesta de Reforma

Hasta fines de 1991, si bien las autoridades admitían el grave deterioro que acusaba el sistema de obras sociales, no reconocían que la principal causa del mismo era el propio diseño del modelo. Recién a comienzos de 1992 por primera vez se reconoció oficialmente que los problemas de organización y de incentivos asociados a ella constituían una de las principales causas de la crisis que atravesaba el conjunto de obras sociales. Este cambio en el diagnóstico de las autoridades condujo a la elaboración por parte del Poder Ejecutivo de un anteproyecto de reforma del sector que contempla un cambio significativo del modelo actual.

Transcurrido un año desde que trascendiera la propuesta oficial de reforma, y cuando ésta —presuntamente por la fuerte oposición que ejercían vastos sectores políticos y gremiales— aún no se había enviado al Congreso de la Nación, el gobierno adoptó la decisión de apresurar la modificación del régimen vigente, recurriendo a la vía de un decreto⁹ del Poder Ejecutivo, que establece la posibilidad —hasta ahora vedada— de que los beneficiarios ejerzan la libertad de elección de la obra social a la cual desean pertenecer dentro de las obras sociales ya existentes, excluidas las correspondientes al personal de dirección de las empresas.

Si bien éste es un principio de avance, la transformación del sector podría estructurarse en torno a los siguientes elementos: i) libertad de elección entre una amplia variedad de entidades, información periódica al beneficiario sobre distintos planes de seguro e ingresos provenientes de primas libremente establecidas a los

⁹ A diferencia de la exhaustiva propuesta original de reforma, esta segunda versión deja aspectos de tal importancia a ser definidos en su reglamentación, que la tornan compatible con modelos de los seguros de salud de índole absolutamente diversa.

Cuadro 2.15. Efectos distributivos del seguro de salud para jubilados y pensionados**

Haber mensual (\$)	Cantidad de casos	Haber medio mensual	Aporte mensual	Beneficio mensual*	Beneficio mensual neto	Beneficio neto medio (%)
Hasta 150,50	1.886.340	149,79	3,00	37	34,00	22,70
150,51 a 160,00	16.972	155,21	3,10	37	33,90	21,84
160,01 a 179,49	32.707	170,25	3,40	37	33,60	19,73
179,50 a 180,50	32.471	170,00	3,60	37	33,40	18,56
180,51 a 200,00	78.946	193,05	3,86	37	33,14	17,17
200,01 a 224,49	40.832	212,11	4,24	37	32,76	15,44
224,50 a 225,50	90.319	225,00	4,50	37	32,50	14,44
225,51 a 240,00	52.154	232,87	4,66	37	32,34	13,89
240,01 a 260,00	216.404	253,28	5,07	37	31,93	12,61
260,01 a 280,00	189.084	263,58	4,27	37	31,73	12,04
280,01 a 291,99	37.869	286,19	5,72	37	31,28	10,93
292,00 a 293,00	11.656	292,51	5,85	37	31,15	10,65
293,01 a 300,00	22.047	296,73	5,93	37	31,07	10,47
300,01 a 350,00	115.148	323,58	6,47	37	30,53	9,43
350,01 a 400,00	88.595	374,16	7,48	37	29,52	7,89
450,01 a 450,00	65.502	423,91	8,48	37	28,52	6,73
450,01 a 500,00	50.523	474,05	9,48	37	27,52	5,81
500,01 a 550,00	40.264	523,69	10,47	37	26,53	5,07
550,01 a 572,19	15.826	560,98	11,22	37	25,78	4,60
572,20 a 573,20	638	572,70	11,45	37	25,55	4,46
573,21 a 602,19	17.026	587,47	11,75	37	25,25	4,30
602,20 a 603,20	583	602,56	12,05	37	24,95	4,14
603,21 a 650,00	23.581	625,92	12,52	37	24,48	3,91
650,01 a 700,00	21.447	674,12	13,48	37	23,52	3,49
700,01 a 763,09	22.143	730,00	14,61	37	22,39	3,06
763,10 a 764,10	375	763,61	15,27	37	21,73	2,85
764,11 a 793,09	8.292	778,55	15,57	37	21,43	2,75
793,10 a 794,10	520	793,60	15,87	37	21,13	2,66
794,11 a 800,00	1.552	797,11	15,94	37	21,06	2,64
800,01 a 1.000,00	40.425	886,83	17,74	37	19,26	2,17
1.000,00 a 1.200,00	20.772	1.090,59	21,81	37	15,19	1,39
1.200,00 a 1.424,19	14.766	1.312,45	26,25	37	10,75	0,82
1.424,20 a 1.425,20	530	1.424,36	28,49	37	8,51	0,60
1.425,21 a 1.600,00	5.649	1.507,86	30,16	37	6,84	0,45
1.600,01 a 1.898,59	6.786	1.733,08	34,66	37	2,34	0,13
1.898,60 a 1.899,70	6.328	1.899,12	37,98	37	-0,98	-0,05
1.899,71 a 2.000,00	470	1.946,91	38,94	37	-1,94	-0,10
2.000,01 a 2.200,00	796	2.098,78	41,98	37	-4,98	-0,24
2.200,01 a 2.400,00	612	2.297,54	45,95	37	-8,95	-0,39
2.400,01 a 2.600,00	964	2.458,72	49,17	37	-12,17	-0,50
2.600,01 a 2.800,00	311	2.689,14	53,78	37	-16,78	-0,62
2.800,01 a 3.000,00	238	2.898,76	57,98	37	-20,98	-0,72
3.000,01 a 3.200,00	167	3.085,03	61,70	37	-24,70	-0,80
3.200,01 a 3.400,00	928	3.246,35	64,93	37	-27,93	-0,86
3.400,01 a 3.600,00	86	3.496,32	69,93	37	-32,93	-0,94
3.600,01 a 3.800,00	75	3.709,10	74,18	37	-37,18	-1,00
3.801,00 a 4.000,00	433	3.963,86	79,28	37	-42,28	-1,07
más de 4.000	63	4.456,05	90,92	37	-53,92	-1,19
Promedio general		249,51	4,99	37	32,01	12,83

Nota: (*) del INSSPJ(\$)

(**) la información sobre haberes previsionales corresponde a diciembre de 1992 e incluye al conjunto de jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión social.

Fuente: FIEL, en base de datos de la Secretaría de Estado de Seguridad Social.

aseguradores, ii) plan mínimo de salud definido por el Estado, con obligación de ser ofrecido por todas las entidades, y con precio máximo y iii) financiamiento del sistema en base a aportes salariales básicos (1 a 2 por ciento de la remuneración) a un fondo que se redistribuya entre los beneficiarios de acuerdo con el riesgo de enfermedad y nivel de ingreso y contribuciones divididas voluntarias al sistema, con obligación de cubrir el costo del plan mínimo de salud.

5. Sistema de Asignaciones Familiares

Antecedentes Históricos

En la Argentina el régimen de asignaciones familiares comenzó a funcionar en 1957 con la creación de CASFEC (Caja de Asignaciones Familiares para el Personal de Empresas Comerciales Privadas) y CASFPI (Caja de Asignaciones Familiares para el Personal de la Industria). En un principio ambas Cajas establecieron como beneficio únicamente el pago de una asignación por cada hijo menor de 15 años o incapacitado. A fin de financiar este régimen, se creó en cada una de las Cajas un Fondo Compensador de Asignaciones Familiares, financiado mediante un aporte obligatorio por parte del empleador. El sistema fue diseñado con un criterio redistributivo, en el sentido de que el personal sin cargas de familia financiara a aquéllos que sí las tuvieran. En 1965 se creó la Caja de Asignaciones Familiares para el personal de la estiba. En 1969 se unificaron los regímenes de asignaciones familiares, estableciéndose idéntica cobertura para todos los trabajadores y unificándose la tasa de aporte. En ese momento y a través de esa ley se creó la Caja de Asignaciones Familiares para el Personal de Empresas del Estado. Dicha ley fue derogada por Decreto 651/73, y en reemplazo se dictó un decreto que establecía que el pago de las asignaciones familiares para el personal de las mismas se efectuaría con ingresos corrientes de las propias empresas. La última modificación importante del régimen fue el Decreto 2284/91 (Desregulación de la Economía) que disolvió las tres cajas existentes, transfiriendo la administración del régimen a la Administración Nacional de Seguridad Social.

En la actualidad las Cajas de Asignaciones Familiares otorgan prestaciones por los siguientes conceptos: matrimonio, prenatal, maternidad, nacimiento de hijo, adopción, cónyuge, hijo, familia numerosa, escolaridad primaria y preescolar, escolaridad media y superior, ayuda escolar primaria y preescolar, anual complementaria de vacaciones y hijo menor de cuatro años. Los beneficios varían de acuerdo con el desarrollo económico de cada provincia. El régimen se financia con un aporte por parte de los empleadores del 7,5 por ciento de todas las remuneraciones que percibe el trabajador. Para las provincias patagónicas de Chubut, Santa Cruz y el Territorio Nacional de Tierra del Fuego, el aporte es del 3 por ciento.

6. Diagnóstico

En 1991, la población incluida en el sistema ascendía a alrededor de 3 millones de personas. Además de esta población, son beneficiarios de asignaciones familiares el personal que trabaja en el sector público (administración pública y empresas del Estado) que asciende a 2.100.370 personas, es decir que la población total objetivo

es de 5.082.243. Mensualmente se abonaba, en promedio, un total 7.644.342 asignaciones familiares al personal del sector privado. A ello debe agregarse la ayuda escolar primaria y preescolar que, aproximadamente, representa 1.424.800 casos al año. Con respecto a la evolución real de las asignaciones familiares, los beneficios se han ido deteriorando en el tiempo. Para una familia tipo, es decir un trabajador con cónyuge y dos hijos, uno con escolaridad primaria y otro con escolaridad secundaria, en 1992 el nivel real de los beneficios mensuales era un 19,5 por ciento inferior promedio del período 1980-92.

Históricamente, el sistema de asignaciones familiares ha sido ampliamente superavitario, derivándose sus ingresos netos a otros destinos (dispendiosos, gastos de administración de edificios). En el período marzo-octubre de 1992, bajo la nueva administración del ANSES, el sistema de asignaciones familiares percibió ingresos por contribuciones de US\$545 millones, en tanto que los pagos por reintegros y pago directo de prestaciones ascendieron a US\$226 millones. Es decir que el sistema registró un superávit de US\$319 millones. Aún existe, por lo tanto, un amplio margen para reducir la tasa de contribución de las empresas o alternativamente incrementar el nivel medio de las prestaciones.

Asignaciones Familiares y Distribución Del Ingreso

En base a la información obtenida de la Encuesta Permanente de Hogares¹⁰ se calculó la distribución de los beneficios obtenidos por la población por concepto de asignaciones familiares, por quintiles de ingreso. Los resultados indican que el 20 por ciento de la población que menos gana recibe sólo el 4,4 por ciento de las asignaciones familiares mensuales, en tanto que el 20 por ciento que más gana recibe el 25,5 por ciento de los pagos por asignaciones familiares. La desigualdad en la distribución de los ingresos por asignaciones familiares proviene básicamente de que la población de menores recursos tiene una menor participación en el mercado laboral formal y por lo tanto se encuentra excluida de los beneficios de las asignaciones familiares. Si se considera solamente la población del sistema, se observa que el pago de beneficios se distribuye en porcentajes similares para los distintos quintiles de ingreso, con lo cual las diferencias entre el pago medio que reciben los hogares por concepto de asignaciones familiares no difiere sustancialmente. En cuanto al beneficio promedio de las familias que las perciben, puede observarse que si bien el 20 por ciento de la población que menos gana recibe el menor beneficio medio, la discrepancia entre los restantes quintiles no es marcada (Cuadro 2.16). Ello indica que si bien en su monto total, el pago de las asignaciones familiares se distribuye en forma proporcional es un beneficio progresivo dada la fuerte diferencia que existe entre los ingresos de la población.

Propuesta De Reforma

Dentro de los estratos de ingresos laborales más altos, los beneficios de este sistema representan una fracción muy pequeña del ingreso total. Ello sugiere la posibilidad de reducir la población beneficiaria de las mismas a la de menores

¹⁰ Esta encuesta es realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos para la Capital Federal y el Gran Buenos Aires, zona en la que se concentra el 33 por ciento de la población total del país.

Cuadro 2.16. Distribución de las asignaciones familiares

Quintil	Asignación familiar promedio mensual (\$)	Distribución del Ingreso (índice promedio = 100)
I	47,1	27,2
II	60,9	49,0
III	53,0	73,1
IV	52,0	106,6
V	51,3	244,2

Fuente: FIEL, en base a datos del INDEC.

ingresos. El único beneficio que debería continuar funcionando como actualmente, es decir generalizado para todos los niveles de ingreso, es el beneficio de maternidad, ya que su anulación implicaría la discriminación de la mujer al ingreso al mercado laboral. Los restantes beneficios deberían reformularse totalmente, estableciéndose un único beneficio que subsidie la educación de los hijos. Es decir, debería establecerse una asignación por escolaridad, desde el nivel preescolar hasta los 21 años. El subsidio propuesto tendría por finalidad incentivar la formación de capital humano. Para la definición del ingreso máximo hasta el cual se accedería al cobro de este beneficio, debería tenerse en cuenta el ingreso total de los padres, para evitar situaciones de inequidad horizontal (por ejemplo, hogares no elegibles porque el jefe de familia tiene un salario superior al tope, pero el ingreso familiar resulta menos que en otros hogares donde ambos cónyuges trabajan, con salarios inferiores al tope).

7. Subsidio por Desempleo

Antecedentes del Régimen Establecido por la Ley Nacional de Empleo

En la Argentina nunca ha existido un seguro de desempleo generalizado, sino sistemas parciales en el sentido de que abarca cierto segmento de la población. El régimen más antiguo aún vigente es el que corresponde al sector de la construcción. Para los restantes trabajadores se aplicaron regímenes transitorios hasta la sanción de la Ley Nacional de Empleo. El Fondo de Desempleo para los trabajadores de la Construcción (1980) consiste en aportes mensuales a cargo del empleador en cuentas bancarias individuales a nombre del trabajador. El porcentaje de aporte es del 12 por ciento para el personal con menos de 1 año de antigüedad y del 8 por ciento para el resto. Al cese de la relación laboral, cualquiera fuera el motivo, el trabajador puede disponer del Fondo. Este sistema reemplaza al régimen de preaviso y despido. En el caso de la Ley Nacional de Empleo se establece un sistema integral de prestaciones por desempleo para los trabajadores comprendidos dentro de la Ley de Contrato de Trabajo que hayan cesado su relación laboral por causas ajenas a su voluntad. Este sistema comenzó a funcionar en marzo de 1992.

La duración de las prestaciones está relacionada con el período de aportes

efectuados al Fondo Nacional de Empleo; con un mínimo de cuatro meses para aquéllos que hayan aportado 12 meses y un máximo de 12 meses para quienes hayan aportado 30 meses o más a dicho Fondo. El monto de la prestación se establece para los primeros 4 meses en un 80 por ciento del importe neto de la mejor remuneración mensual, en los seis meses anteriores al cese del contrato de trabajo y a partir de allí es decreciente. Existe un mínimo de 120 pesos y un máximo de 400 pesos para los subsidios. El sistema se financia con un 1,5 por ciento sobre las remuneraciones del personal en relación de dependencia, a cargo del empleador y una contribución del 3 por ciento del total de las remuneraciones pagadas por las empresas de servicios eventuales, a cargo de dichas empresas.

La elevada recaudación verificada en 1992, unida al nivel del subsidio medio (estimado en 300 dólares) sugiere que las posibilidades de que el sistema no se financie con recursos genuinos a la tasa de aporte vigente son sumamente bajas. En efecto, de acuerdo con la información obtenida de la Encuesta Permanente de Hogares que elabora el INDEC, la duración media de empleo anterior a la situación de desempleo asciende a cuatro meses.

Del cuadro 2.17 surge que la probabilidad de perder el empleo luego de 12 meses de permanencia en él es inferior a lo que corresponde al resto de categorías. Dado que la región de la Capital Federal y el Gran Buenos Aires concentra un tercio de la población total del país, puede estimarse que para el total del país el 10,5 por ciento de los desempleados han tenido un trabajo anterior de duración mayor a los 12 meses, es decir que sólo el 10,5 por ciento es elegible para el cobro del subsidio. La tasa de incremento en el desempleo de la población elegible requerida para que los pagos por subsidio por desempleo sean plenamente cubiertos por los ingresos obtenidos puede calcularse de la siguiente manera:

$$\Delta d/e = (w/s * t/p) / (1 + w/s * t/p)$$

donde Δd = incremento en el número de desempleados necesario para agotar los recursos.

e = nivel de empleo

w = salario medio de la población cubierta

s = subsidio medio

t = tasa de aporte al Fondo Nacional de Empleo

p = proporción de la población desempleada que tuvo anteriormente un empleo por un período mayor de 12 meses (población elegible para cobrar el subsidio)

Dado que durante el primer mes de vigencia del subsidio establecido por la ley, el pago medio ascendió a aproximadamente US\$360, y dados los porcentajes de cobro del mismo, se estima que el subsidio medio ascenderá a US\$306. Suponiendo un salario medio de US\$580, y dado que sólo el 10,5 por ciento de los desempleados cumplen el requisito para cobrar el subsidio, se obtiene que

$$\Delta d/e = 0,2131$$

Es decir que se requiere un incremento (en el número de desempleados) del 21,3 por ciento. Pero además, para que el agotamiento de los ingresos se mantenga en el tiempo (recuérdese que el subsidio no es permanente), la masa de desempleados por lo menos debe mantenerse. Es decir, si la población cubierta reingresa al mercado laboral al fin del período, una proporción igual debe salir del mismo. Es decir, el 21,3 por ciento debe ser el límite mínimo en la tasa de desempleo en este grupo de la población.

Cuadro 2.17. Estructura del desempleo según duración del empleo anterior

	<i>Capital Federal y Gran Buenos Aires</i>	<i>Otras regiones del país</i>
Menos de 1 mes	34,6	28,1
1-3 meses	27,4	20,2
3-12 meses	34,8	39,5
Más de 12 meses	3,2	12,2

Fuente: Ministerio de Trabajo, Diagnóstico de Desempleo y Trabajo Precario. Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Administración de los Servicios Sociales en la Argentina.

Propuesta de Reforma

Dado que existen regímenes de empleo que tienen prevista una indemnización por despido, la población puede dividirse en tres grupos diferentes, en términos de un pago que cubra su período de búsqueda de empleo: a) población con doble cobertura (indemnización más subsidio), o sea aquella que se rige por ley de contrato de trabajo; b) población con cobertura simple (indemnización, Administración Pública, servicio doméstico y régimen agrario), y c) población sin cobertura, o sea los trabajadores del sector informal, los que trabajan por cuenta propia y los patrones y empleadores.

La obligatoriedad del pago de la indemnización, si bien internaliza los costos del despido, penaliza a las empresas con mayor rotación, e introduce rigideces al ajuste en el mercado laboral, a la vez que introduce una inequidad entre los trabajadores, ya que aquéllos que mantienen su trabajo, o lo abandonan por su voluntad, no reciben ningún pago por parte de la empresa. Este mecanismo tiende a desincentivar el despido, y crea una demanda potencial por pagos en concepto de "retiros anticipados" al acercarse el final de la vida activa. La cobertura diferencial de las poblaciones, así como el elevado costo que pesa sobre la nómina salarial para cubrir contingencias de empleo, sugieren la posibilidad de una reformulación conjunta del tema de las indemnizaciones por despido y del subsidio por desempleo. A su vez, el acceso de toda la población a una indemnización monetaria ante la desvinculación laboral, cualquiera fuera su causa, tiende a lograr una mayor equidad entre los trabajadores.

La propuesta consiste en primer lugar, en eliminar el mecanismo actual de indemnización y el subsidio por desempleo, y reemplazarlos por una nueva prestación indemnizatoria. Esta "indemnización" consistiría en un seguro individual contratado con una entidad aseguradora (eventualmente, una Administradora de Fondos de Pensión) con un aporte a cargo del trabajador del 4 al 4,5 por ciento mensual, importe similar a la actual previsión por indemnización por despido. Este sistema eliminaría la incertidumbre sobre los costos del despido, y al mismo tiempo que flexibilizaría la entrada y salida del mercado laboral.

8. Accidentes y Enfermedades del Trabajo

Antecedentes Históricos

Desde el punto de vista declarativo, la legislación argentina referida al tema de accidentes del trabajo, enfermedades profesionales y enfermedades-accidente, tiene por objeto proporcionar al trabajador y a su familia una protección adecuada, en caso que éste se vea transitoria o permanentemente incapacitado, en forma total o parcial, para trabajar. Los accidentes del trabajo están contemplados en la legislación argentina desde 1915. En su origen, la responsabilidad del empleador se circunscribió a los accidentes ocurridos durante el tiempo de prestación de los servicios, es decir que adhería a la teoría del "riesgo profesional". A su vez, la ley ofrece la opción de iniciar una demanda por la legislación específica o alternativamente por el Código Civil. A partir de 1940, se otorgó a la legislación una mayor amplitud interpretativa, introduciendo a las enfermedades-accidente dentro del concepto de accidentes del trabajo. En 1960, se extendió el ámbito de responsabilidad del empleador al incorporar como hecho indemnizable los accidentes que tienen lugar durante el trayecto que media entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo. Una de las modificaciones legales de mayor significado dispuso que las acciones prescribían a partir de los dos años de la toma de conocimiento de la incapacidad, no existiendo plazo límite para esta toma de conocimiento, con lo cual las acciones se tornaron imprescriptibles.

Crisis del Sistema

La vaguedad y la imprecisión de las disposiciones sobre accidentes permitieron que el régimen funcionara a modo de sustituto de un seguro de desempleo, proliferando las demandas por este concepto. Ello derivó en quebrantos notorios por parte de las compañías aseguradoras ya que, al estar indeterminado el concepto mismo de infortunio e indefinidos los límites de responsabilidad (al optar por el Código Civil), y por último en ausencia de plazo de prescripción, las primas de seguro resultaban indeterminadas. A pesar de ello, la situación era sostenible en virtud de que hasta fines de 1989, todos los quebrantos de las compañías aseguradoras eran cubiertos por el Instituto Nacional de Reaseguros (INDER), que detentaba el monopolio estatal del reaseguro. De esta manera, existía un claro subsidio desde el Estado hacia los beneficiarios de esta norma sobre accidentes laborales. En marzo de 1990 el INDER decidió no otorgar la cobertura de reaseguro en gran parte de las jurisdicciones del país por diversas enfermedades profesionales o enfermedades-accidente. La primera reacción de las compañías aseguradoras fue la de renegociar los contratos, estableciendo franquicias, topes de cobertura más bajos y primas más elevadas, incrementando el costo laboral.

Las Reformas de 1991 Y 1992

En noviembre de 1991 se sancionó la Ley 24028 que derogó la Ley 9688, sustituyéndola por un nuevo sistema. La nueva ley limita la responsabilidad del empleador al tiempo en que los trabajadores estuvieron en relación de dependencia.

Sin embargo, la responsabilidad se refiere con mayor generalidad a daños psicofísicos. Se presume la responsabilidad del empleador por todo accidente producido, quedando excluidas las enfermedades ocasionadas por el trabajo. La introducción de la noción de daño psicofísico incrementa considerablemente la amplitud de los hechos indemnizables, dando lugar a un consiguiente aumento en los índices de litigiosidad¹¹. El límite máximo de la indemnización se fijó en \$55.000. El nuevo cálculo indemnizatorio reduce en 35 por ciento la indemnización del régimen vigente, lo cual se contrapone con la elevación del tope de las indemnizaciones (que antes era de US\$25.200). Se mantiene la posibilidad de plantear el caso en el marco del Código Civil, sin topes de ninguna naturaleza. Se imponen límites para la prescripción de las acciones, las cuales además de todos los casos explícitos en el texto, cesan a los dos años de finalizada la relación laboral.

Propuesta de un Régimen Alternativo

El sistema compensatorio por accidentes del trabajo puede, en forma alternativa al cuerpo legal vigente, basarse en principios que respeten apropiadamente los incentivos económicos. En tal caso, el diseño del sistema debería contemplar la internalización de los costos, es decir que la responsabilidad de resarcir los daños esté a cargo del empleador. De acuerdo con el principio de internalización de los costos, es fundamental que la legislación contemple un sistema en el que los infortunios sean asegurables. El sistema actual en el cual los montos a pagar son altamente aleatorios, impide la determinación de una prima actuarial. Para ello, debería determinarse con precisión el tipo de infortunios susceptibles de indemnización, en especial en lo que se refiere a enfermedades-accidente. Una alternativa consistiría en mantener en la órbita de accidentes sólo los de carácter traumático y las enfermedades profesionales taxativamente enunciadas, eliminando todo lo referido a enfermedades-accidente. Estas últimas quedarían cubiertas a través de otros mecanismos, algunos ya previstos por la legislación, y en parte por mecanismos a diseñarse que propendan a la reconversión laboral de quien ha sufrido la enfermedad-accidente. Quienes enfrentan una situación de enfermedad-accidente tendrían como primera opción que la empresa redefina sus tareas, hasta encontrar las que se adapten a su nueva condición. En caso de no ofrecerse esta opción, tendrían la protección de la indemnización por despido. Quienes permanecieran en actividad no tendrían opción de iniciar demanda por accidentes (Ley 24028), ni por el Código Civil, ya que experimentarían la protección de tener un empleo que se adapte a sus condiciones. Aquéllos que fueran despedidos, o que hubieran renunciado recientemente (mientras no hubiera prescrito la demanda) tendrían la opción de recibir su jubilación por invalidez, recibiendo el pago indemnizatorio y la jubilación anticipada por invalidez. Por último, quienes no estuvieran comprendidos en lo establecido por la legislación por invalidez ("bajo grado" de disminución de la capacidad laboral), tendrían la opción de ingresar a un programa de reconversión laboral. Estos

¹¹ Con relación a los elevados costos que imponen los auxiliares de justicia, peritos y abogados en el caso de los juicios por accidentes laborales, a fines de setiembre de 1992 se dictó el Decreto 1813 con el objeto de limitar los altos incentivos a la litigiosidad. Con el mencionado decreto se procura disminuir estos costos creándose dentro del ámbito judicial un cuerpo de peritos y otros auxiliares, al cual pueden recurrir las partes litigantes. La opción de uso de este cuerpo por alguna de las partes torna obligatorio para la otra el uso de peritos pertenecientes a este cuerpo.

programas serían administrados por entidades de carácter privado y/o público (empresas, universidades, sindicatos, etc.), y se financiarían con aportes de las empresas que deseen cubrir el riesgo de enfermedad-accidente por esta vía.

Por último, dos aspectos a tenerse en cuenta a efectos de modificar la legislación actual son, por una parte, una más efectiva limitación al principio de concausalidad y en segundo lugar, la eliminación de la posibilidad de entablar una acción en el marco del Código Civil. En los casos de dolo por parte del empleador (caso en el que se violan las normas de seguridad industrial, o se persigue el daño), se sugiere mantener el esquema general de cobertura e indemnizaciones, pero duplicando los topes establecidos.

BIBLIOGRAFÍA

- BARRAL, S. 1967. *Jubilaciones: bases para el estudio del equilibrio y la estabilidad de su régimen*. Buenos Aires, Argentina: Academia Nacional de Ciencias Económicas.
- . 1935. *Ley 11575. Informe técnico y balance actuarial al 31-12-1933*. Buenos Aires, Argentina: Caja Nacional de Jubilaciones Bancarias.
- BOVBERG, R., HELD, P., y PAULY M. 1987. "Privatization and Bidding in the Health Care Sector". *Journal of Policy Analysis and Management* 6(4):648-66.
- CASTAÑEDA, T. 1989. *The Chilean Health System: Organization, Functioning and Financing*. Washington, DC, Estados Unidos: Banco Mundial.
- DIÉGUEZ, H., LLACH, J. J. y PETRECOLLA, H. 1991. "Reflexiones sobre el gasto público social". *Desarrollo Económico*. 31(123):429-37.
- ENTHOVEN, A. 1978a. "Consumer-Choice Health Plan (First of Two Parts)". *The New England Journal of Medicine*. 298(12):650-658.
- . 1978b. "Consumer-Choice Health Plan (Second of Two Parts)". *The New England Journal of Medicine*. 298(13):709-720.
- . 1978c. "Cutting Cost without Cutting the Quality of Care". *The New England Journal of Medicine*. 298(22):1229-1238.
- FELSTEIN, M. 1985. "The Social Security Explosion". *The Public Interest*. Fall (81):94-106.
- FERNÁNDEZ, R. 1979. *Hacia una reforma de sistema argentino de previsión social*. Serie Documentos de Trabajo. CEMA. Abril.
- FUNDACIÓN DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS LATINOAMERICANAS (FIEL). 1992a. *Argentina: Hacia una economía de mercado*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Manantial.
- . 1992b. "Hacia una nueva organización del federalismo fiscal en la Argentina". Trabajo presentado en la Octava Convención de Bancos Privados de la Argentina, Buenos Aires: Argentina.
- . 1991a. *Argentina. La reforma económica 1989-91. Balance y perspectivas*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Manantial.
- . 1991b. "Reforma del sistema nacional de jubilaciones y pensiones". Buenos Aires, Argentina. Documento mimeografiado.
- . 1989. *Los costos del Estado regulador*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Manantial.
- . 1987. *El fracaso del estatismo*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Sudamericana.
- GONZÁLEZ GARCÍA, G.; ABADIE, P.; LLORET, J. J. y colaboradores. 1987. *El gasto en salud y en medicamentos, Argentina, 1985*. Buenos Aires, Argentina: Estudios CEDES.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INDEC). 1989. *Módulo de utilización y gasto en servicios de salud*. Buenos Aires, Argentina: INDEC.
- INSTITUTO NACIONAL DE OBRAS SOCIALES (INOS). *Boletín Informativo*. Varios Números (1980-88). Buenos Aires, Argentina: INOS.
- INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN SOCIAL, Gerencia Económico-Financiera. 1990. *El sistema previsional argentino. Desarrollo de un diagnóstico*. Buenos Aires, Argentina: Instituto Nacional de Previsión Social, Gerencia Económico-Financiera.
- LARROULET, C., editor. 1991. *Soluciones privadas a problemas públicos*. Santiago de Chile, Chile:

EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL BRASILEÑO: PROBLEMAS Y SOLUCIONES ALTERNATIVAS

**FRANCISCO E. BARRETO DE OLIVEIRA
KAIZÔ IWAKAMI BELTRÃO
ANDRÉ CEZAR MEDICI**

1.	INTRODUCCIÓN	65
2.	EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y DIAGNÓSTICO DE LA PREVISIÓN SOCIAL	65
3.	EVOLUCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA PREVISIÓN SOCIAL	72
4.	EVOLUCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA SALUD	78
5.	EVOLUCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA ASISTENCIA SOCIAL	83
6.	PROYECCIONES DE LA SITUACIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, 1990-2030	84
7.	PROPUESTA DE UN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	90
8.	EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA	99
9.	PRINCIPALES ASPECTOS DE LA TRANSICIÓN PROPUESTA	99
10.	CONSIDERACIONES FINALES	102
	ANEXO I - RESUMEN DE LOS BENEFICIOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN SOCIAL	105
	ANEXO II - MÓDULOS DEL MODELO DE PROYECCIONES	108
1.	MÓDULO DEMOGRÁFICO	108

2.	MÓDULO DE GENERACIÓN DE CONTRIBUYENTES	108
3.	MÓDULO DE SIMULACIÓN DE LA SUBPOBLACIÓN DE BENEFICIARIOS	108
4.	MÓDULO DE CONSISTENCIA MACROECONÓMICA	109
5.	MÓDULO DE GENERACIÓN DE INGRESOS Y EGRESOS	110

EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL BRASILEÑO: PROBLEMAS Y SOLUCIONES ALTERNATIVAS

FRANCISCO E. BARRETO DE OLIVEIRA
KAIZÔ IWAKAMI BELTRÃO
ANDRÉ CEZAR MEDICI

1. Introducción

En este capítulo se describe la evolución del sistema de previsión social brasileño y se realiza un diagnóstico de la previsión social, la salud y la asistencia social. Mediante un modelo desarrollado en el IPEA, se proyecta la gestión del sistema actual hacia el horizonte del año 2030 considerándose tres hipótesis macroeconómicas coherentes que prevén distintas tasas de crecimiento. Las proyecciones muestran un cuadro de gastos crecientes en relación con los ingresos, indicando la necesidad de un financiamiento del 3 y del 6 por ciento del producto interno bruto (PIB) en las hipótesis más optimista y pesimista, respectivamente. Como resultado de las proyecciones realizadas, se expone la necesidad de una reforma profunda e inaplazable de la previsión social, con el propósito de lograr una mayor justicia social y de mantener a largo plazo el equilibrio económico y financiero del sistema, respetando los derechos adquiridos por los amparados en el sistema antiguo.

Se presenta una propuesta de reforma del sistema dentro de un marco de referencia teórico que considera un seguro básico de previsión social y uno complementario, la salud y la asistencia social. Se efectúan asimismo proyecciones económicas y financieras del desempeño del sistema propuesto para el mismo lapso, considerándose las mismas hipótesis macroeconómicas. Los resultados de estas proyecciones muestran una tendencia a la estabilización de los gastos en las tres hipótesis fluctuando en un intervalo aproximado del 7 al 8 por ciento del PIB.

2. Evolución Histórica y Diagnóstico de la Previsión Social

Introducción

El sistema de previsión social brasileño, desde su fase embrionaria hasta nuestros días, experimentó una considerable evolución, ya sea como fruto de conquistas políticas en el marco democrático, o por la acción paternalista y autoritaria del Estado. Las crisis recientes por las que atravesó el sistema de previsión y asistencia, si bien por un lado inquietan a la población, por el otro

presentan un rasgo sumamente positivo por cuanto abren el debate en torno a algunos aspectos que antes se mantenían dentro de los estrechos límites de la burocracia estatal.

Evolución Institucional

Aunque puede considerarse que la Ley Eloy Chaves (Decreto-ley no. 4.862, del 24 de enero de 1923) es el punto de partida del sistema brasileño de previsión, las normas más antiguas en este campo se remontan a 1543, vale decir al período colonial. La mencionada ley dispuso la creación de cajas de jubilaciones y pensiones en las empresas ferroviarias de la época. Durante las décadas de los años veinte y treinta el sistema se extendió a empresas de distintas categorías profesionales, existiendo 183 cajas en 1937.

A partir de 1930 las clases asalariadas urbanas pasaron a tener mayor peso en el escenario político y económico del país. Se creó el Ministerio de Trabajo, Industria y Comercio, y la previsión social pasó a recibir mayor atención por parte del Estado.

Comenzó entonces una nueva fase, en la que la vinculación pasó a ser realizada por la categoría profesional. Se crearon los Institutos de Jubilaciones y Pensiones, y la cobertura previsional se extendió virtualmente a la totalidad de los trabajadores urbanos y buena parte de los trabajadores autónomos.

La primera medida correcta tendiente a disminuir la disparidad entre las categorías profesionales, derivada de la forma en que se estableció la previsión social brasileña, fue la promulgación de la "Ley orgánica" de previsión social (LOPS), el 26 de agosto de 1960. Transcurridos seis años de la promulgación de la LOPS, se llevó a cabo la unificación institucional por medio de la creación del Instituto Nacional de Previsión Social (INPS) el 21 de noviembre de 1966.

El proceso de extensión de la cobertura a las categorías marginadas comenzó en 1963 con el Fondo de Asistencia al Trabajador Rural, seguido en 1969 por el Plan Básico (ambos sin gran éxito) y concluyó durante los años setenta con las siguientes medidas: la inclusión de los empleados domésticos (1972); la reglamentación de la inscripción de trabajadores autónomos con carácter obligatorio (1973); la institución del seguro para los mayores de setenta años de edad y los inválidos no asegurados (1974), y la extensión de los beneficios de previsión y asistencia social a los empleados rurales y sus dependientes (1976). De esta forma, la previsión social pasó a abarcar a todas las personas que desarrollaban actividades remuneradas en el país.

En 1974, mediante el desdoblamiento del antiguo Ministerio de Trabajo y Previsión Social, se creó el Ministerio de Previsión y Asistencia Social (MPAS), encargado de realizar y ejecutar las políticas de previsión, asistencia médica y asistencia social. Con la creación del Sistema Nacional de Previsión y Asistencia Social (SINPAS) en 1977, cada función del sistema pasó a la órbita de un órgano determinado, procediéndose a la creación de algunas entidades y a la redefinición de las funciones de otras ya existentes.

En agosto de 1987 el gobierno, fraccionando el salario mínimo, estableció dos nuevos parámetros: la Base Nacional de Salarios y el Salario Mínimo de Referencia. Esta medida afectaba a la previsión social en dos aspectos: en cuanto a los gastos, desvinculaba el comportamiento de los beneficios del salario mínimo, y en cuanto a los ingresos, también desvinculaba del salario mínimo las proporciones del salario

aportadas por los asegurados.

En 1987 se creó, además, el Programa de Desarrollo de Sistemas Unificados y Descentralizados de Salud de los Estados (SUDS). Este sistema buscaba la consolidación y el desarrollo cualitativo de las acciones integradas de la salud, descentralizando las actividades del INAMPS.

La constitución federal promulgada en 1988 introdujo sustanciales innovaciones, estableciendo como principios básicos la universalización, la equivalencia de beneficios urbanos y rurales, la selectividad en la concesión, la irreductibilidad del valor de las prestaciones, la equidad del financiamiento, la diversificación de la base de financiamiento, la descentralización y la participación de los trabajadores en la administración.

En marzo de 1990, bajo el gobierno del presidente Collor, se eliminó el Ministerio de Previsión y Asistencia Social, y sus funciones fueron reasignadas a otros ministerios. Las áreas de asistencia y salud pasaron a los ministerios de acción social y de salud respectivamente, y la de previsión social se incorporó bajo la forma de una Secretaría Nacional al Ministerio de Trabajo y Previsión Social (MTPS), que había sido creado en esa época. Otras modificaciones institucionales incluyeron la creación del Instituto Nacional de Seguro Social, una entidad autárquica federal vinculada al MTPS mediante la fusión del INPS y el IAPAS, y el traslado del INAMPS al Ministerio de Salud.

El 24 de julio de 1991 el presidente de la república promulgó las leyes 8.212 y 8.213. La primera, que estableció la organización de la previsión social, instituyó el Plan de Financiamiento. La segunda reglamentación se referió a los planes de beneficios previsionales y estableció varias modificaciones, entre las que se destacan las que se indican a continuación:

- los riesgos cubiertos por la previsión, así como los valores mínimos y máximos de las prestaciones concedidas, pasaron a ser iguales para todos los contribuyentes del sistema, desapareciendo de esta manera las desigualdades derivadas del plan anterior, que separaban a la población urbana de la rural.
- la concesión de pensión al hombre, en caso de fallecimiento de la esposa asegurada (ya prevista en la Constitución).
- la incorporación de la jubilación proporcional para la mujer.
- la reducción de la edad para la concesión de jubilación por edad avanzada del trabajador rural (hombres) de 65 a 60 años (establecida en la Constitución).
- la concesión de jubilación por edad avanzada para la mujer trabajadora rural, a los 55 años (establecida en la Constitución).
- la extensión de los beneficios a todos los contribuyentes del sistema con excepción del salario familiar, que no se aplica a los trabajadores domésticos y a los trabajadores independientes asegurados.

En octubre de 1992, bajo el gobierno interino de Itamar Franco, la estructura ministerial registra nuevos cambios. El MTPS se desdobló en Ministerio de Trabajo y Ministerio de Previsión Social y este último absorbió al Instituto Nacional de Previsión Social (INSS), al mismo tiempo que el Ministerio de Acción Social pasó a denominarse Ministerio de Bienestar Social.

Evolución de los Ingresos del Sistema de Seguridad Social

Con fines analíticos, los ingresos del sistema de seguridad social pueden dividirse en tres categorías principales.

• Ingresos por concepto de aportes, que incluyen los aportes obligatorios devengados de las nóminas de pago de las empresas urbanas (porción del empleado y porción del empleador, inclusive las contribuciones destinadas a financiar los seguros contra accidentes de trabajo) y los aportes derivados del salario básico de los trabajadores autónomos, independientes, domésticos, temporarios y empleados urbanos y rurales. Asimismo se incluyen en este tipo de ingresos los valores correspondientes al gravamen del 2,5 por ciento sobre el valor del producto rural en la primera comercialización y las porciones correspondientes a lo previsto por la ley, aportadas por el empleador rural, por concepto de tierras de su propiedad no cultivadas.

• Aportes de la Unión, provenientes de varias fuentes (alcuotas sobre los precios de los combustibles para automotores, porciones de los ingresos de loterías, recursos ordinarios del Tesoro, etc.).

• Otros ingresos de distintos orígenes, como alquileres, rendimientos de títulos, colocaciones financieras, multas, etc.

El cuadro 3.1 ofrece la evolución de los ingresos durante el período 1971-91, mostrando que los aportes correspondieron, en promedio, al 88 por ciento de los ingresos anuales. A su vez, cerca del 98 por ciento de los ingresos por concepto de aportes obligatorios provenía de los gravámenes sobre la nómina de pago de los sueldos urbanos.

En cuanto a la participación de la Unión, cabe destacar las transferencias extraordinarias realizadas en 1981 (Cr\$50.000 millones) y 1982 (Cr\$180.000 millones) con la intención de reducir el déficit. También se observa el crecimiento de la participación de la Unión durante el período 1977-84 (para cubrir el déficit) que luego disminuyó hasta llegar prácticamente a cero en 1988. De hecho, la recuperación momentánea del crecimiento económico y, principalmente, el aumento del salario real que propició el Plan Cruzado, brindaron al sistema de previsión social suplementos en efectivo que fueron colocados en el mercado financiero. Los aportes de la Unión volvieron a expandirse en 1989, como resultado del aumento de las alcuotas de Finsocial incorporadas a las transferencias, así como a un incremento de los recursos ordinarios del Tesoro, ambos destinados a cubrir los déficit proyectados entonces.

El cuadro 3.2 muestra el crecimiento extraordinario de los ingresos por aportes durante la década de 1970, a tasas superiores a las de crecimiento del PIB. El aumento de los ingresos, junto a factores de índole institucional, se debe al proceso de desarrollo económico acelerado y la urbanización que registra el país, que provocó una enorme expansión en el número de contribuyentes al sistema de seguridad social.

Evolución de los Gastos de la Seguridad Social

Los gastos del sistema de previsión y asistencia social pueden dividirse en cuatro grandes categorías:

• gastos del programa de previsión social, incluidas todas las jubilaciones, abonos, auxilios, pensiones y demás prestaciones en efectivo pagadas a los asegurados urbanos y rurales y a sus dependientes, incluso las relativas al seguro contra accidentes de trabajo;

• gastos por asistencia médica, que cubren a los mismos grupos atendidos por la previsión social y a toda la población en casos de urgencia;

Cuadro 3.1. Evolución de los ingresos del sistema de previsión, por categorías, por categorías, 1971-91
(Cruzados nuevos)

Años	Total	Aportes	Porcentaje ingreso total	Sindicato	Porcentaje ingreso total	Otros	Porcentaje ingreso total
1971	12.184	10.166	83,44	1.338	10,98	680	5,58
1972	17.912	15.300	85,42	1.755	9,80	857	4,78
1973	25.577	22.266	87,05	2.169	8,48	1.142	4,46
1974	36.856	32.733	88,81	2.562	6,95	1.561	4,24
1975	55.717	49.148	88,21	3.479	6,24	3.090	5,55
1976	89.495	78.793	88,04	5.560	6,21	5.142	5,75
1977	138.937	124.594	89,68	9.856	7,09	4.487	3,23
1978	213.748	188.038	87,97	12.743	5,96	12.967	6,07
1979	33.0861	304.315	91,98	16.600	5,02	9.946	3,01
1980	636.003	582.687	91,62	33.139	5,21	20.177	3,17
1981	1.368.675	1.199.131	87,61	130.428	9,53	39.116	2,86
1982	3.363.258	2.962.519	88,08	325.347	9,67	75.392	2,24
1983	6.636.897	5.944.064	89,56	545.733	8,22	147.100	2,22
1984	19.873.470	17.081.372	85,95	2.198.035	11,06	594.063	2,99
1985	70.365.069	63.077.826	89,64	3.092.098	4,39	4.195.145	5,96
1986	197.701.615	181.553.308	91,83	7.678.447	3,88	8.469.860	4,28
1987	646.270.876	526.025.201	81,39	5.266.980	0,81	114.978.695	17,79
1988	4.006.540.901	3.550.725.000	88,62	23.954.162	0,60	431.861.740	10,78
1989	71.747.097.000	54.159.107.000	75,49	14.267.572.000	19,89	3.320.418.000	4,63
1990	2.044.543.388.000	1.621.929.302.000	79,33	187.559.630.000	9,17	235.054.456.000	11,50
1991	8.904.715.040.000	7.241.992.374.000	81,32	912.149.746.000	10,24	750.572.920.000	8,42

Nota: En el valor del aporte del sindicato en 1982 el balance no contabilizó como ingreso los Cr\$180.000 millones de ORTN entregados a los bancos como amortización de la deuda de la previsión social.

En este cuadro se incluye este valor.

Fuente: Grupo financiado por el MPAS. Balances del FPAS hasta 1979 y síntesis de 1980-90.

Cuadro 3.2. Tasa de crecimiento de los ingresos de aportes y del producto interno bruto (PIB), 1970-1990

<i>Años</i>	<i>Ingresos por aportes CR\$ de 1990</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje PIB</i>
1971	2.118.171.822.612	—	—
1972	2.676.260.333.970	26,35	11,1
1973	3.395.547.277.474	26,88	14
1974	4.044.615.206.980	19,12	9,5
1975	4.642.392.726.242	14,78	5,6
1976	5.342.140.465.852	15,07	9,7
1977	5.905.113.778.180	10,54	5,4
1978	6.297.729.656.572	6,65	4,8
1979	6.871.388.470.970	9,11	6,7
1980	6.991.772.096.061	1,83	9,2
1981	7.205.997.337.730	2,98	-4,4
1982	9.044.572.311.554	25,51	0,6
1983	8.855.838.866.904	-2,09	-3,4
1984	7.632.438.593.990	-13,81	5,3
1985	8.856.464.952.313	16,04	7,9
1986	10.764.313.950.403	21,54	7,6
1987	9.695.113.552.290	-9,93	3,6
1988	8.856.239.268.943	-8,65	-0,1
1989	9.231.647.407.484	4,26	3,3
1990	9.327.715.415.802	1,04	-4,4
1991	7.241.992.374.000	-23,04	0,9

Fuente: Grupo financiado por el MPAS, Balances Generales del NPS hasta 1979 y Síntesis de 84-90.

•gastos por concepto de asistencia social, relativos a la atención prestada a menores e indigentes, y

•gastos por concepto de administración general y financiera, que abarcan los costos de personal y material correspondientes a actividades ordinarias y a gastos financieros eventuales.

El cuadro 3.3 reconstituye la evolución de los gastos de las entidades que componen el sistema como si éstas existieran desde 1971, mediante la Consolidación de los Estados Contables del INPS, Ipase y Funrural. Se observa que, en promedio, la previsión social y las prestaciones asistenciales pecuniarias (rentas mensuales vitalicias y amparos de previsión) constituyen las dos terceras partes de la suma total gastada por el sistema. Esta participación muestra una tendencia descendente entre 1983 a 1989 y llega al 52,43 por ciento de los gastos totales en el último año mencionado, lo cual se explica por la brusca caída en el valor de los beneficios, tanto los concedidos como el mantenimiento, como consecuencia de los criterios seguidos entonces para la indización y las elevadas tasas inflacionarias.

Cuadro 3.3. Evolución de los gastos de las entidades del SINPAS, 1971-90

Año	INPS CZ\$	%	INAMPS CZ\$	%	IAPAS CZ\$	%	LBA CZ\$	%	FUNABEM CZ\$	%
1971	7684	65,68	3265	27,91	631	5,39	78	0,67	42	0,36
1972	11427	67,99	4436	26,37	808	4,8	97	0,58	44	0,26
1973	15735	69,78	6330	26,84	1.077	4,64	118	0,51	55	0,24
1974	22990	68,16	8943	26,51	1.583	4,69	147	0,44	68	0,2
1975	34920	65,13	15377	29,21	2.659	5,05	225	0,43	98	0,19
1976	56625	62,42	28657	31,59	4.959	5,47	303	0,33	179	0,2
1977	89459	64,92	42115	30,56	5.045	3,66	866	0,63	324	0,24
1978	140149	65,87	63422	29,81	6.894	3,24	1.683	0,79	614	0,29
1979	229088	68,83	91791	27,58	7.305	2,19	3.639	1,09	991	0,3
1980	464415	68,01	186773	27,35	20.236	2,96	8.737	1,28	2652	0,39
1981	1015381	68,26	362112	24,34	83.344	5,67	19.280	1,3	6467	0,43
1982	2240086	72,19	722678	23,29	92.853	2,99	35.815	1,15	11550	0,37
1983	5003083	74,08	1479425	21,91	177.671	2,63	70.019	1,04	23057	0,34
1984	14061824	70,54	5051148	25,34	604.099	3,03	163.128	0,82	55302	0,28
1985	46839749	69,08	18130820	26,74	2.122.749	3,13	542.581	0,8	174052	0,26
1986	129462320	70,05	46588658	25,21	5.328.206	2,88	2.931.038	1,59	504700	0,27
1987	316391227	53,19	225090990	37,84	21.556.793	3,62	25.419.133	4,27	6413070	1,08
1988	2326015126	53,29	1657712292	37,98	177.964.869	4,08	172.167.548	3,94	30732376	0,7
1989	38261565000	52,43	24825530000	34,02	6.270.537.000	8,59	3.132.294.000	4,29	491459178	0,67
1990	1.262.367.988.000	62,64	647.700.729.000	32,14	37.129.716.000	1,84	52.596.900.000	2,61	15499461000	0,77

Nota: Los datos de los ejercicios anteriores a 1978 fueron estimados con el objeto de reconstruir los gastos del SINPAS a partir de 1971.

Fuente: Grupo de costo del MPAS para los datos hasta 1977, balances generales del FPAS y balances de la LBA y de FUNABEM hasta 1979 y Síntesis para los datos desde 1980 hasta 1990, y balances de la LBA y FUNABEM/CEBIA para el período comprendido entre 1987 y 1990.

El fenómeno inverso ocurre en relación con los gastos del INAMPS por concepto de asistencia médica y administración, cuya participación porcentual disminuye entre 1976 y 1983. Como se señaló antes, los superávits financieros generados por el Plan Cruzado fueron totalmente consumidos, principalmente por la expansión de los programas de salud. También se observa que este enorme crecimiento comprende la implantación del SUDS (1987), cuya intención fue la de racionalizar los recursos en este campo.

Los gastos del IAPAS por concepto de administración fiscal, financiera y patrimonial revelan una tendencia general decreciente hasta 1983, con excepción del ejercicio de 1981. El alza súbita del nivel de gastos en ese año se debió al registro, en el balance de esa entidad autárquica de los intereses abonados a la red bancaria en función del elevado saldo deudor.

La LBA y la FUNABEM responden por los gastos con asistencia social *stricto sensu*, prestando servicios a las poblaciones no aseguradas.

3. Evolución y Diagnóstico de la Previsión Social

Evolución del Número de Contribuyentes y Beneficiarios

La evolución institucional del sistema de previsión del Brasil se caracterizó por una incorporación gradual de nuevos contingentes de asegurados, dentro de un proceso de universalización de la cobertura que continúa actualmente.

Dado el período de carencia establecido (cinco años) los primeros beneficiarios —jubilados y pensionistas— ingresaron al sistema recién en 1929, estableciendo una relación entre pasivos y activos de aproximadamente 1/13. A partir de ese año, como el ingreso regular de los beneficiarios del sistema reemplazó al ingreso de los contribuyentes —procedentes de las nuevas cajas que iban creándose— la relación aumentó hasta alcanzar a 1/8,59 en 1933. La creación de los Institutos de Jubilaciones y Pensiones provocó la reducción constante de la relación pasivos/activos, que llegó a 1/30,36 en 1938.

Al gran aumento del número de contribuyentes siguió un crecimiento gradual del número de beneficiarios. Esto determinó que la relación aumentara constantemente, con algunas recuperaciones esporádicas derivadas, por ejemplo, de la instalación del INPS en 1967, la inclusión de los trabajadores domésticos y la regularización de la inscripción de los contribuyentes autónomos en 1973. Otras medidas, como la creación de Pro-Rural en 1971 y la institución de la cobertura de previsión para los mayores de setenta años y los inválidos en 1974, provocaron un gran aumento del número de beneficiarios y también contribuyeron a que la relación pasivos/activos llegara a 1/2,8 en 1981.

Beneficios Pecuniarios

Los cuadros 3.4 y 3.5 presentan, respectivamente, el número de beneficiarios urbanos y rurales con prestación continua¹, agrupados según sus principales clases,

¹ Los beneficios pueden dividirse en dos tipos: a) la prestación continua (jubilaciones, subsidios, pensiones, etc.) y b) la prestación única (auxilio por funeral, subsidio por nacimiento y peculio).

Cuadro 3.4. Previsión urbana: número de beneficiarios en mantenimiento al 31 de diciembre

Clases	1972	1974	1976	1978	1980	1982	1984	1986	1988	1990
Jubilaciones										
Invalidez	511.089	614.265	816.544	970.329	1.100.001	1.233.393	1.355.138	1.455.976	1.533.499	1.578.028
Tiempo de servicio	313.892	368.529	449.409	567.641	641.873	780.102	9.222.604	1.052.917	1.106.035	1.141.223
Edad avanzada	137.320	150.886	173.861	210.074	267.874	361.487	469.557	593.866	699.200	842.873
Especial	34.169	45.485	58.841	77.812	92.865	115.008	158.969	211.012	247.607	279.494
Pensiones	710.670	831.846	973.887	1.210.168	1.231.050	1.407.682	1.779.081	2.008.855	2.198.231	2.476.251
Pagos										
25%	43.928	28.529	20.359	11.249	7.499	13.777	11.962	12.863	15.605	16.037
20%	48.945	86.349	120.696	120.515	120.515	111.973	88.394	94.156	108.529	148.038
Renta mensual vitalicia										
Invalidez	—	—	331.666	427.091	451.933	489.887	498.196	495.300	490.812	485.118
Edad avanzada	—	—	414.209	499.373	469.590	467.718	423.398	396.350	370.393	340.021
Enfermedad/accidente	578.504	649.101	732.861	883.787	697.172	753.534	986.900	911.990	810.327	824.651

Fuente: INPS.

Cuadro 3.5. Previsión rural: número de beneficiarios en mantenimiento al 31 de diciembre

Clases	1972	1974	1976	1978	1980	1982	1984	1986	1988	1990
Trabajador										
Jubilación por invalidez	*	46.017	121.893	179.570	204.620	351.070	433.238	458.737	472.294	483.304
Jubilación por edad avanzada	*	940.408	1.251.570	1.312.165	1.392.502	1.574.597	1.712.126	1.771.624	1.819.706	1.938.905
Pensiones	*	77.884	227.098	322.735	447.987	59.595.750	735.494	853.448	957.451	1.093.351
Amparo de previsión por invalidez		—	211.421	277.190	114.218	1.673.845	207.964	242.832	262.138	291.401
Amparo de previsión por edad avanzada	—	—	*	*	209.991	229.742	263.236	304.915	315.905	334.974
Empleador										
Jubilación por invalidez	—	—	—	—	985	8.911	12.328	12.806	12.935	12.589
Jubilación por edad avanzada	—	—	—	—	19.269	96.959	109.809	112.670	114.039	113.434
Pensiones	—	—	—	—	1.681	14.712	22.841	29.688	35.217	43.621

* El beneficio existe, pero se desconoce el dato.

** Hasta 1978 el total de amparo por invalidez incluye también el total de amparo.

Fuente: INPS

en mantenimiento al 31 de diciembre para el período 1971-1990. Esto muestra que incluso para los beneficios urbanos el número parece muy elevados durante el período considerado.

El cuadro 3.6 ofrece un panorama de la composición por número y valor de los beneficios de la previsión urbana. Resulta evidente que las jubilaciones, aunque representan alrededor del 48 por ciento de los beneficios urbanos de prestación continua en mantenimiento, constituyen aproximadamente el 67 por ciento de los gastos totales. En cambio, las rentas mensuales vitalicias suman menos del 4,5 por ciento de los gastos.

Un análisis del crecimiento del número de los beneficiarios de la previsión rural debe encararse con algunas reservas, porque se trata de programas creados en fecha reciente, generalmente con poco o ningún plazo de carencia. En segundo lugar, cabe destacar que si en la previsión social urbana los sistemas administrativos de control pueden considerarse bastante imperfectos, en el ámbito rural el control es extremadamente precario. Por otro lado, aun tomando en cuenta estas advertencias, es innegable el hecho de que las tasas de crecimiento del número de beneficiarios rurales son elevadas durante el período considerado, principalmente las relativas al programa de empleo rural.

La Equidad en la Previsión Social

Desde el punto de vista de la equidad, el análisis del sistema de previsión social en el Brasil revela una realidad bastante compleja. Los cuadros 3.7 y 3.8 muestran la distribución, por intervalo salarial, del número de contribuyentes/nómina de pagos y del número de beneficios/valor de los beneficios. Un análisis inicial y superficial podría inducir al lector a concluir que los beneficios se encuentran *concentrados* en los segmentos de ingresos más bajos, lo cual indicaría la existencia de un programa redistributivo.

La evaluación cuantitativa de la equidad del sistema brasileño de seguridad social comienza con el análisis de la distribución de la concesión de beneficios entre las distintas clases de beneficiarios.

El cuadro 3.9 presenta la gravitación de la concesión de beneficios considerados en el modelo, desglosados por sexo e intervalo salarial

En cuanto al tipo de beneficio, en lo que atañe a los concedidos, entre las mujeres gravitan más las jubilaciones por edad avanzada, mientras que entre los hombres es mayor el número de jubilaciones por invalidez o tiempo de servicio, dependiendo del intervalo salarial. Por ende, parecería que la renta y el sexo influyen en forma considerable en el tipo de jubilación que probablemente tendrá el contribuyente. También se observa que los contribuyentes con renta menor reciben proporcionalmente mayor número de jubilaciones por edad o invalidez, al tiempo que a los intervalos de renta más elevadas corresponde la mayor proporción de jubilaciones especiales y por tiempo de servicio. La explicación básica para los hechos presentados es que los beneficios de jubilación por tiempo de servicio y especiales tienen un período de espera (en años de contribución) bastante más elevado que los otros, definiendo a los contribuyentes del sexo masculino con renta elevada como los que mantienen mayor continuidad de aporte.

Un análisis detallado de la equidad para los individuos del medio rural resulta sesgado, principalmente debido a la falta de datos desglosados a los niveles deseados. Por ejemplo, los registros de beneficios concedidos no identifican el sexo del

Cuadro 3.6. Beneficios de prestación continua, urbanos
(Promedios 1980-90)

	<i>Participación en el total</i>	
	<i>En número</i>	<i>En valor</i>
Jubilaciones	47,99	67,17
Pensiones	26,46	18,75
Renta mensual	13,19	4,49
Subsidios	10,45	8,16
Otros	1,91	1,43
Total	100,00	100,00

Fuente: DATAPREV

Cuadro 3.7. Participación porcentual del número de contribuyentes y valor de la nómina de salarios, por intervalo salarial, 1989

<i>Intervalo salarial</i>	<i>Número de contribuyentes</i>			<i>Valor de la nómina de pagos</i>		
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>	<i>Intervalo salarial</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
1-2	32,4	40,3	35,1	8,1	14,9	9,9
2-3	17,0	15,8	16,6	8,1	11,5	9,0
3-5	16,9	13,2	15,7	13,7	15,9	14,3
5-10	13,4	10,0	12,2	20,7	22,2	21,1
+10	20,3	20,7	20,4	49,4	35,5	45,7

Fuente: DATAPREV.

Cuadro 3.8. Participación porcentual del número de beneficios, mantenimiento, y valor total de gastos con beneficios, por intervalo salarial, 1989

<i>Intervalo salarial</i>	<i>Número de beneficios</i>			<i>Gastos con beneficios</i>		
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
1-2	67,7	86,0	72,2	30,8	59,3	35,6
2-3	9,1	5,5	8,2	9,6	9,1	9,6
3-5	10,3	4,3	8,8	17,3	11,2	16,2
5-10	11,8	3,8	9,9	36,1	17,8	33,0
+10	1,1	0,4	0,9	6,2	2,6	5,6

Fuente: DATAPREV.

Cuadro 3.9. Número de beneficios concedidos en 1990 por cada 1.000 contribuyentes urbanos, en el intervalo de beneficio

Beneficio	Hombre			Mujer		
	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
Jubilación por edad avanzada	3,12	0,83	0,53	6,4	1,62	0,9
Jubilación por invalidez	5,38	1,59	1,35	4,76	1,17	0,8
Jubilación por tiempo de servicio	1,12	2,2	2,38	0,52	0,9	1,01
Auxilios	33,62	6,08	3,65	29,3	4,5	2,58
Especial	0,45	1,45	0,56	0,09	0,11	0,06

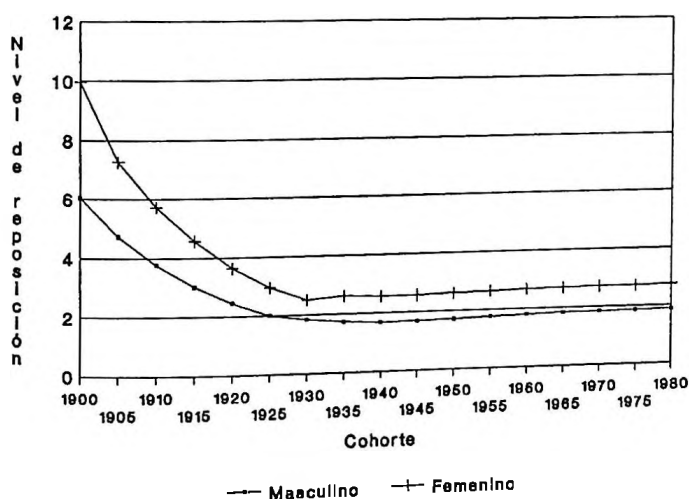
Notas: Intervalo 1 - Beneficios de 1 a 3 salarios mínimos.

Intervalo 2 - Beneficios de 3 a 10 salarios mínimos.

Intervalo 3 - Beneficios mayores a 10 salarios mínimos.

Fuente: SINTESIS/DATAPREV, encuesta nacional por muestreo de domicilios (PNAD)-90/IBGE.

Gráfico 3.1. Nivel de reposición - por sexo intervalo salarial 1



Fuente: TDI/IPEA no. 73

beneficiario.

En relación con diferentes generaciones, los resultados preliminares indican una gran transferencia financiera de las generaciones más recientes hacia las más antiguas. Se concluye que esta transferencia no guarda tanta relación con los valores nominales de los beneficios concedidos, como con la distorsión en cuanto a las contribuciones directas al sistema, puesto que las generaciones anteriores iniciaron su período de aporte con alícuotas más bien bajas (3 por ciento) y dichas alícuotas aumentaron considerablemente de valor durante el período analizado (1930 a 1990) hasta llegar a los niveles actuales (8 a 10 por ciento).

El gráfico 3.1 representa el nivel de reposición (valor previsto del beneficio sobre el valor previsto de la contribución) para cohortes identificadas por la fecha de nacimiento (1900 a 1980), para contribuyentes de ambos sexos, con intervalo salarial de uno a tres salarios mínimos.

Por último, observamos que el sistema brasileño de previsión, en lo que atañe a la equidad, muestra fuertes transferencias intergeneracionales, debido principalmente a que no existe un vínculo entre el valor del beneficio nominal y los valores de la contribución directa de toda la fase de aporte del individuo, sino solamente de los últimos 48 aportes mensuales. Las transferencias intrageneracionales son menos numerosas y demuestran una ligera inclinación favorable a las contribuyentes del sexo femenino y a los contribuyentes con salarios más elevados.

4. Evolución y Diagnóstico de la Salud

Desde el punto de vista de su evolución histórica, el sistema de salud en el Brasil se caracterizó por una dicotomía en términos institucionales: por un lado el Ministerio de Salud, a cuyo cargo estaban principalmente las acciones de tipo preventivo, y por el otro la seguridad social, a la cual correspondía casi la totalidad de las acciones de índole curativa. Aunque esta situación anómala ha sido subsanada, la realidad es que en el Brasil la salud sigue siendo un aspecto bastante problemático, lo que se refleja directamente en indicadores como la mortalidad infantil (superior a los 75 fallecimientos por cada mil niños menores de un año).

Oferta de Infraestructura Física

En 1989 la red de salud del Brasil estaba compuesta por 34.831 establecimientos de salud, entre hospitales, dispensarios, centros de salud y puestos de primeros auxilios. La mayoría de estos establecimientos —cerca del 79,5 por ciento— era de carácter ambulatorio, o sea que no se disponía en ellos de dependencias para internación. El resto —alrededor del 20,5 por ciento— estaba constituido por establecimientos de naturaleza hospitalaria (véase el cuadro 3.10).

Entre 1976 y 1989 el número de establecimientos de salud que funcionaba en el Brasil registró un crecimiento geométrico anual del 7,8 por ciento, registrándose las mayores tasas de crecimiento en el sector público. En 1976 la participación del sector público representaba el 51 por ciento, en 1986 el 61 por ciento y en 1989 el 65 por ciento.

Entre 1976 y 1989 la red ambulatoria pasó de 7.823 a 27.704 establecimientos. A pesar de la reducción en la participación del sector privado, el segmento de los

Cuadro 3.10. Evolución del número de establecimientos de salud - Brasil, 1976-89

Años	Total	Establecimientos	
		Con internación	Sin internación
1976	13.133	5.310	7.823
1977	14.288	5.458	8.830
1978	15.345	5.708	9.637
1979	17.079	6.036	11.043
1980	18.489	6.103	12.386
1981	22.341	6.473	15.868
1982	24.018	6.650	17.368
1983	25.651	6.680	18.971
1984	27.552	6.861	20.691
1985	28.972	6.678	22.294
1986	30.872	6.920	23.952
1987	35.450	7.062	25.388
1989	34.831	7.127	27.704

Fuente: IBGE, AMS

establecimientos con fines lucrativos también aumentó su participación durante el período, reduciéndose por lo tanto la participación porcentual de las entidades filantrópicas.

Parte del elevado crecimiento de la red federal, especialmente durante los primeros años de la década de 1980, se explica por las inversiones del Programa de Interiorización de Acciones de Salud y Saneamiento (PIASS) y por el crecimiento de la red ambulatoria del INAMPS. Con el tiempo, los establecimientos de la red del PIASS que estaban en condiciones operativas fueron transferidos a los estados, impulsando el crecimiento de la red estatal.

A partir de 1984, con la proliferación de los programas de descentralización no solamente en el ámbito del INAMPS sino también en el del propio Ministerio de Salud, se observa un rápido crecimiento de la red ambulatoria municipal. En 1986 el 25 por ciento de las clínicas ambulatorias del país se hallaba en la órbita de los municipios.

En cuanto a la red hospitalaria, se observa el fenómeno opuesto al de la red ambulatoria, con respecto a lo cual cabe destacar lo siguiente:

- el bajo crecimiento de la red hospitalaria con internación durante ese período;
- la elevada participación del sector privado en la red;
- en el sector público, la red hospitalaria creció de manera más o menos homogénea en cuanto a las redes federal y estatal, y con menos intensidad en la esfera municipal. En el sector privado se destaca una vez más la reducción de la red filantrópica y de beneficencia y el aumento de la red lucrativa.

Una de las estrategias de ajuste utilizadas por el INAMPS durante la crisis reciente fue, sin duda alguna, el aumento del caudal de recursos asignados al sector público y la reducción del ritmo de adquisición de servicios del sector privado.

Entre 1976 y 1986, la tasa de crecimiento del número de camas hospitalarias

Cuadro 3.11. Número de camas, consultas médicas e internaciones por habitante - Brasil, 1981-86

<i>Años</i>	<i>Camas/1000 habitantes</i>	<i>Consultas por habitante</i>	<i>Internaciones/1000 habitantes</i>
1981	4,17	1,95	141
1982	4,13	2,09	139
1983	4,05	2,27	113
1984	3,98	2,39	134
1985	3,77	2,40	128
1986	3,77	2,46	131

Fuente: IBGE/AMS 1981-86.

fue inferior a los cálculos del aumento de la población, como lo indica el cuadro 3.11. En el caso del sector privado, merece destacarse el crecimiento de la participación de la rama con fines lucrativos y la reducción de la rama no lucrativa.

Indicadores de Eficiencia en la Producción de Servicios

Ciertos cambios en la capacidad instalada surtieron un decidido efecto en la producción de servicios de asistencia médica. Si se consideran indicadores como el número de consultas médicas por habitante (2,46 en 1986) y las internaciones por cada millar de habitantes (131 en 1986), se comprueba que en ambos casos la producción de servicios es superior al patrón fijado por el INAMPS (2 y 100, respectivamente) (véase el cuadro 3.11). También se observa que la distribución regional de estos servicios es muy desigual.

En relación con las camas de internación se observa que, utilizando un parámetro de 1,8 camas por cada mil habitantes, en el país hay un superávit de oferta. Sin embargo, después de un análisis regional más desglosado o relacionado con la situación social de la clientela atendida, se comprueba la existencia de casos de carencia de camas, en especial para las regiones y los segmentos más pobres de la población. Esto ocurre porque el 78 por ciento de las camas de internación pertenece a la red privada de servicios.

Empleo Médico

Se estima que existe un exceso del 75 por ciento de empleos médicos en el país (véase el cuadro 3.12). Por otra parte, se constata también un déficit de consultas médicas, que indica una baja productividad y una deficiente distribución regional.

En cuanto al empleo de odontólogos, existe un superávit estimado del 23 por ciento para todo el Brasil. A escala regional, solamente en el norte hay un déficit estimado del 34 por ciento.

Todo indica que el Brasil, a pesar de contar con una adecuada capacidad

Cuadro 3.12. Empleos médicos necesarios y empleos médicos existentes en la red ambulatoria - Brasil y regiones, 1985

<i>Regiones</i>	<i>Empleos médicos necesarios(A)</i>	<i>Empleos médicos existentes(B)</i>	<i>Déficit o supervi(C)</i>	<i>(C)/(A) porcentaje</i>
Brasil	87.108	152.805	+65.697	+75,43
Norte	4.693	4.550	-143	-3,0
Nordeste	25.485	29.665	+4.180	+16,4
Sudeste	37.538	87.088	+49.550	+132,0
Sur	13.662	21.583	+7.921	+58,0
Centro oeste	5.730	9.919	+2.611	+73,1

Fuente: Empleos médicos existentes -AMS-85 (suma de los empleos médicos de especialistas, no especialistas y residentes, que trabajaban diariamente una, dos, tres o cuatro veces por semana). Se consideró que, en promedio, todos los empleos equivalían a 20 horas semanales o 1.056 horas por año.

instalada, necesita fuertes inversiones en salud en algunas unidades de la federación, especialmente en las regiones del norte, el nordeste y el centro oeste.

Aspectos Económicos y Financieros

Se estima que en 1989 el Brasil gastó en salud el 4,77 por ciento del PIB. De este total, el 2,94 por ciento del PIB correspondió al gasto federal, el 0,51 por ciento a erogaciones de los estados y municipios, el 0,4 por ciento a desembolsos directos de las familias y el 0,92 por ciento (casi uno por ciento del PIB) al gasto particular autónomo canalizado por las empresas y el sector autónomo de la salud. En 1989, estos dos últimos segmentos atendían aproximadamente a 32 millones de personas, un sector de la población que, si bien contribuía al régimen general, desde el punto de vista operativo se encontraba fuera de él.

Se considera que el gasto de salud en el Brasil aún es insuficiente. Debería ser, por lo menos, un 25 por ciento mayor para que la sociedad brasileña tuviese a su disposición una base mínima de recursos volcados a costear una asistencia médica mínima de alcance universal.

En el sector de la salud los servicios pagados a terceros corresponden a la compra de servicios por medio de contratos y convenios del INAMPS con el sector privado. Los servicios pagados a terceros, que en 1980 representaban el 63 por ciento de los gastos en salud, ascendían apenas al 36,1 por ciento en 1986 (véase el cuadro 3.13). La reducción del valor de los pagos a los acreedores privados fue el principal factor determinante de la disminución del costo.

En relación con las inversiones, cabe destacar que su volumen es irrisorio con respecto a las necesidades del sector. Cálculos recientes indican que para mantener el nivel de reposición de la capacidad instalada sin depreciar la red existente, la tasa de inversión debería ser del 11 por ciento, muy superior al valor que se observa en el cuadro 3.13 (3 por ciento).

En términos globales el gasto en salud de los estados y municipios alcanzaba, en 1986 a casi el 30 por ciento del gasto federal consolidado. Esto no representa

Cuadro 3.13. Estructura del gasto federal consolidado en salud, según la naturaleza económica del gasto - Brasil, 1980-86 (Porcentajes)

<i>Naturaleza de los gastos</i>	1980	1982	1984	1986
Total general	100,0	100,0	100,0	100,0
Gastos de costo	86,1	78,9	77,4	65,2
Personal	16,4	18,3	16,3	21,7
Servicios de terceros	63,0	55,4	56,1	36,1
Otros	6,7	5,2	5,0	7,4
Transferencias corrientes	9,5	15,7	17,9	28,4
Intragubernamentales	5,5	5,4	6,2	11,3
Intergubernamentales	1,2	6,0	6,9	10,7
Otras transferencias	2,8	4,3	4,8	6,4
Inversiones	2,8	2,9	2,3	2,9
Inversiones financieras	0,2	0,1	0,0	0,0
Transferencias de capital	1,4	2,4	2,4	3,5

Fuente: AMS-85.

mucho, puesto que en esas esferas es donde se provee la mayor parte de la atención general de salud para la población. Para aumentar los recursos a disposición de estas esferas, sería necesaria una reforma tributaria que permitiese revertir la actual centralización de los recursos en manos del gobierno federal, o mediante una mayor transferencia de recursos a los programas de salud estatales y municipales.

La Equidad en la Salud

El análisis de la equidad de la salud en el Brasil se ve afectado por la falta casi absoluta de información básica. Si bien existen encuestas domiciliarias sobre la utilización de los servicios, poco es lo que se sabe acerca de la oferta y la demanda.

La reducción en la calidad de la atención prestada por el sector público provocó una emigración de las clases con mayor poder adquisitivo hacia otras formas de atención, como la medicina en grupo, las cooperativas médicas y los seguros de salud. Algunas empresas, especialmente estatales, elaboraron planes propios, generalmente de atención costosa y de buen nivel.

Al mismo tiempo, se observa una transferencia del sector privado hacia el sector público: los casos de procedimientos sumamente caros y complejos, así como los de dolencias crónico-degenerativas, normalmente excluidos del amparo de los planes privados, se derivan al sector público.

Conclusiones

En resumen, la problemática de la salud en el Brasil se caracteriza por:

- nivel total de gastos insuficiente;
- ineficiencia e ineficacia crecientes en la aplicación de los recursos;
- deficiente distribución regional de la oferta, así como falta de jerarquización de la red de atención;
- relaciones poco transparentes (*comisión por servicio*) y sin incentivos para la eficiencia entre el poder público comprador de servicios y la red privada de proveedores de servicios médicos y hospitalarios.

5. Evolución y Diagnóstico de la Asistencia Social

Los programas de asistencia social en el Brasil pueden dividirse en las dos categorías que se indican a continuación:

- beneficios en dinero que corresponden a las rentas mensuales vitalicias por edad avanzada (mayores de 70 años) y por invalidez, a personas no amparadas por la previsión social y que no tienen otra fuente de ingresos, equivalentes a la mitad del salario mínimo, con propuesta de aumento a un salario mínimo;
- beneficios asistenciales, que van desde guarderías infantiles hasta la distribución de alimentos otorgados en forma directa o indirecta por entidades federales, estatales, municipales y particulares, mediante un complejo sistema de convenios y contratos.

Debido a que los beneficios en dinero, abonados por los órganos de previsión, fueron analizados anteriormente, en este capítulo sólo se tratará el componente de servicios.

Evolución Institucional y Diagnóstico

Durante los años treinta y cuarenta surgió en el país una legislación de asistencia social que reflejaba las nuevas relaciones entre el Estado y los distintos segmentos de la sociedad. En 1941 se creó el Servicio de Asistencia al Menor (SAM, posteriormente FNBEM, Funbem y CBIA), dependiente directamente del Ministerio de Justicia y Asuntos Interiores y relacionado con la justicia de menores del Distrito Federal. Un año más tarde surgió la LBA, reconocida como órgano de colaboración con el Estado, con el cometido de prestar servicios asistenciales a las familias de los soldados que integraban la Fuerza Expedicionaria Brasileña (FEB).

La Constitución Federal de 1988 consagró la asistencia social como un derecho de la población, independiente de las contribuciones de cualquier naturaleza. Por otro lado, restringió la prestación de asistencia a los necesitados y a los desamparados. Prevé la protección de la familia, la maternidad, la infancia y la vejez, el amparo a los niños y adolescentes desposeídos, a los ancianos y a los deficientes y necesitados en forma de servicios y beneficios, además de extender a toda la población el ingreso mensual mínimo, antes asegurado sólo para los ancianos y deficientes que hubiesen aportado por lo menos una vez a la previsión social. En cuanto a los aspectos de organización, preconiza la ubicación de las acciones asistenciales en la órbita municipal, manteniendo en la esfera federal la función normativa y de coordinación.

En mayo de 1990 se inició el proyecto del Ministerio de la Niñez, que tenía por objeto integrar las acciones de atención y asistencia a la población menor de 17 años, mediante la articulación de los ministerios responsables de las políticas sociales

básicas y la racionalización del uso de los recursos públicos. Se preveía alcanzar un público de 37 millones de niños y adolescentes y la ejecución de 18 proyectos durante el gobierno del presidente Collor, conforme a las siguientes líneas de acción:

- promoción y protección de la salud materno-infantil y de los adolescentes;
- desarrollo infanto-juvenil;
- promoción del niño y el adolescente como sujeto de derecho;
- prevención y atención de la deficiencia; y
- apoyo al desarrollo comunitario.

El Estatuto del Niño y el Adolescente (ECA) sancionado el 13 de julio de 1990 por el presidente de la república, sustituyó al Código de Menores y marcó un nuevo rumbo a la política de atención a este sector.

A fines de enero de 1991, con el Plan Collor II, se creó el Fondo de Desarrollo Social (FDS) de naturaleza contable, destinado a financiar proyectos de inversión con alto contenido de interés social, que excluía el financiamiento a entidades federales, estatales y municipales.

La Equidad de la Asistencia Social

La tentativa de evaluar cuantitativamente los aspectos de equidad en la asistencia social tropieza con la falta de informaciones a nivel domiciliario. De hecho, la Encuesta Nacional por Muestra de Domicilios (PNAD) de 1983, trató de obtener datos sobre la utilización de los beneficios de previsión y asistencia, con pésimos resultados.

En lo que atañe a los beneficios en especie, a pesar de las escasas evaluaciones realizadas, prácticamente existe consenso en cuanto a su ineficiencia, ineficacia y falta de fiscalización, así como en lo concerniente a la existencia de vaciamientos y fraudes.

Conclusión

La estructura de la prestación de servicios de asistencia social en el Brasil se caracteriza por:

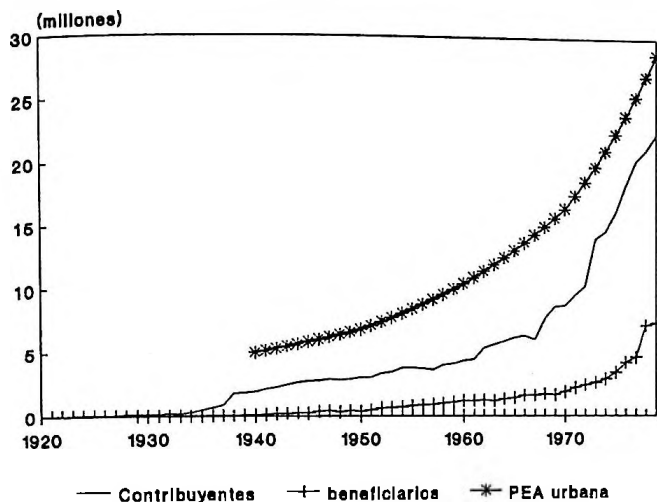
- una estructura institucional compleja, con ocasional superposición de cobertura, concentración insuficiente y lagunas en la atención;
- la ausencia casi absoluta de mecanismos de evaluación del desempeño, en términos de eficacia en función del costo;
- bajos niveles de transparencia y control social de los sistemas, hecho que favorece las prácticas de paternalismo y clientelismo, además de las innumerables posibilidades de fraude.

6. Proyecciones de la Situación Económica y Financiera de la Seguridad Social, 1990-2030

Introducción

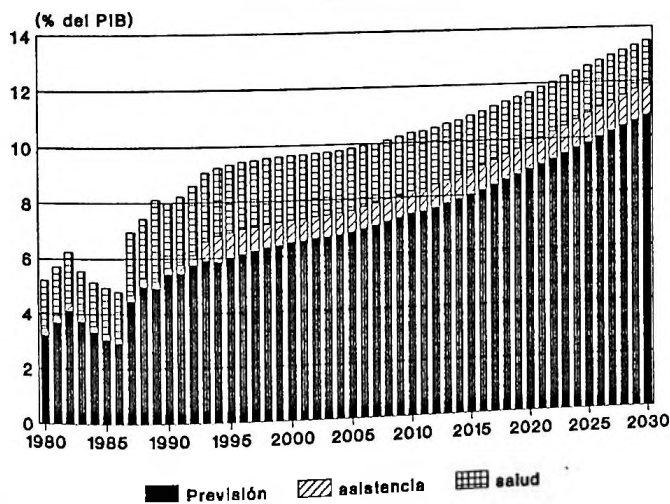
Las proyecciones que se presentan a continuación deben entenderse como

Gráfico 3.2. Evolución de la PEA, población de beneficiarios y contribuyentes del sistema - 1923/1988



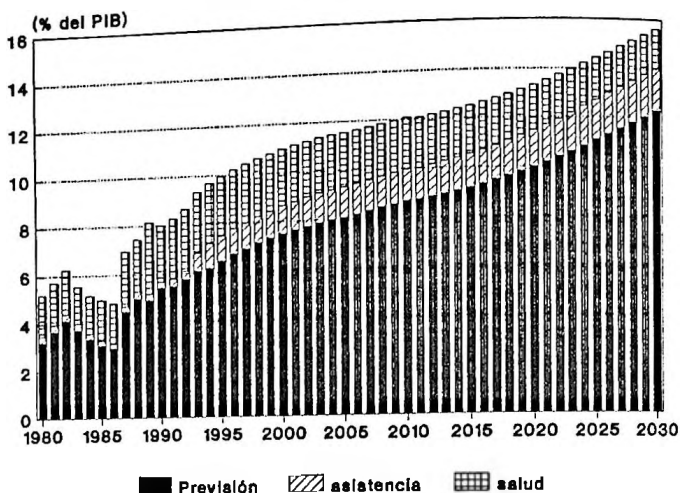
Fuente: TDI/IPEA no. 73

Gráfico 3.3. Gastos de la seguridad Sistema corriente - Escenario 1



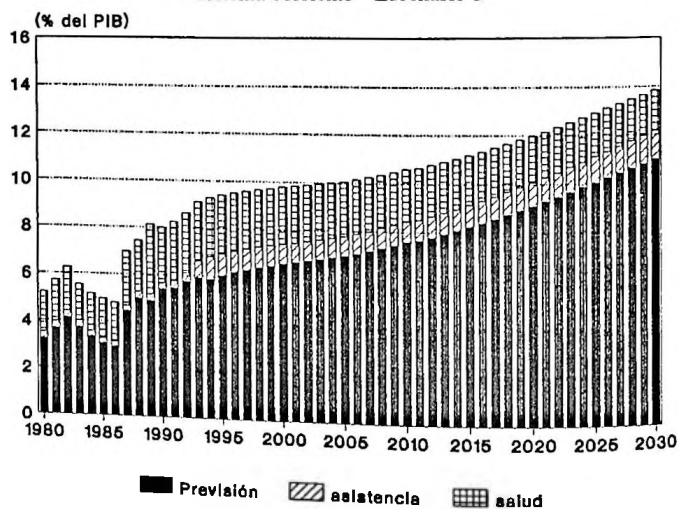
Fuente: TDI/IPEA No. 73.

Gráfico 3.4. Gastos de la seguridad
Sistema corriente - Escenario 2



Fuente: TDI/IPEA No. 73.

Gráfico 3.5. Gastos de la seguridad
Sistema corriente - Escenario 3



Fuente: Fuente: TDI/IPEA No. 73.

hipótesis probables y no como previsiones. Es así como, dadas las hipótesis demográficas, económicas e institucionales, el modelo elaborado por el IPEA proyecta en forma disgregada los resultados económicos y financieros del sistema de seguridad social.

Conviene recordar que en las proyecciones no se consideran los programas de seguro por desempleo, el Programa de Integración Social (PIS)/Programa de Formación del Patrimonio del Funcionario Público (PASEP) y el Fondo de Garantía de Tiempo de Servicio (FGTS).

Metodología

El modelo de proyección consta de cinco módulos básicos:

- módulo demográfico;
- módulo de generación de contribuyentes al sistema de previsión;
- módulo de generación de beneficiarios;
- módulo de consistencia macroeconómica;
- módulo de generación de ingresos y egresos.

El Anexo II ofrece más detalles sobre los módulos básicos.

Mediante estos módulos, tomados en cadena y utilizando las tres hipótesis macroeconómicas planteadas, se obtienen las necesidades de financiamiento por medio de la diferencia entre las proyecciones de ingresos y egresos para todo el sistema de seguridad social.

Hipótesis Macroeconómicas

Las experiencias con la utilización del modelo demuestran la escasa sensibilidad de éste a las variables demográficas, caracterizadas esencialmente por una gran inercia. De esta manera, el ejercicio de formulación de hipótesis se limita sólo a las variables económicas.

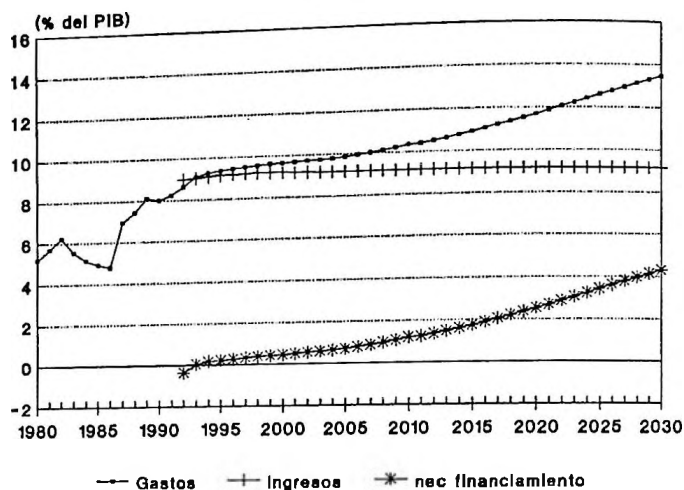
El módulo de consistencia, que puede observarse con mayor detalle en el Anexo II, proyecta tres hipótesis: hipótesis 1 ó ajuste público, en la que se practica el ajuste para equilibrar las cuentas del sector público, lo que da como resultado una tasa de crecimiento; hipótesis 2 ó ajuste privado en la que se obtiene el aumento del ahorro interno sólo por medio de un incremento de las ganancias retenidas por las empresas y, por último, la hipótesis 3 ó *crisis*, en la que se supone que no se toman medidas de ajuste en el sector público, lo que provoca un bajo nivel de crecimiento y un desequilibrio fiscal.

Resultados

El gráfico 3.2 muestra la evolución de los contingentes de contribuyentes y beneficiarios.

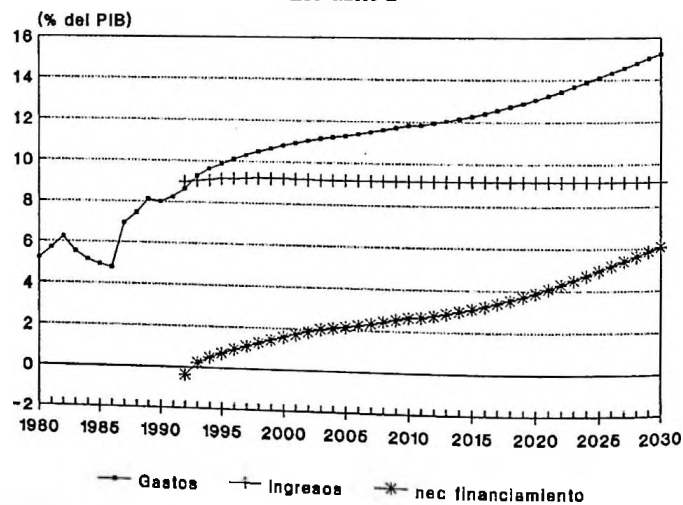
En los gráficos 3.3 a 3.5 pueden observarse las proyecciones de los gastos de cada componente de la seguridad social, en términos de puntos porcentuales del PIB para cada hipótesis. En el cuadro más favorable (obtenido en la hipótesis 1) los gastos crecen del 8 por ciento en 1990 al 13,5 por ciento en 2030 y casi al 15 por ciento en el cuadro más desfavorable (hipótesis 2).

Gráfico 3.6. Financiamiento de la seguridad
Escenario 1



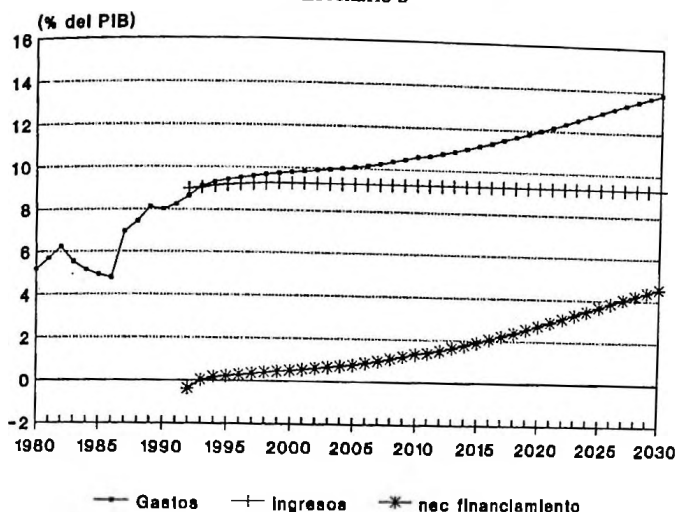
Fuente: TDI/IPEA No. 73.

Gráfico 3.7. Financiamiento de la seguridad
Escenario 2



Fuente: TDI/IPEA No. 73.

Gráfico 3.8. Financiamento de la seguridad
Escenario 3



Fuente: TDI/IPEA No. 73.

Por último, en los gráficos 3.6 a 3.8 se presenta una evolución de las necesidades de financiamiento que varían, en 2030, de cerca del 3 por ciento del PIB en la hipótesis más optimista a aproximadamente el 6,2 por ciento del PIB en la hipótesis pesimista. Para comprender la gravedad de la situación, basta recordar que actualmente el presupuesto federal del Brasil equivale a seis puntos porcentuales del producto.

El primer punto importante que debe destacarse es que las proyecciones efectuadas se basan en hipótesis bastante optimistas, incluso la hipótesis macroeconómica más desfavorable.

De esta manera, se supone que el nivel de evasión no cambiará a pesar de marcados incrementos de las alícuotas de contribución que serían necesarios para su financiamiento. De cierta forma, es improbable que la informalización de la economía no mantenga un ritmo creciente, principalmente si se consideran los aumentos de las cargas sociales necesarias para costear la seguridad.

Un segundo efecto macroeconómico, acaso más importante, es que los incrementos de la carga contributiva, que se suman a los incrementos de la carga tributaria *stricto sensu*, previstos para un futuro cercano, probablemente repercutirán en forma significativa en términos de reducción de la formación del ahorro, de las inversiones y, por consiguiente, de la tasa de crecimiento del propio PIB. Aun considerando los efectos deseables de esta redistribución, lo cierto es que el crecimiento del producto se vería negativamente afectado.

Los resultados expuestos indican que, si bien en algunos aspectos son justificables desde el punto de vista social, las actuales normas del sistema de previsión social acarrearán un considerable aumento de los costos, creando serias dudas en cuanto a la viabilidad de su financiamiento no inflacionario. Entretanto,

se observa que estas reglas omiten la corrección de algunas distorsiones arraigadas en el sistema de previsión brasileño, por ejemplo la jubilación por tiempo de servicio sin restricciones, un beneficio reconocidamente elitista y oneroso.

Las propuestas de una reforma deben basarse no solamente en el principio de viabilidad, sino también, con igual o mayor énfasis, en los aspectos de equidad. Es fundamental que quede en claro quién paga y cuánto paga, quién recibe y cuánto recibe. Es fundamental tener presente que a cada derecho de alguien a recibir corresponde el deber de alguien de pagar.

7. Propuesta de un Sistema de Seguridad Social

Se optó por presentar en forma sintética los principales puntos de una de las posibles alternativas de reformulación del sistema de seguridad social. De cualquier forma, en distintos documentos preparados recientemente por el IPEA podrá encontrarse una exposición más detallada.

Directrices Básicas de la Reforma

Las directrices básicas que orientarían las propuestas de reforma estructural de la seguridad social, sugeridas y evaluadas, son las siguientes:

- total transparencia, tanto de costos como de beneficios de la seguridad social, en el sentido de exponer claramente los conflictos distributivos en la repartición de los ingresos;
- mantenimiento del concepto de la seguridad social, pero con una separación efectiva de sus componentes (previsión social, salud y asistencia social) en materia de concepto, financiamiento y funcionamiento;
- respeto absoluto a la libertad y a la decisión soberana del individuo, limitando al mínimo necesario, la intervención del Estado en las decisiones sobre ahorro e inversiones;
- respeto a los derechos adquiridos y cambios totalmente optativos;
- opción preferencial por contribuciones abonadas directamente por las personas físicas;
- ampliación de la base de gravitación y reducción de las alícuotas nominales;
- protección de los recursos que financian la seguridad social;
- control social, preferentemente ejercido en el nivel de la persona física, sobre todas las funciones de la seguridad social;
- administración y aplicación de los recursos en forma descentralizada, tratando de evitar las concentraciones de poder político y económico;
- políticas de ingresos explícitas, en lugar de beneficios asistenciales bajo tutelas del Estado;
- sustitución del Estado proveedor de servicios sociales por el Estado promotor de servicios sociales.

Previsión Social Básica

Aspectos Generales

- Clientela universal (empleados, empleadores, autónomos, rurales y urbanos, incluso funcionarios públicos federales, estatales y municipales, civiles y militares).
- Afiliación obligatoria.
- Beneficios:
 - sistema de beneficios definidos;
 - beneficio mínimo de previsión, totalmente desvinculado del salario mínimo;
 - acontecimientos imprevisibles (muerte, invalidez, enfermedad y desempleo involuntario): beneficio máximo equivalente a tres salarios mínimos a la fecha de la reforma, actualizado según la variación de la canasta de consumo de los beneficiarios de la previsión social;
 - acontecimientos previsibles (edad y tiempo de servicio): beneficio máximo de un salario mínimo a la fecha de la reforma, actualizado conforme al criterio mencionado en el punto anterior.
- Existencia del vínculo de contribución.

Aspectos Básicos del Financiamiento

- Régimen de repartición con reserva de contingencia.
- Contribuciones abonadas exclusivamente por el empleado, con gravitación sobre la nómina de pagos, hasta un tope de tres salarios mínimos. Todas las contribuciones patronales relacionadas con la nómina de pagos serían transferidas directamente a los salarios de los trabajadores que optasen por el nuevo sistema.
- Ingreso vinculado (Fondo de Previsión Social Básica).

Aspectos Operativos

- Previsión social, estatal, administrada al comienzo en forma centralizada.

Seguro Contra Accidentes de Trabajo

Aspectos Generales

- Clientela universal.
- Obligatorio.
- Beneficios definidos, mayores que los beneficios comunes.
- Vínculo de contribución.

Aspectos Básicos del Financiamiento

- Repartición.
- Contribuciones efectuadas exclusivamente por los empleadores con tasas

variables conforme a las posibilidades de accidentes y siniestros de cada empresa (desvíos en relación con el *parón* del sector al que pertenezca la empresa).

- Base de gravitación: nómina y/u otras.
- Ingreso vinculado (Fondos Sectoriales del Seguro contra Accidentes de Trabajo).

Aspectos Operativos

- Seguro esencialmente mutuo.
- Operación descentralizada (por sector de actividad, por región geográfica, etc.).

• Organismos ejecutores: mutuales de empleadores, que definen y recaudan las tasas de contribución y administran el seguro.

Observación: Las mutuales serían entidades particulares sin fines de lucro, integradas por los empresarios de cada sector económico y región geográfica. Los empresarios adheridos a las mutuales serían solidarios en el riesgo.

Existe la posibilidad de utilizar y reorientar estructuras y contribuciones ya existentes hacia SESI, SENAC, SENAI y SESC, órganos patronales, actualmente financiados por los aportes obligatorios sobre las nóminas de salarios pagadas por los empleadores.

Asistencia Social

Aspectos Generales

- Clientela residual (Red de Previsión Social Mínima).
- Cobertura universal sin vínculo contributivo.
- Beneficios mínimos (60 por ciento del salario mínimo a la fecha de la reforma, actualizado conforme a la variación de la canasta básica de consumo).

Aspectos Básicos del Financiamiento

- Repartición.
- Otras bases de gravitación.
- Ingreso vinculado (Fondo de Asistencia Social).

Aspectos Operativos

- Operación centralizada.
- Estatal.

Previsión Complementaria

- Esencialmente libre en cuanto a obligatoriedad, financiamiento, forma de operación y régimen financiero.

• No es deseable, bajo hipótesis alguna, la existencia de un sistema público de previsión complementario, conforme a lo previsto en la Constitución.

Salud

Aspectos Generales

- Cobertura universal sin vínculo de contribución.
- Financiamiento de las acciones de salud por el Estado.
- Descentralización de las acciones de salud.

Aspectos Básicos del Financiamiento

• Régimen de repartición con financiamiento proveniente de fuentes fiscales, con los ingresos vinculados.

• Pago previo fijo per cápita de los servicios de salud por medio de un bono a cada ciudadano, correspondiente al valor medio calculado en forma actuarial, del costo de la atención integral de la salud.

• El valor medio del bono sería US\$100 per cápita, variable conforme al sexo y la edad de la persona (y/u otros atributos fácilmente mensurables).

Aspectos Operativos

• Creación de las entidades encargadas de la salud (EMS) responsables, por contrato, de la cobertura contra todos los riesgos de salud de los afiliados, mediante el recibo de sus bonos. Las EMS tendrían un interés económico en la promoción de acciones de salud preventiva, reduciendo sus costos.

• Posibilidad de cambio de EMS si el afiliado no está conforme con sus servicios.

• Sistema privado y público, en la medida en que los hospitales públicos pudieran competir por usuarios, con los bonos de éstos como fuente de ingresos.

Transición

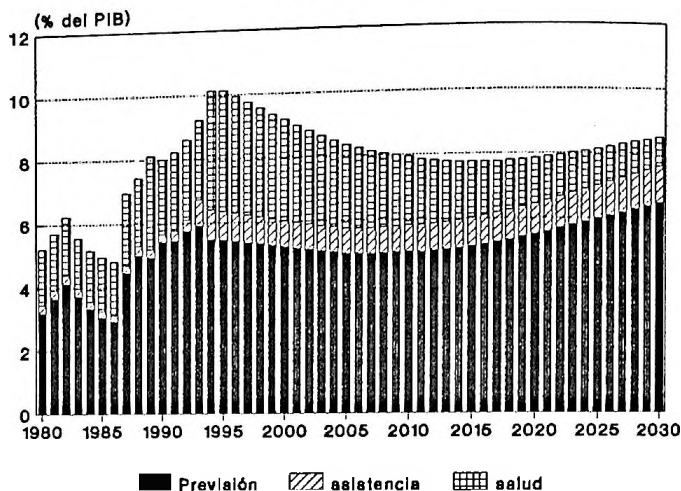
Optantes por el Nuevo Sistema

• Bonos de derecho adquirido, equivalentes al valor actual de las dos terceras partes de las contribuciones abonadas por encima de los tres salarios mínimos por el empleado y el empleador hasta la fecha de la opción.

• Los optantes utilizan los bonos para sus propios planes de previsión complementaria privada.

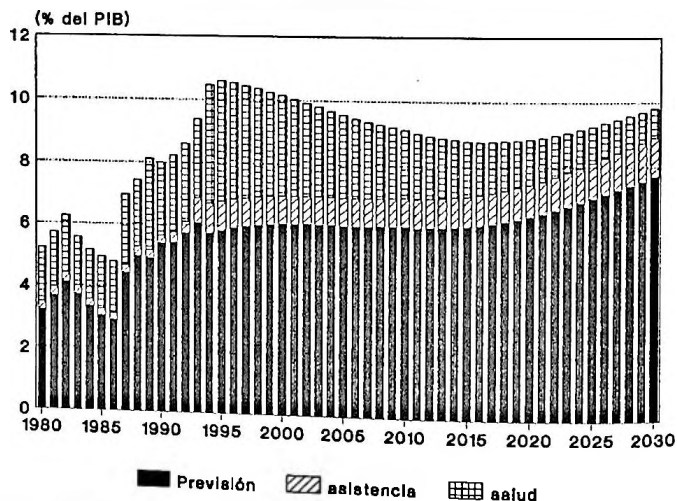
• Base de los bonos: participación accionaria de la Unión en las estatales y/o deuda pública a largo plazo.

Gráfico 3.9. Gastos de la seguridad - propuesto
Escenario 1



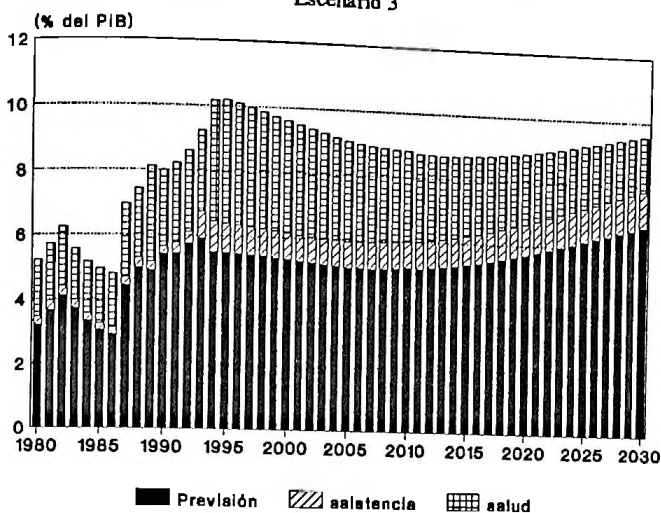
Fuente: TDI/IPEA No. 73

Gráfico 3.10. Gastos de la seguridad - propuesto
Escenario 2



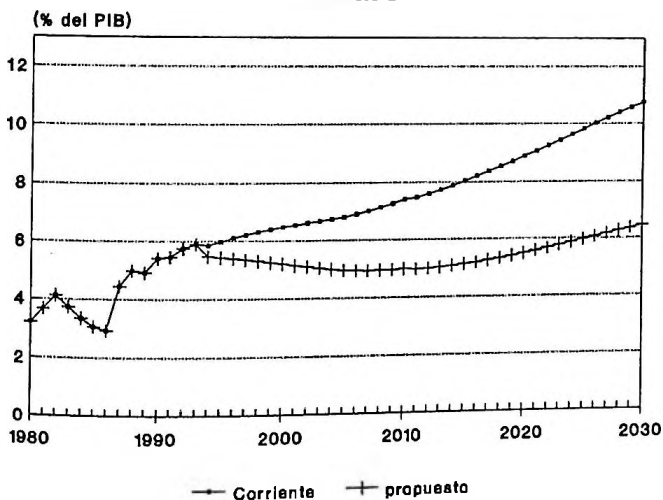
Fuente: TDI/IPEA No. 73.

Gráfico 3.11. Gastos de la seguridad - propuesto
Escenario 3



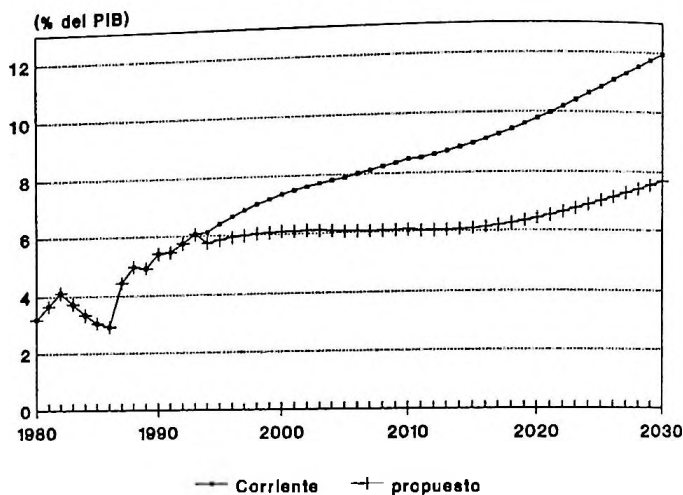
Fuente: Fuente: TDI/IPEA No. 73.

Gráfico 3.12. Gastos de la seguridad
Escenario 1



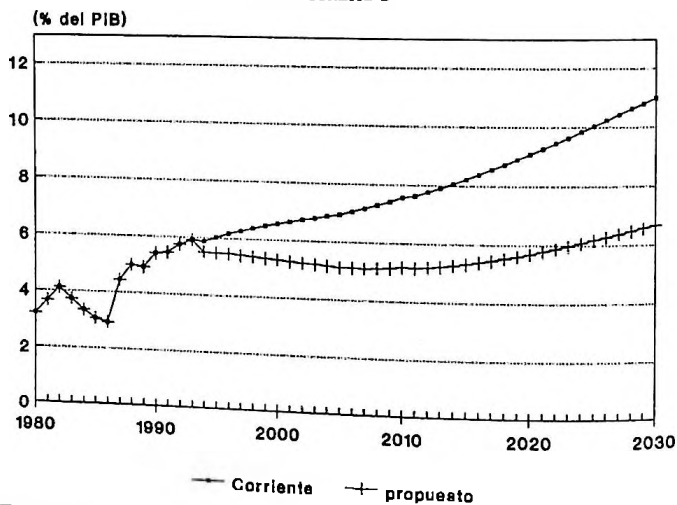
Fuente: TDI/IPEA No. 73.

Gráfico 3.13. Gastos de la seguridad
Escenario 2



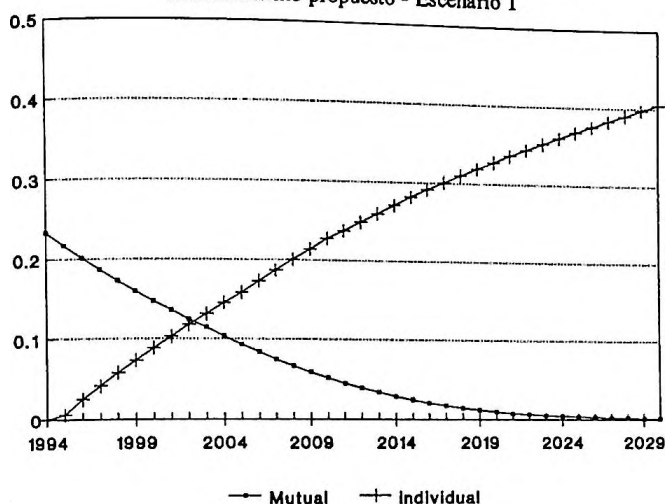
Fuente: TDI/IPEA No. 73.

Gráfico 3.14. Gastos de la seguridad
Escenario 3



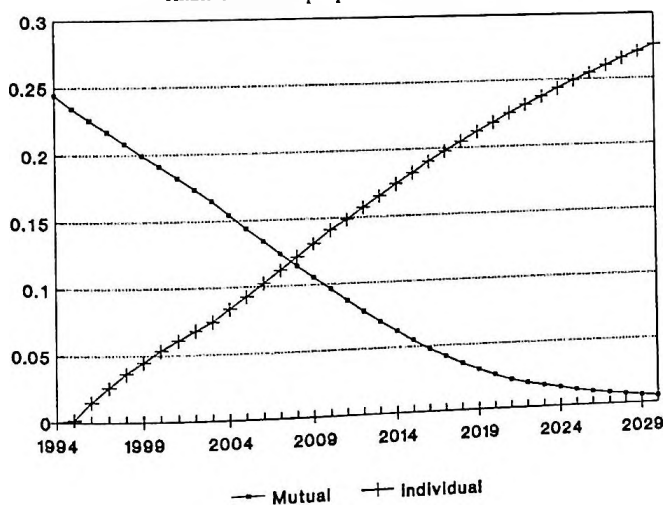
Fuente: TDI/IPEA No. 73.

Gráfico 3.15. Alícuotas sobre la nómina de los pagos para
financiamiento propuesto - Escenario 1



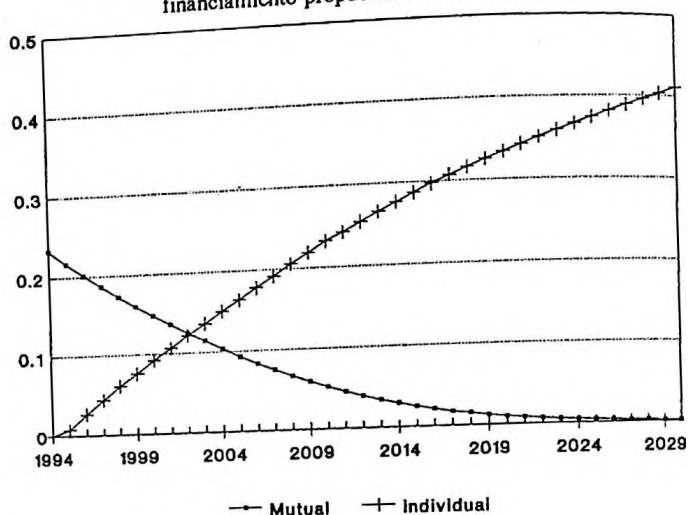
Fuente: TDI/IPEA No. 73.

Gráfico 3.16. Alícuotas sobre la nómina de los pagos para
financiamiento propuesto - Escenario 2



Fuente: TDI/IPEA No. 73.

Gráfico 3.17. Alícuota sobre la nómina de los pagos para financiamiento propuesto - Escenario 3



Fuente: TDI/IPEA No. 73.

No Optantes (desean permanecer en el sistema antiguo)

- Conservan todos los beneficios del sistema antiguo, incluso la jubilación íntegra de los funcionarios públicos.
- Saldo actuarial de cada persona no optante: el valor esperado del exceso de financiamiento sobre contribuciones se convierte en alícuotas adicionales abonadas exclusivamente por el empleado/persona física.

Incentivo para la Opción

- Ganancia del salario resultante de la transferencia de las cargas sociales del empleador a los salarios, menos el costo del nuevo sistema.

Aumentos de la Base de Gravitación

- Vínculo estricto entre el registro individualizado de las contribuciones y el derecho a la percepción del beneficio hace que cada asegurado optante sea su propio fiscal (el que no tenga registros pasa a la Red Mínima).
- Se caracteriza fácilmente el delito de apropiación indebida.
- Cálculo de la ampliación mínima de la base, correspondiente a la diferencia entre la nómina de pago de contribución a la previsión social y la Relación Anual de Informaciones Sociales (RAIS).

Mantenimiento del Caudal de Pasivos en la Fecha de la Reforma

• Contribución sobre nómina, decreciente en el tiempo, a medida que vaya extinguiéndose el caudal de beneficiarios a la fecha de la reforma.

8. Evaluación de la Propuesta

Para evaluar el funcionamiento del sistema propuesto, se procedió a trazar proyecciones de los gastos de seguridad social, utilizándose las mismas hipótesis macroeconómicas presentadas anteriormente. Los resultados aparecen en los gráficos 3.9 a 3.11.

En primer lugar, debe observarse que en todas las hipótesis el gasto total en seguridad social alcanza un valor máximo, cercano al 10 por ciento del PIB, a mediados de los años noventa. Ese aumento proviene de una expansión de los gastos en salud. Obsérvese que si se considera que el *bono* sustituye a los gastos estatales, municipales y privados en salud del régimen anterior, el gasto total del nuevo sistema sería prácticamente el mismo.

En segundo lugar, se observa que a partir de mediados de los años noventa se produce una caída de los gastos anuales hasta alcanzar niveles inferiores, en torno al 7 por ciento para la hipótesis 1 y del 8 por ciento para las otras dos. Los gastos vuelven a crecer a partir del año 2015, principalmente como consecuencia del aumento de los gastos sociales. Estos valores son siempre inferiores a los obtenidos en las proyecciones del sistema actual para las hipótesis correspondientes, conforme aparece en los gráficos 3.3, 3.4 y 3.5, cuando los gastos totales tendían a estabilizarse en torno a 13,5, 15,2 y 13,9 por ciento, respectivamente.

Los gráficos 3.12 a 3.14 presentan, para cada hipótesis, comparaciones de los gastos de previsión social, que es la mayor de las tres partes, en el sistema actual y en el propuesto.

Los gráficos 3.15 a 3.17 presentan las alcuotas necesarias para financiar el sistema de previsión. El caudal ya existente en 1994 se financiaría por medio de una alícuota llamada *solidaria*, decreciente en el tiempo y con gravitación sobre todo el salario. Bajo el sistema propuesto, los ingresos al goce del nuevo beneficio se financiarían mediante la alícuota *individual* que gravitaría sobre el salario con un tope de tres salarios mínimos de 1994 corregidos por el índice de la canasta de previsión.

9. Principales Aspectos de la Transición Propuesta

Reconocimiento de los Derechos de Previsión Social adquiridos

El reconocimiento de los derechos adquiridos al amparo del sistema antiguo es una condición necesaria, aunque no suficiente, para la adhesión a un nuevo sistema mediante la opción libre y soberana del asegurado. La propuesta esbozada aquí considera la necesidad de entregar a cada asegurado que opte por el nuevo sistema de previsión social un bono de reconocimiento de derechos adquiridos correspondiente al valor actual capitalizado de los aportes efectuados al antiguo sistema hasta la fecha de la opción, por sobre un nuevo tope establecido para el salario máximo

de contribuciones. Para proporcionar un incentivo al sistema de ahorro y evitar demandas instantáneas de recursos, estos bonos podrían acreditarse a entidades de previsión complementarias, abiertas o cerradas, conforme a las conveniencias y preferencias de cada asegurado.

Base de los Bonos y Capital de las Empresas Estatales

Uno de los problemas críticos de la transición consiste en cómo respaldar los bonos con activos reales. La gran participación accionaria de la Unión en las empresas estatales y en otras del sector privado proporciona una excelente oportunidad para alcanzar, simultáneamente, dos objetivos: respaldo para los bonos y democratización del capital de las empresas. Por ende, se propone la creación de un fondo de cuotas correspondiente a la totalidad de la participación accionaria de la Unión en el sector productivo de la economía, recibiendo cada bono el número de cuotas correspondiente a su valor.

Desde el punto de vista distributivo, el esquema propuesto permitiría en cierta forma la participación de los trabajadores, mediante las entidades de previsión, en el capital de las empresas estatales. Nótese, además, que cuanto mayor fuera el tiempo de aporte, *ceteris paribus*, mayor sería el valor del bono y, por consiguiente, el valor de las cuotas de cada uno. Desde este punto de vista, cada contribuyente tendrá una participación proporcional a su propio esfuerzo laboral.

Aspectos Operativos de los Bonos

Una de las principales dificultades para la implantación de la reforma propuesta es el cálculo del valor de los bonos para cada optante. Esta dificultad, empero, existiría de cualquier forma: con el régimen actual, los asegurados también deben probar sus aportes con fines jubilatorios, especialmente tratándose del tiempo de servicio. Por lo tanto, la solución sería la realización de un censo completo de los contribuyentes al sistema de previsión social.

Por último, cabe señalar que estas dificultades en cuanto a reconocer el tiempo de contribución no son inherentes a la propuesta de reformulación, sino deficiencias del sistema antiguo que, como se explicó anteriormente, no guarda registros individuales adecuados.

Transferencia de los Aportes Pagados por el Empleador sobre la Nómina de Pagos

Uno de los elementos fundamentales de la transición, si se trata no sólo de alentar la opción por el nuevo sistema sino también de imprimirle un máximo de transparencia, es la transferencia de los aportes patronales sobre la nómina de pago directamente a las remuneraciones de quienes opten por el nuevo sistema.

Teniendo en cuenta la mayor eficiencia prevista gracias al cambio de sistema, hay buenas probabilidades de que pueda ofrecerse a los optantes una ganancia real en materia de salarios, lo cual constituiría un poderoso incentivo para la adhesión. El nuevo sistema de financiamiento, al convertir al empleado en el principal verificador de la recaudación de sus aportes, abre la posibilidad de un aumento

considerable de la base de gravitación.

En el ámbito de una reforma tributaria más amplia, podría adoptarse un mecanismo similar al establecido para las contribuciones sobre la nómina de pagos —exoneración de la persona jurídica y pago por la persona física— para las contribuciones sobre lucro existentes en la actualidad.

En cuanto a las contribuciones sobre facturación, se propone que, también en el marco de una reforma tributaria, se las elimine por completo.

El Fondo de Mantenimiento de Pasivos

Uno de los problemas más complejos de cualquier transición de la previsión social es el mantenimiento del *caudal* de antiguos pasivos después de la fecha de implantación del nuevo sistema. Este caudal tiende a ser grande, especialmente en países como el Brasil, donde el sistema es relativamente antiguo. Una posible solución es constituir un *Fondo de Mantenimiento de Pasivos* del antiguo sistema por medio de aportes pagados exclusivamente por los empleados/personas físicas, sean o no optantes por el nuevo sistema. Al tratarse de un grupo de población en proceso de extinción, las contribuciones tenderían a disminuir a lo largo del tiempo.

Tratamiento de los no Optantes

Obviamente, por una razón u otra, siempre habrá un contingente de trabajadores que optarán por permanecer en el antiguo sistema de previsión social. Conforme al principio de garantía de los derechos adquiridos, a éstos se les asegurará la totalidad de los derechos del régimen al que pertenecían antes de la reforma, incluso la jubilación por tiempo de servicio con los actuales niveles de reposición.

Por ende, se vuelve indispensable realizar un balance actuarial de cada asegurado no optante, haciendo que éste financie totalmente el diferencial que eventualmente no cubran las contribuciones actuales del empleado y el empleador.

El mismo esquema, exactamente, podría adoptarse en relación con los asegurados de regímenes especiales de previsión, como los funcionarios públicos federales encuadrados dentro del régimen jurídico único (RJU), legisladores, funcionarios estatales y municipales con régimen propio y hasta los militares.

La Cuestión del FGTS y del PIS/PASEP

Cualquier reforma de la seguridad social deberá considerar los llamados fondos patrimoniales, o sea el PIS/PASEP y el FGTS. El asunto debe tratarse porque las actuales fuentes de financiamiento de esos fondos, provenientes de la gravitación sobre la nómina de pagos, serían utilizadas para otros fines dentro de la reforma propuesta.

La idea sería crear un *Fondo de Liquidez del PIS/PASEP y el FGTS*, con el objeto de otorgar sostén presupuestario y financiero al ejercicio de derechos adquiridos por los participantes de ambos fondos.

En lo que se refiere al patrimonio acumulado por el trabajador en el FGTS, puesto que la propuesta prevé un esquema de reposición de ganancias razonable en el caso de desempleo involuntario, el perfil de pago de las deducciones sería

considerablemente prolongado. Con el tiempo, puede aplicarse el mismo esquema de bonos de derecho adquirido para la previsión social a los patrimonios individuales en ambos fondos. En este caso, los bonos serían acreditados por el asegurado, a la fecha de la jubilación, en una institución de previsión complementaria que escogería libremente, para su transformación en una renta mensual equivalente. En este caso, el derecho de deducción integral por jubilación sería restringido.

De la misma forma que en el caso de los *bonos* de la previsión social, el respaldo podría constituirse mediante una adición de las cuotas de participación accionaria de la Unión y de títulos de deuda pública a largo plazo, conforme conviniera a las políticas fiscal y monetaria.

Una Nota sobre las Contribuciones Parafiscales

Al igual que las demás contribuciones sobre los salarios, las llamadas contribuciones parafiscales para SENAI, SESI, SESC y SENAC serían transferidas, con carácter optativo, directamente al salario de los trabajadores.

En este caso, cada trabajador optaría por continuar en el antiguo sistema, recibiendo así los servicios de estas instituciones asistenciales financiadas por los aportes patronales, o por recibir directamente, en forma de salario, el producto de la aplicación de la alícuota de 2,5 por ciento sobre los rendimientos que hoy costean esos servicios.

Una reforma aún más radical del sistema anticiparía la posibilidad de tomar completamente optativo el descuento de cada empresa para estas entidades patronales.

10. Consideraciones Finales

El diagnóstico del sistema brasileño de previsión social indica la necesidad de una reforma profunda e inaplazable, que debe tener como metas la justicia social y el equilibrio económico y financiero del nuevo sistema, respetando al mismo tiempo los derechos adquiridos dentro del sistema antiguo.

Cabe destacar que el momento político del país es sumamente apropiado para debates, teniendo en cuenta el comienzo del proceso de revisión constitucional que deberá cumplirse en octubre de este año. Debe considerarse que gran parte de las disposiciones que rigen la seguridad social consta en forma directa y explícita en la Constitución de 1988.

También, desde el punto de vista macroeconómico, el momento es propicio para el tratamiento de reformas de la seguridad social. El Brasil es uno de los pocos países del continente que aún no ha puesto en práctica un plan de ajuste que posibilite su incorporación a un nuevo escenario internacional. De esta forma, es en el marco de un conjunto más amplio de medidas, en el ámbito macroeconómico, que se inscriben las relativas a la previsión social, permitiendo así una política coherente en todos los sectores.

Es evidente que, a pesar de estos factores favorables, las reformas necesarias en el campo social exigirán un considerable esfuerzo y competencia por parte del gobierno y de las distintas ramas de la sociedad civil interesadas en el tema de la seguridad social.

La sociedad brasileña deberá someterse a un proceso de toma de conciencia y

cambio de mentalidad como condición necesaria para una reforma de la seguridad social. Para ello, es fundamental que quede en claro cuál es el límite de movilidad económica y financiera que habrá de respetarse, destruyendo el mito de un Estado benefactor y paternalista que financia todo sin restricciones. Por encima de todo, es preciso que quede claro quién paga así como quién recibe y cuánto recibe por concepto de beneficios y servicios, explicando los subsidios cruzados y los conflictos de intereses de los grupos afectados.

Por último, en el marco de las reformas, es fundamental una reformulación del mecanismo de incentivos, reglamentación y control del propio Estado. De hecho, el debate sobre la *privatización* de la previsión social carece totalmente de sentido. Por absurdo que parezca, una reforma de cuño absolutamente liberal como la propuesta no puede prescindir del fortalecimiento del propio Estado en cuanto a sus funciones fundamentales e indelegables. Lo que en realidad se propone es que, dejando de ser un proveedor ineficiente de toda clase de beneficios y servicios, su papel se concentre y fortalezca en las tareas de incentivación, reglamentación y control de una nueva seguridad social.

BIBLIOGRAFÍA

- BELTRÃO, K.I. y OLIVEIRA, F.E.B. 1988. *Uma Análise Comparativa de Alguns Resultados do Suplemento Previdência PNAD - 83 e Dados de DATAPREV. PNADS em Foco: Anos 1980*, ABEP.
- BEMFAM. 1987. *Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar*, 1986, BENFAM, IRD, diciembre.
- BERQUÓ, E. y MERRICK, T. 1983. *The Determinants of Brazil Recent Rapid Decline in Fertility*. Washington, D.C., National Academy Press, Committee on Population and Demography.
- CAMARANO, A.A., BELTRÃO, I.I. y NEUPERT, R. 1988. *Século XXI: A quantas andarás a população brasileira?* IPLAN/IPEA, noviembre.
- CARVALHO, J.A.M. de. 1980. *Evolução Demográfica Recente no Brasil, Pesquisa e Planejamento Econômico*, vol. 10 (2) 527-553, agosto.
- CARVALHO, J.A.M. y PINHEIRO, S. de M.G. 1982. *Fecundidade e Mortalidade no Brasil, 1970-1980*, CEDEPLAR/UFMG, Belo Horizonte, versión mimeografiada.
- CEDEPLAR. 1982. *Fecundidade e Mortalidade no Brasil, 1960-1970*, CEDEPLAR/UFMG. Belo Horizonte versión mimeografiada.
- CELADE/IBGE-Brasil. 1984. *Estimaciones y proyecciones de población, 1950-2025*, Fascículo I/Br. 1, julio.
- HOWARD, R.A. 1960. *Dynamic Programming and Markov Process*, Technology Presses.
- IPLAN/IPEA. 1987. *A Evolução da Estrutura de Produção Agropecuária: Algumas Notas Preliminares*, Brasília, DIT/PNUD/IPLAN/IPEA, mayo.
- LBA. *Relatório Geral, 1989 - 1988 - 1987*.
 ————. 1991. *Plano Diretor 1991-93*.
- LEITE, C.B. 1978. *A Proteção Social no Brasil*, segunda edición, São Paulo, LTR.
- LEITE, C.B. y VELLOSO, L.A.P. 1962. *Previdência Social*, Rio de Janeiro, Zahar ed.
- MARTINE G. 1986. *As Migrações de Ordem Rural numa Perspectiva Histórica: Algumas Notas*, Brasília, octubre.
- MOREIRA, R.B. 1991. *Modelo Multissetorial de Consistência*, TD-217, Rio de Janeiro, marzo.
- MULLER, C. 1987. *Censos Agropecuários*, Agroanalysis, junio.
- NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES/COMMITTEE ON POPULATION AND DEMOGRAPHY/PANEL ON BRAZIL. 1979. *Informe preliminar del panel sobre Brasil*, versión mimeografiada.
- OLIVEIRA, F.E.B. y AZEVEDO, M.E.E.M. 1983. *Previdência Social*, versión preliminar, IPEA/IPLAN, Rio de Janeiro, noviembre.
- OLIVEIRA, F.E.B. de; HENRIQUES, M.H.F. da T. y BELTRÃO, K.I. 1986. *Um modelo para*

- Projeção de Tendências a Médio Prazo da Previdência Social Brasileira*, Previdência em Dados, vol. 1, No. 2, 5-16. enero-marzo.
- OLIVEIRA, F.E.B. de; CABRAL, H.M.; BELTRÃO, K.I.; y BRITO, S.J. 1990. *Metodologia de Projeção de Gastos Previdenciários e Assistenciais*, ESEP n. 4, IPEA, Rio de Janeiro, marzo.
- OLIVEIRA, F.E.B. de y otros. 1985. *Tendências a Médio Prazo da Previdência Social Brasileira: Um Modelo de Simulação*, IPEA/INPES, textos para discusión interna, 73, enero.
- _____. 1992. *Cenários da Previdência Social e Reflexos para os Fundos de Pensão*, ABRAPP y EPGE/FGV.
- OLIVEIRA, L.A.P. y SILVA, N. 1986. *Tendências da fecundidade nos primeiros anos da década de 80*, ABEP, 'Anais do V Encontro Nacional de Estudos Populacionais', Águas de São Pedro, v. 1.
- OLIVEIRA, L.A.P. y SIMÕES, C.C. da S. 1988. *As Informações sobre Fecundidade, Mortalidade e Anticoncepção nas PNADs em Foco: Anos 1980*, ABEP.
- VALLIN, J. y MESLÉ, F.P. 1988. *Les cause de décès en France. 1925-1978*. Travaux et Documents, Cahiers 115 - INED-PUS.
- WONG, L.R. 1986. *A Diminuição dos Nascimentos e a Queda da Fecundidade no Brasil dos Anos 60s-80*, ABEP Anais do V Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Águas de São Pedro.

Anexo I

Resumen de los Beneficios del Instituto Nacional de Previsión Social

En este anexo se presentan los distintos tipos de beneficios pecuniarios de la previsión social brasileña que mantiene el Instituto Nacional de Previsión Social (INSS). Existen otros programas a cargo de otros organismos gubernamentales que también otorgan beneficios pecuniarios a la clase trabajadora, pero aquí no se les describe. Ellos son: el Seguro por Desempleo, el Fondo de Garantía de Tiempo de Servicio (FGTS), el Programa de Integración Social (PIS) y el Programa de Formación del Patrimonio del Funcionario Público (PASEP), éste último incorporado al PIS.

Seguidamente se ofrece una descripción sintética de cada beneficio. Para obtener mayor concisión se resolvió adoptar las siguientes convenciones: 1) después de cada beneficio figuran entre paréntesis las letras con estos significados: S - previsión social; A - asistencial; C - prestación continua; U - prestación única; y 2) RMC - (regla de mínimo de contribuciones) - *Para los inscriptos después del 24-7-91, mínimo de 180 contribuciones mensuales; para los inscriptos antes de esa fecha, entre 60 y 180 contribuciones mensuales, dependiendo de la fecha de entrada del requerimiento del beneficio.*

Abono anual (S, C) - clientela: asegurado y dependientes; valor del beneficio: renta mensual de diciembre o proporcional al tiempo de mantenimiento del beneficio.

Abono de permanencia en servicio (S, C) - clientela: asegurado con derecho a jubilación por tiempo de servicio que continúa trabajando; valor del beneficio: 25 por ciento del valor de la jubilación a la que tendría derecho.

Jubilación especial (S, C) - clientela: asegurado que haya trabajado en servicios declarados por ley como insalubres, penosos o peligrosos; valor del beneficio: 85 por ciento del salario de beneficio, más 1 por ciento de ese salario por cada 12 contribuciones mensuales, hasta un máximo del 100 por ciento.

Jubilación por edad avanzada (S, C) - clientela: asegurado; valor del beneficio: 70 por ciento del salario de beneficio, más 1 por ciento por cada 12 contribuciones mensuales, hasta un máximo del 30 por ciento.

Jubilación por invalidez (S, C) - clientela: asegurado; valor del beneficio: 80 por ciento del salario de beneficio más 1 por ciento por cada 12 contribuciones mensuales, hasta un máximo del 20 por ciento.

Jubilación por invalidez por accidente de trabajo (S, C) - clientela: asegurado, con excepción de los trabajadores domésticos; valor del beneficio: 100 por ciento del salario de contribución a la fecha del accidente o del salario de beneficio, si es más ventajoso; o 100 por ciento del auxilio por enfermedad causada por accidente, si éste, a raíz del ajuste, fuera superior al salario de contribución o al salario de beneficio.

Jubilación por tiempo de servicio (S, C) - clientela: asegurado; valor del beneficio: varones: 70 por ciento del salario de beneficio a los 30 años de servicios, más 6 por ciento por cada año completo por encima de los 30 años hasta un máximo del 100 por ciento; mujeres: 70 por ciento del salario de beneficio a los 25 años de servicio más 6 por ciento por cada año completo por sobre los 25 años hasta un

máximo del 100 por ciento.

Jubilación por tiempo de servicio para profesores (S, C) - clientela: profesor asegurado (algunas categorías) de cursos reconocidos por los órganos competentes; valor del beneficio: 100 por ciento del salario de beneficio.

Subsidio por accidente de trabajo (S, C) - clientela: asegurado, con excepción de los trabajadores domésticos; valor del beneficio: 30, 40, ó 60 por ciento del salario de contribución o del salario de beneficio, si es más ventajoso; ó 30, 40, ó 60 por ciento del valor del auxilio por enfermedad causada por accidente, si éste, a raíz del ajuste, fuera superior al salario de contribución o al salario de beneficio a la fecha del accidente.

Subsidio por enfermedad (S, C) - clientela: asegurado; valor del beneficio: 80 por ciento del salario de beneficio más 1 por ciento por cada 12 contribuciones mensuales, hasta un máximo del 92 por ciento del sueldo de beneficio.

Subsidio por enfermedad causada por accidente de trabajo (S, C) - clientela: asegurado, con excepción de los trabajadores domésticos; valor del beneficio: 92 por ciento del salario de contribución del asegurado, vigente a la fecha del accidente, o del salario de beneficio si es más ventajoso.

Subsidio por funeral (S, U) - clientela: asegurado. El seguro se abona a quien haya sufragado los costos de sepelio del asegurado; valor del beneficio: monto determinado por el Ministerio de Previsión Social.

Subsidio por nacimiento (S, U) - clientela: asegurado; valor del beneficio: monto determinado por el Ministerio de Previsión Social.

Subsidio por reclusión (S, C) - clientela: asegurado. El seguro se paga a los dependientes del asegurado; valor del beneficio: 80 por ciento del valor de la jubilación a que tendría derecho el asegurado a la fecha de la reclusión, más tantas fracciones del 10 por ciento de la misma jubilación cuantos sean sus dependientes, hasta un máximo de dos fracciones. El valor del beneficio no puede ser inferior a un salario mínimo.

Peculio (S, U) - clientela: asegurado; valor del beneficio: pago único del valor correspondiente a la suma de las importancias relativas a las contribuciones del asegurado, reajustadas de la misma forma que los depósitos de ahorro, con fecha de aniversario el día 1o.

Pensión por fallecimiento (S, C) - clientela: asegurado. El seguro se paga a sus dependientes; valor del beneficio: 80 por ciento de la jubilación que percibía el asegurado o a la que tenía derecho a la fecha del fallecimiento, más tantas fracciones del 10 por ciento del valor de esa jubilación cuantos sean sus dependientes, hasta un máximo de dos fracciones. El valor del beneficio no puede ser inferior a un salario mínimo.

Pensión por fallecimiento debido a accidente de trabajo (S, C) - clientela: asegurado. El seguro se paga a sus dependientes; valor del beneficio: 100 por ciento del salario de contribución o del salario de beneficio, si es más ventajoso, a la fecha del fallecimiento; ó 100 por ciento del valor del auxilio por enfermedad o de la jubilación por invalidez, cualquiera sea el número de dependientes.

Renta mensual vitalicia (A, C) - clientela: asegurado; valor del beneficio: un salario mínimo.

Salario familiar (S, C) - clientela: asegurado, con excepción de los trabajadores domésticos; valor del beneficio: tantos cuantos fueren los hijos o equiparados, menores de catorce años o inválidos, por un monto determinado por el Ministerio de Previsión Social y de acuerdo con el intervalo de remuneración mensual del

asegurado.

Salario por maternidad (S, C) - clientela: asegurada; valor del beneficio: para aseguradas empleadas domésticas: igual a su último salario de contribución. Para trabajadoras independientes: igual a la última remuneración equivalente a un mes de trabajo.

Anexo II

Módulos del Modelo de Proyecciones

El modelo de proyecciones consta de cinco módulos básicos descritos en este anexo, a saber: 1) módulo demográfico, 2) módulo de generación de contribuyentes al sistema de previsión, 3) módulo de simulación de la subpoblación de beneficiarios, 4) módulo de consistencia macroeconómica y 5) módulo de generación de ingresos y egresos.

1. *Módulo Demográfico*

Este módulo traza proyecciones demográficas por el método de los componentes, proyectando por separado para las zonas rurales y urbanas las tasas de mortalidad por sexo, edad y año civil, así como la fecundidad. Se supuso que para el futuro la emigración descendería a niveles similares a los de los años sesenta y setenta. Para el cómputo de la población económicamente activa se consideraron tasas específicas de actividad por sexo, edad y domicilio. Para la estimación de los contribuyentes se consideró la tasa de formalización, la fracción de empleados formalizados y la porción de contribuyentes individuales (autónomos, empleadores, empleados domésticos, etc.) de la Previsión Social. El año base de las proyecciones es 1980, el último con respecto al cual se dispone de información censal, por cuanto aún no se publicó el censo de 1991. Este módulo se describe en Oliveira y otros, 1985.

2. *Módulo de Generación de Contribuyentes*

Si bien aquí se presentan en varias secciones datos sobre el número de contribuyentes, la verdad es que la Previsión Social no dispone de esta información en forma precisa. A partir de la unificación de las cajas de los institutos, los registros individualizados de las contribuciones dieron paso al registro por empresas, control que luego se abandonó para dejar solamente el de los totales recaudados por las unidades de la federación.

Ante esta limitación, se estimó la población de contribuyentes para el año base (1980) combinando las informaciones de varias fuentes -RAIS, Censo Demográfico y algunas estimaciones obtenidas de la Secretaría de Planeamiento del IAPAS en cuanto al número total de autónomos, domésticos, etc. (sin discriminación por sexo). Un problema común a todos los listados fue la existencia de catastros con informaciones incompletas, principalmente ignorancia de sexos y edades. Este módulo se describe en Oliveira y otros, 1985.

3. *Módulo de Simulación de la Subpoblación de Beneficiarios*

Se tomaron en consideración tres grupos diferentes de beneficiarios: los admitidos hasta 1988 (fecha de promulgación de la Constitución), entre 1988 y 1992 (fecha del decreto que reglamentó las leyes complementarias) y los admitidos

después de esta fecha.

Para el primer grupo, que obtuvo una recomposición de sus beneficios conforme al número de salarios mínimos en la época de su concesión, se tomó un valor medio de los beneficios calculado año a año a partir de 1980 sobre la base de datos de DATAPREV. Este valor fue recompuesto en 1991 y en febrero de 1990 el límite inferior pasó de 0,915 del mínimo a un salario mínimo.

Los integrantes del segundo grupo, vale decir los asegurados cuyos beneficios fueron concedidos entre la fecha de promulgación de la Constitución y la de reglamentación de las leyes complementarias, en principio solo obtuvieron un aumento del límite inferior del beneficio a un mínimo a partir de 1990.

El tercer grupo, de los asegurados que perciben el beneficio a partir de 1992, gozaría de las ventajas dictadas por la Constitución y ya reglamentadas por medio de las leyes complementarias.

La metodología utilizada consistió en simular, año a año, las distribuciones por sexo y edades individuales de las poblaciones correspondientes a los beneficiarios del régimen general de Previsión Social, del programa del trabajador rural y del empleador rural. En otras palabras, para cada año civil del período comprendido entre 1981 y 2030 se trató de estimar cada una de las participaciones definidas para el año base, en términos de número de individuos y su composición por sexo y edad.

Adoptadas algunas hipótesis simplificadoras, una representación posible de este proceso es un modelo markoviano de primer orden, donde año a año la evolución de la población es acompañada por transiciones estocásticas de los individuos entre los diversos estados posibles. El estado de beneficiario es, en ambos casos, un subconjunto de estados que abarca los distintos tipos de beneficios considerados. Las transiciones de entrada al sistema y salida de él revisten interés particular, porque permiten contabilizar el número de beneficiarios cada año.

A cada transición posible se asocia una probabilidad, que en esta versión del modelo se supuso constante en el tiempo, excepto en los casos referidos a mortalidad, rentas mensuales vitalicias y cobertura.

Para el cálculo de las pensiones se utilizó, empero, otra metodología. A partir de la serie histórica se procedió a la proyección de los datos para el futuro. Si, en cambio, se hubiera utilizado el método de los componentes para generar el contingente de pensionistas, habría sido necesario un modelo lateral de estructura familiar para asignar dependientes a los beneficiarios fallecidos. Este modelo se halla en proceso de elaboración pero aún no fue incorporado. Este módulo se describe en Oliveira y otros, 1985.

4. *Módulo de Consistencia Macroeconómica*

Se trata de un modelo multisectorial de consistencia orientado a la planificación a largo plazo de la economía brasileña, que realiza proyecciones condicionadas a la hipótesis sobre la situación exterior y el comportamiento de los agentes económicos nacionales. Por ende, no considera los aspectos de corto plazo ni los que guardan relación con la dinámica de la trayectoria de crecimiento.

Las principales características de este modelo son: utiliza coeficientes estimados a partir de una matriz de contabilidad social para considerar la relación entre los sectores productivos y la participación de los agentes —familias, empresas privadas y públicas y el sector público— en el ingreso generado; considera que el ingreso se distribuye entre las familias de manera desigual y que puede repre-

sentarse esta desigualdad por una ley de probabilidades; considera que el consumo de los productos y la inversión en vivienda que realizan las familias son funciones de la renta que se estima utilizando una encuesta de presupuestos familiares; y considera que las inversiones —compuestas de forma diferenciada entre los sectores por los distintos productos— son determinadas de manera tal que en el año de la proyección se registre una utilización plena de la capacidad de producción en todos los sectores. Los principales resultados son el producto y las inversiones sectoriales, las cuentas nacionales, del sector público y la balanza de pagos, la tasa de cambio, el costo de la mano de obra, el empleo generado y la evolución del ingreso medio de los distintos sectores sociales. Este módulo se describe en Moreira, 1991.

5. *Módulo de Generación de Ingresos y Egresos*

Las proyecciones de ingresos y egresos del sistema de previsión social consideran lo dispuesto en el texto constitucional y en las leyes número 8212/91 y número 8213/91, que reglamentaron, respectivamente, la organización y financiamiento de la seguridad social y el plan de beneficios de la previsión social. Se incluyeron los gastos de las ramas de previsión social, salud y asistencia social. En Oliveira y otros, 1990, pueden encontrarse más explicaciones sobre las hipótesis adoptadas.

En cuanto a los egresos de la previsión social, el cálculo consideró dos subgrupos de cuentas: 1) egresos por concepto de beneficios, compuestos por los costos básicos, representativos de la porción de los gastos en beneficios según las reglas que regían antes de la Constitución de 1988 y los costos *adicionales* fruto de las innovaciones derivadas de esa constitución y las leyes reglamentarias de las disposiciones constitucionales; y 2) gastos por concepto de personal y administración, que comprenden los costos de personal por fiscalización, recaudación y administración económica y financiera del sistema.

En cuanto a los gastos por concepto de salud, cabe observar que la prestación de servicios médicos de cualquier clase se calculó, año a año, como una proporción del 30 por ciento del presupuesto total de la seguridad social, excluido el seguro por desempleo, según lo determinó la Constitución en sus disposiciones transitorias.

Con respecto a los ingresos, de acuerdo con lo dispuesto por la Constitución y la Ley de Financiamiento, se consideraron las siguientes hipótesis para proyectar las contribuciones a la seguridad social: 1) sobre la nómina de salarios de contribución; 2) sobre la facturación; 3) sobre las ganancias, y 4) sobre el resultado de la primera comercialización de la producción del productor rural, el pescador artesanal y el minero.

A falta de estimaciones mejores, el crecimiento de los ingresos se consideró igual al de la nómina de salarios de contribución.

El régimen de financiamiento, que sirve de base a las simulaciones, es el de repartición simple, sin el mantenimiento de una reserva para imprevistos. Por esta razón no se consideraron ni ingresos ni gastos financieros.

Como está previsto un presupuesto único para la seguridad social, la determinación del costo se calculó y presentó para su totalidad. Además de los ingresos propios del sistema, se consideraron los recursos del Tesoro. Estos fueron calculados para la atención total de los gastos por concepto de personal y administración empleados en la fiscalización y recaudación de aportes y en el pago de beneficios de previsión y asistencia.

SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL: LA EXPERIENCIA CHILENA

PATRICIO MUJICA RIVEROS

1.	INTRODUCCIÓN	113
2.	PROGRAMAS ASISTENCIALES	115
3.	EL SISTEMA DE SEGUROS DE SALUD	121
4.	EL SISTEMA DE PENSIONES	131
5.	RESUMEN Y CONCLUSIONES	140
	ANEXO 1 - CÁLCULO DE PENSIONES DE VEJEZ	145
1.	DETERMINACIÓN DEL PERFIL DE INGRESOS	145
2.	CÁLCULO DEL FONDO INDIVIDUAL DE PENSIONES	146
3.	CÁLCULO DE LA PENSION INDIVIDUAL	147
	ANEXO 2 - PENSIONES DE INVALIDEZ Y SOBREVIVENCIA	148
1.	METODOLOGÍA	148
2.	RESULTADOS	149

SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL: LA EXPERIENCIA CHILENA

PATRICIO MUJICA RIVEROS

1. Introducción

Hasta mediados de los años setenta, el sistema chileno de seguridad social se caracterizó por la creciente participación del Estado como proveedor y regulador de la oferta de servicios sociales. Este esquema entró en crisis como resultado de las deficiencias en la administración y del aumento generalizado de los beneficios sin una contrapartida de financiamiento definida.

La reforma del sistema se inició a comienzos de la década de 1980, transformando el sistema tradicional de reparto administrado por el Estado, en un sistema mixto tanto en términos de su administración (privada y pública) como en cuanto al criterio de determinación de los beneficios (capitalización individual y reparto). De esta forma se reemplazó el monopolio estatal de la provisión de prestaciones, por un sistema que promueve la acción de instituciones privadas y de organismos públicos descentralizados, desvinculados del gobierno central.

Esta experiencia ha generado un intenso debate y se ha convertido en una fuente de referencia obligada para el diseño y la puesta en práctica de las reformas de los sistemas de seguridad social en la región. En este capítulo se examina y se evalúa esta experiencia en un marco que permita distinguir las lecciones que surgen de cada uno de los programas que conforman el sistema de seguridad social en Chile.

En la segunda sección se describe la evolución reciente y el impacto redistributivo de los programas asistenciales. La conclusión principal es que la evaluación de la eficacia de los programas asistenciales requiere examinar conjuntamente tanto el nivel de gasto social asociado a estos programas como su distribución entre los distintos grupos de ingresos. En el caso chileno, el notable progreso en materia de focalización, que se llevó a cabo con posterioridad a la reforma, tuvo como contrapartida una significativa reducción de los recursos destinados a financiar los programas asistenciales. Lo anterior implica que el uso de indicadores parciales puede distorsionar la evaluación de la política social.

En la tercera sección se examina el sistema de seguros de salud. El desarrollo del sistema privado de salud ha contribuido a ampliar las alternativas de elección de los cotizantes y ha estimulado la competencia en la provisión de seguros de salud. Sin embargo, la distribución de los beneficios derivados de la privatización del sistema no ha sido equitativa y aún persisten algunos problemas de transparencia. Un problema adicional está asociado con la estructura de incentivos, que tiende a

excluir desde el principio a grupos específicos de la población. Los problemas del sistema de salud público por su parte, derivan principalmente de una inadecuada organización y gestión administrativa.

En la cuarta sección se describe el sistema de pensiones y sus resultados. A pesar de los avances logrados, la evidencia indica que la operación de un sistema de capitalización requiere un esfuerzo adicional en materia de regulación con el objeto de garantizar su transparencia y ampliar los beneficios hacia los trabajadores independientes. El informe concluye con una sección que resume las principales enseñanzas de la experiencia de reforma del sistema chileno de seguridad social. El diseño de los sistemas de seguridad social en América Latina se ha transformado en un elemento central en el debate actual acerca del papel del Estado en la promoción del desarrollo económico y social.

La crisis de financiamiento desencadenada a comienzos de los años ochenta pone de manifiesto la existencia de serios problemas de organización y funcionamiento en los sistemas de seguridad social de la mayor parte de la región. Como respuesta, algunos países adoptan reformas radicales en sus sistemas, y otros ponen en práctica planes de emergencia cuya orientación básica es la solución de los problemas de financiamiento e ineficiencia.

Desde esta perspectiva, el estudio de la experiencia chilena de reforma al sistema de seguridad social, tanto por la profundidad de los cambios introducidos como por la velocidad de su aplicación y su permanencia, proporciona algunas lecciones importantes para el diseño y puesta en marcha de las reformas de los sistemas de seguridad de la región.

El objetivo central de este trabajo es examinar y evaluar la reforma del sistema chileno de seguridad social, con el propósito de producir recomendaciones concretas para el diseño de los sistemas de seguridad social de la región. Los objetivos específicos de esta investigación están asociados con:

- la cuantificación de la cobertura de los diversos programas que forman la red de seguridad social en Chile;
- la medición del impacto redistributivo de los programas asistenciales;
- la medición de los subsidios cruzados dentro del sistema;
- la simulación de las pensiones y fondos previsionales en escenarios alternativos.

La revisión de la experiencia chilena debería proporcionar un marco de referencia para responder a algunos de los interrogantes que se indican a continuación.

- ¿Cuáles son los determinantes de la cobertura de los sistemas de seguridad social?
- ¿Cuáles son las restricciones que limitan la incorporación de los sectores informales a los diversos programas que forman el sistema de seguridad social?
- ¿Qué determina el impacto redistributivo de los programas asistenciales?
- ¿Cuál debería ser el papel del Estado en la provisión y la regulación de la oferta de servicios sociales?
- ¿Qué marco regulatorio debe establecerse para asegurar un sistema de seguridad social equitativo y eficiente?
- ¿Existe una compensación entre eficiencia y equidad en la organización de los sistemas de seguridad social?

El presente informe se organiza alrededor de los tres programas principales que forman el sistema chileno de seguridad social. En las secciones siguientes se

procede a describir y evaluar el funcionamiento de los programas asistenciales, el sistema de seguros de salud y el sistema previsional, respectivamente. Por último, se incluye una sección que resume las principales conclusiones del trabajo.

2. Programas Asistenciales

A continuación se presenta una descripción de la naturaleza de los programas asistenciales que existen actualmente, su evolución reciente y el impacto redistributivo que tienen sobre el nivel de ingreso de los hogares. Los programas asistenciales corresponden en general a transferencias monetarias que realiza el Estado a las personas como un complemento a los ingresos de los hogares de escasos recursos o de las personas que enfrentan una situación transitoria de ingreso insuficiente o un estado de necesidad específico.

Los principales programas asistenciales que comprende el sistema chileno de seguridad son los subsidios monetarios y los subsidios por incapacidad laboral. En lo que se refiere a los subsidios monetarios, una conclusión que sugiere la revisión de la evolución reciente de estos gastos es que la reducción observada a partir de la segunda mitad de los años ochenta refleja no sólo un proceso de ajuste automático inducido por la recuperación económica, sino además una política de reducción de los montos reales asociada con los programas asistenciales.

Los Subsidios Monetarios

Evolución

Actualmente, las transferencias monetarias del Estado se canalizan a las personas a través de cuatro programas sociales: el subsidio único familiar (SUF), las pensiones asistenciales (PASIS), las asignaciones familiares y los subsidios de cesantía.

El cuadro 4.1 resume la evolución de los subsidios monetarios para el período 1980-90. Puede apreciarse que después de un período de crecimiento que culmina en 1982, el gasto social asociado a las transferencias monetarias comienza a disminuir en forma sostenida a partir de 1985. La disminución acumulada de los subsidios monetarios en el período 1980-90 es de aproximadamente un 40 por ciento en términos reales.

El crecimiento de los subsidios monetarios hasta 1982 refleja la creación de diversos programas sociales destinados a atenuar el impacto sobre los ingresos, derivado de la reducción generalizada del nivel de actividad económica que caracteriza a este período. La reducción del gasto por concepto de subsidios monetarios, a su vez, coincide con la recuperación de la actividad económica iniciada a partir de 1985.

Sin embargo, con el propósito de determinar si la reducción del gasto por concepto de subsidios monetarios refleja exclusivamente un proceso de ajuste natural inducido por la recuperación de la actividad económica, o si adicionalmente, es el resultado de la reducción del valor real de los subsidios monetarios, el cuadro 4.2 presenta la evolución del valor real unitario de los subsidios monetarios en el período 1980-92. Puede observarse que el valor real de cada uno de los programas a través

Cuadro 4.1. Subsidios monetarios
(Millones de pesos de 1990)

<i>Año</i>	<i>Subsidio único familiar</i>	<i>Pensiones asistenciales</i>	<i>Asignación familiar</i>	<i>Subsidios de cesantía</i>	<i>Total subsídios monetarios</i>
1980	n.d.	13.775	94.520	15.859	124.154
1981	n.d.	18.262	96.114	17.344	131.720
1982	n.d.	22.977	93.880	29.333	146.190
1983	12.028	27.123	84.048	26.683	139.882
1984	18.232	34.872	73.175	15.050	141.330
1985	19.719	35.436	4.467	13.282	132.904
1986	15.505	35.188	53.809	8.373	112.876
1987	12.098	28.246	45.085	5.220	90.659
1988	11.165	31.600	40.231	4.045	87.041
1989	9.549	27.456	32.215	2.466	71.686
1990	9.952	29.265	31.174	1.697	72.088

(Porcentaje del PGB)

<i>Año</i>	<i>Subsidio único familiar</i>	<i>Pensiones asistenciales</i>	<i>Asignación familiar</i>	<i>Subsidios de cesantía</i>	<i>Total subsídios monetarios</i>
1980	n.d.	0,21	1,47	0,25	1,94
1981	n.d.	0,27	1,42	0,26	1,95
1982	n.d.	0,40	1,61	0,50	2,51
1983	0,21	0,47	1,28	0,46	2,42
1984	0,30	0,57	1,19	0,25	2,30
1985	0,31	0,56	1,02	0,21	2,11
1986	0,23	0,53	0,81	0,13	1,70
1987	0,17	0,40	0,64	0,07	1,29
1988	0,15	0,42	0,53	0,05	1,15
1989	0,12	0,33	0,39	0,03	0,86
1990	0,12	0,35	0,37	0,02	0,85

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

de los cuales se canalizan los subsidios monetarios del Estado, registra una reducción sistemática en el período 1980-89. Puede apreciarse además un cambio en esta tendencia a partir de 1990.

Cuadro 4.2. Evolución del valor real unitario de los subsidios monetarios
(Base 1981)

Año	Subsidio único familiar	Pensiones asistenciales	Asignaciones familiares
1981	100,0	100,0	100,0
1982	98,0	104,2	103,6
1983	79,0	96,0	85,5
1984	77,5	110,5	82,0
1985	73,4	86,7	71,3
1986	61,3	82,9	59,7
1987	62,8	75,3	49,9
1988	54,7	75,6	43,5
1989	46,8	56,1	37,1
1990	54,2	81,0	—
Tramo I			58,7
Tramo II			42,7
Tramo III			29,5
1991	56,9	87,0	—
Tramo I			60,0
Tramo II			48,2
Tramo III			24,2
1992	61,7	112,8	—
Tramo I			67,2
Tramo II			59,1
Tramo III			23,8

Fuente: MIDEPLAN, Superintendencia de Seguridad Social, INP.

Impacto Redistributivo

El cuadro 4.3 presenta la distribución de los subsidios monetarios por decil de ingreso autónomo per cápita para el año 1990, en base a la encuesta de caracterización socioeconómica (CASEN).

A pesar de que los subsidios monetarios tienden a concentrarse en los hogares de menores ingresos, su distribución no es siempre congruente con una asignación que canaliza la ayuda preferentemente a los grupos más necesitados. En efecto, los hogares ubicados en el primer decil reciben un porcentaje inferior al de los hogares pertenecientes al segundo decil. Esto podría estar indicando la existencia de filtraciones de los subsidios hacia sectores no prioritarios, lo que requeriría una modificación de los grupos receptores o un control más efectivo del proceso de asignación de los subsidios.

En el cuadro 4.4 se presenta la magnitud del impacto de los subsidios monetarios sobre el nivel de ingreso autónomo de los hogares para cada decil y se aprecia que el incremento del ingreso autónomo asociado a los subsidios disminuye

Cuadro 4.3. Distribución de los subsidios monetarios, 1990

Decil	Asignación familiar	Subsidio cesantía	Pensiones asistenciales	Subsidio único familiar	Total subsidios
1	6,3	50,6	30,3	28,7	14,7
2	15,3	6,5	15,2	21,9	15,8
3	13,4	10,6	14,6	16,4	13,9
4	12,3	17,6	7,6	12,8	11,8
5	11,2	3,2	10,4	7,1	10,3
6	10,0	4,4	9,0	6,5	9,2
7	9,2	3,3	5,3	2,5	7,5
8	8,4	1,0	4,7	2,2	6,7
9	7,2	1,3	1,8	1,0	5,3
10	6,7	1,0	1,1	0,6	4,8

Fuente: MIDEPLAN, encuesta CASEN, 1990.

Cuadro 4.4. Participación de los subsidios monetarios, 1990

Decil	Ingreso Autónomo	Asignación familiar	Subsidio cesantía	Pensiones asistenciales	Subsidio único familiar	Total subsidios
1	100,0	5,8	2,4	7,0	4,9	20,1
2	100,0	5,0	0,1	1,3	1,4	7,8
3	100,0	3,3	0,1	0,9	0,8	5,1
4	100,0	2,4	0,2	0,4	0,5	3,5
5	100,0	1,8	0,0	0,4	0,2	2,4
6	100,0	1,3	0,0	0,3	0,2	1,8
7	100,0	1,0	0,0	0,2	0,1	1,3
8	100,0	0,7	0,0	0,1	0,0	0,8
9	100,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,4
10	100,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2
Total	100,0	0,9	0,1	0,2	0,2	1,4

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta CASEN, 1990.

a medida que aumenta el nivel de ingreso de los hogares. Para los hogares ubicados en el primer decil, los subsidios monetarios incrementan el ingreso en un porcentaje equivalente a un 20 por ciento del ingreso autónomo. En contraste con esta cifra, el incremento para el decil superior es de apenas un 0,2 por ciento.

En síntesis, la evidencia indica que los programas asistenciales ejercen un significativo impacto sobre el poder adquisitivo de los hogares más pobres y que el efecto sobre los hogares de ingresos altos es insignificante. Sin embargo, la evidencia también señala que existen filtraciones en algunos programas, lo que sugiere que

existe margen para mejorar la eficacia distributiva de estos programas.

Los Subsidios por Incapacidad Laboral

El sistema chileno de seguridad social contempla diversos subsidios por incapacidad laboral canalizados a través de tres programas básicos.

- Subsidio por maternidad y cuidado del niño
- Subsidio por enfermedad y medicina curativa
- Subsidio por accidentes del trabajo

Estos subsidios, a diferencia de las transferencias descritas anteriormente, constituyen un derecho laboral y por lo tanto su valor depende del nivel de ingreso del beneficiario. A continuación, se presenta su evolución reciente y se evalúa el impacto distributivo que generan.

Evolución

El cuadro 4.5 resume la evolución de los subsidios por incapacidad laboral durante el período 1986-90. Puede observarse el significativo crecimiento de los subsidios en este período. En efecto, el crecimiento acumulado entre 1986 y 1990 es superior al 130 por ciento en términos reales. Sin embargo, este crecimiento no se distribuye en forma simétrica entre los distintos sistemas previsionales. Como se observa en el cuadro 4.6, el crecimiento de los subsidios por incapacidad laboral tiende a estar asociado al aumento de los subsidios que se canalizan a través del sistema privado de salud. En efecto, mientras algunos de los subsidios canalizados a través del sistema público aumentan ligeramente (subsidios por enfermedad) o se reducen en forma considerable (subsidios por maternidad), los subsidios canalizados a través de las ISAPRES aumentan significativamente en forma generalizada. Este fenómeno refleja la creciente importancia que están adquiriendo los sistemas de seguros privados, en el sistema de salud previsional chileno.

Impacto Redistributivo

A diferencia de la gran mayoría de los programas asistenciales que forman la red social del Estado, la distribución de los subsidios por incapacidad laboral entre los distintos grupos de la sociedad tiende a reflejar la distribución del ingreso vigente. El cuadro 4.7 muestra la distribución de los subsidios por maternidad, por quintiles de ingreso per cápita de los hogares. Al examinar su distribución puede apreciarse que un porcentaje mayoritario de dichos subsidios se concentran en los quintiles superiores. En efecto puede observarse que un porcentaje superior al 60 por ciento del valor total de los subsidios por maternidad se concentran en el quintil superior. Por otra parte, el porcentaje que va al primer quintil es sólo un 1,8 por ciento. Una situación similar ocurre con el resto de los subsidios por incapacidad laboral. Como se muestra en el cuadro 4.8, a medida que aumenta el ingreso de los hogares, aumenta la participación de éstos en el total de los subsidios recibidos.

Cuadro 4.5. Evolución de los subsidios por incapacidad laboral total del sistema salud (Porcentaje PGB)

Año	Licencia				Total subsidios salud
	Curativa	Maternidad	Enfermedad	Accidentes de trabajo	
1986	0,19	0,09	0,00	0,05	0,32
1987	0,22	0,11	0,00	0,06	0,39
1988	0,29	0,16	0,01	0,07	0,53
1989	0,32	0,10	0,01	0,08	0,50
1990	0,35	0,11	0,01	0,08	0,54

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta CASEN, 1990.

Cuadro 4.6. FONASA: evolución de los subsidios por incapacidad laboral (Miles de millones de pesos de 1990)

Año	Licencia			Total subsidios salud
	Curativa	Maternidad	Enfermedad	
1986	7.557	4.075	n.d.	11.632
1987	7.434	4.079	143	11.656
1988	9.176	7.521	206	16.903
1989	9.564	3.711	194	13.469
1990	9.426	2.868	188	12.482

ISAPRE: evolución de los subsidios por incapacidad laboral (Miles de millones de pesos de 1990)

Año	Licencia			Total subsidios salud
	Curativa	Maternidad	Enfermedad	
1986	4.903	1.736	64	6.703
1987	8.300	3.405	156	11.861
1988	12.691	4.729	252	17.672
1989	16.851	4.776	375	22.002
1990	19.826	6.166	511	26.503

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 4.7. Beneficios anuales netos del subsidio por maternidad, hogar y quintil de ingreso (Porcentaje)

<i>Quintil</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Acumulado</i>
1	1,80	1,80
2	4,94	6,74
3	11,06	17,80
4	19,69	37,49
5	62,51	100,00
Total	100,0	

Fuente: MIDEPLAN, encuesta CASEN, 1990; MINSAL.

Cuadro 4.8. Beneficios anuales netos de las prestaciones previsionales por hogar y quintil de ingresos (Porcentaje)

<i>Quintil</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Acumulado</i>
1	5,12	5,12
2	12,80	17,92
3	17,27	35,19
4	23,66	58,85
5	41,15	100,00
Total	100,00	

Fuente: MIDEPLAN, encuesta CASEN, 1990; MINSAL.

3. El Sistema de Seguros De Salud

En la primera parte de esta sección se describe la organización actual y la evolución reciente de los sistemas de seguros de salud. A continuación, se examina la cobertura del sistema actual. Por último, se analizan las principales características de equidad, eficiencia y financiamiento de los sistemas público y privado.

La Organización del Sistema de Salud

Las sucesivas reformas llevadas a cabo entre 1979 y 1985 transformaron radicalmente el sistema tradicional de salud e implicaron la entrada masiva de entidades privadas a la administración de los sistemas de seguros de salud. Actualmente, el sistema de salud chileno es de carácter mixto, con participación de entidades públicas y privadas.

Los principales seguros del sector salud son: i) el régimen de seguro de salud, financiado mediante un aporte obligatorio del trabajador del 7 por ciento de su remuneración y ii) el régimen de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, financiado mediante las cotizaciones de las empresas y por un aporte variable dependiendo del grado de riesgo de la actividad. Asimismo existen fuentes adicionales de financiamiento de los servicios de salud que están asociadas al pago que realizan los usuarios por las atenciones que reciben y al aporte fiscal, especialmente en el sistema público.

Todo trabajador dependiente, activo o pasivo, tiene la obligación legal de cotizar en algún sistema previsional de salud, ya sea público o privado. Los trabajadores independientes por su parte, pueden incorporarse a cualquiera de los sistemas en calidad de cotizantes voluntarios.

El Sistema Público

Los cotizantes del sistema público y sus cargas familiares disponen, en principio, de dos alternativas de atención de la salud.

- Modalidad institucional: atención directa en establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud y consultorios de administración delegada en los municipios.

- Modalidad libre elección: los usuarios escogen el profesional y el establecimiento dentro de los que se han inscrito en este sistema.

Las personas que reciben atención institucional se clasifican en cuatro grupos de acuerdo con su nivel de ingresos, lo que determina a su vez el porcentaje del valor de las prestaciones que debe ser pagado directamente por el usuario.

El financiamiento del sistema de salud público está constituido por los aportes de los usuarios y por un aporte fiscal. En este sentido, funciona como un sistema de reparto, ya que no existe una relación directa entre los aportes y los beneficios que el sistema provee a sus miembros.

El Sistema Privado

El sistema privado está constituido por empresas privadas proveedoras de seguros de salud destinados a financiar los gastos de atención médica de sus afiliados y dependientes.

La relación entre las ISAPRES y sus afiliados se establece a través de un contrato de salud, cuyo costo depende del riesgo del grupo familiar y de la calidad de los servicios asociados al plan. De acuerdo con la ley, en ningún caso los planes ofrecidos por las ISAPRES pueden ser inferiores en calidad y cobertura a los que entrega el sistema público. El costo de cada plan se financia con la cotización obligatoria más un pago adicional si la cotización legal no alcanza a cubrir el valor del plan.

El Acceso a los Sistemas Previsionales de Salud

Cobertura de los Sistemas Previsionales

El cuadro 4.9 compara la cobertura de los distintos sistemas de salud entre los años 1987 y 1990. En 1987, alrededor del 75 por ciento de la población se autocalificaba como beneficiaria del sistema público de salud. En 1990, este porcentaje se redujo al 69 por ciento. El sistema privado, por su parte, aumentó su participación entre 1987 y 1990, de un 8,7 a un 15,1 por ciento. Puede apreciarse también que una proporción significativa de personas no pertenecía a ningún sistema previsional de salud.

Perfil Socioeconómico de los Beneficiarios

A pesar del rápido crecimiento registrado por el sistema privado de salud en los últimos años, este crecimiento se ha distribuido en forma desigual entre los distintos sectores sociales. En general, el nivel de ingreso del grupo familiar constituye el principal elemento que distingue la afiliación a uno u otro sistema. Se estima que el ingreso promedio de un afiliado al sistema ISAPRE es aproximadamente cuatro veces mayor que el de un beneficiario del sistema público. Otra diferencia importante entre ambos sistemas está asociada a la estructura de edades de sus beneficiarios. En el cuadro 4.10 pueden apreciarse con mayor claridad las diferencias en el perfil socioeconómico y demográfico de los beneficiarios según el sistema de salud.

El Sistema Público

La evolución del sistema estatal de salud en Chile ha estado muy marcada por las profundas transformaciones estructurales ocurridas a partir de la segunda mitad de los años setenta y en particular, por la reforma del sistema previsional iniciada en 1981. La privatización del sistema previsional modificó drásticamente la estructura de financiamiento del sistema público de salud, la participación estatal en la provisión de servicios de salud y el perfil socioeconómico de sus beneficiarios.

Aspectos Financieros

La reducción del gasto fiscal en salud durante los años ochenta refleja la caída del gasto social durante este período y adicionalmente, los cambios en su composición. La política social del período dio preferencia al financiamiento de programas específicos dirigidos a compensar las pérdidas de ingresos por razones coyunturales, con el objeto de asegurar un nivel de consumo mínimo dentro del interior del grupo familiar. La contrapartida de este sesgo asistencial de la política social fue una reducción drástica del gasto social en el resto de los sectores sociales, incluido el gasto en salud.

La disminución del aporte fiscal en salud modificó drásticamente la estructura de financiamiento del sistema público de salud. La contrapartida de la reducción del

Cuadro 4.9. Cobertura de los sistemas previsionales de salud

Sistema	1987		1990	
	Beneficiarios	Porcentaje	Beneficiarios	Porcentaje
Público	9.159.022	74,6	8.809.374	68,8
ISAPRE	1.065.237	8,7	1.927.331	15,1
FFAA	350.575	2,9	318.917	2,5
Particulares	1.549.198	12,6	1.550.091	12,1
Otros	154.745	1,3	197.355	1,5
Total	12.278.777	100,0	12.803.068	100,0

Fuente: MIDEPLAN, encuestas CASEN, 1987 y CASEN 1990.

Cuadro 4.10. Beneficiarios según edad y quintil de ingreso
(En porcentaje)

Sistema público					
Quintil	Edad				Total
	0-5	6-14	15-59	60 y más	
1	40,5	42,0	26,4	13,7	29,5
2	29,8	27,7	26,1	17,8	25,9
3	16,6	16,1	22,4	24,4	20,8
4	9,0	9,7	16,1	24,8	15,1
5	4,1	4,6	8,9	19,4	8,7
Total	13,0	16,9	58,9	11,2	100,0
Sistema privado					
Quintil	Edad				Total
	0-5	6-14	15-59	60 y más	
1	4,8	5,5	3,6	2,9	4,0
2	10,5	10,9	7,0	2,8	8,0
3	13,6	16,9	14,7	8,3	14,7
4	27,4	26,5	26,2	18,6	26,1
5	43,6	40,2	48,5	67,4	47,1
Total	13,0	16,3	67,3	3,4	100,0

Fuente: MIDEPLAN, encuesta CASEN 1990.

aporte fiscal fue el aumento de la tasa de cotización, tal como puede verse en el cuadro 4.11. Mientras en 1980 el aporte fiscal era ligeramente inferior al 60 por ciento, a fines de 1991 se redujo al 37 por ciento. Por su parte, el porcentaje del gasto en salud financiado por las cotizaciones aumentó del 25 por ciento en 1980, al 45 por ciento en 1991.

Distribución de los Beneficiarios

El cuadro 4.12 presenta la distribución por quintiles de los beneficiarios del sistema público de salud en su modalidad institucional. Se observa que un porcentaje mayoritario de los beneficiarios pertenece a los grupos A y B, que son a su vez los que tienen derecho a atención gratuita en los establecimientos estatales de salud. Lo anterior explica, en gran medida, los problemas recurrentes de financiamiento que enfrenta el sistema público de salud y adicionalmente, constituye una fuente de subsidios cruzados dentro del sistema.

La existencia de grupos que no cotizan en un contexto de reducción del aporte fiscal ha ido configurando un sistema de reparto caracterizado por la existencia de transferencias netas desde los grupos de ingresos medios y altos hacia los grupos de ingresos bajos. El cuadro 4.13 ilustra la magnitud de las transferencias que se generan del sistema público. Puede apreciarse que mientras el número de afiliados pertenecientes al primer quintil representa aproximadamente un 28 por ciento, su aporte alcanza sólo al 5 por ciento del monto recaudado por concepto de cotizaciones. Esta situación contrasta con el aporte que realizan los afiliados ubicados en el quintil superior, que asciende al 35 por ciento del valor total de las cotizaciones a pesar de que numéricamente su participación es de solo un 8,8 por ciento.

Participación Estatal en la Provisión de Servicios de Salud

A pesar de la fuerte disminución de los recursos destinados al sistema público de salud, la provisión estatal de prestaciones de salud sigue representando un mayor porcentaje de la oferta global del sistema. Tal como se aprecia en el cuadro 4.14, la oferta estatal en todos los tipos de prestaciones de salud es sistemáticamente superior a la oferta del sistema privado.

La participación del sector público en la oferta de servicios de salud es particularmente importante en materia de atención hospitalaria. Al respecto las prestaciones por días de hospitalización corresponden al 81 por ciento de la oferta global y la atención de parto en hospitales públicos representa un 84 por ciento del total del sistema.

El Sistema Privado

El surgimiento del sistema privado de salud modificó radicalmente las características vinculadas al financiamiento de la salud, el proceso de asignación de recursos internos y la distribución de los beneficios que provee el sistema. A continuación se examina la evidencia de algunos de los aspectos vinculados con la eficiencia y la equidad del sistema y con el financiamiento de la salud.

Cuadro 4.11. Financiamiento del gasto público en salud
(Miles de millones de pesos de 1991)

<i>Año</i>	<i>Aporte fiscal</i>	<i>Cotizaciones</i>	<i>Otros</i>	<i>Total</i>
1980	118.291	68.501	25.087	211.880
1981	118.678	84.879	33.279	236.836
1982	114.086	78.282	59.133	251.501
1983	93.930	89.928	25.032	208.890
1984	89.134	94.912	18.884	202.929
1985	81.240	88.985	24.659	194.885
1986	75.438	96.987	21.905	194.329
1987	75.536	93.344	23.988	192.868
1988	83.255	106.561	28.783	218.599
1989	79.243	122.593	28.034	229.879
1990	90.173	121.829	17.163	229.165
1991	105.687	126.326	53.983	285.996

Fuente: Superintendencia de ISAPRES, departamento de estudios.

Cuadro 4.12. Distribución de afiliados al sistema público por quintiles
(En miles)

<i>Grupo</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
A	1.542.034	944.940	541.695	274.048	108.134
B	680.786	747.750	619.206	440.092	182.792
C	112.184	200.183	202.100	175.694	100.534
D	78.243	146.755	189.216	191.946	204.192
No sabe	163.559	226.814	265.992	238.509	169.295
Total	2.576.806	2.266.442	1.818.209	1.320.289	764.947

Fuente: MIDEPLAN, encuesta CASEN, 1990.

Cuadro 4.13. Distribución de afiliados y cotización del sistema público

<i>Quintil</i>	<i>Afiliado</i>		<i>Cotización</i>	
	<i>Porcentaje</i>	<i>Acumulado</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Acumulado</i>
1	28,1	28,1	5,0	5,0
2	26,1	54,2	13,5	18,5
3	21,3	75,5	20,3	38,8
4	15,6	91,1	25,6	64,4
5	8,8	100,0	35,6	100,0

Fuente: MIDEPLAN, encuesta CASEN 1990.

Cuadro 4.14. Oferta estatal de prestaciones de salud
(En miles)

<i>Prestaciones</i>	<i>Estatal</i>	<i>Otros</i>	<i>Porcentaje estatal</i>
Control de salud	1.961,4	703,7	73,6
Consulta general	1.336,0	618,9	68,3
Consulta especial y urgente	1.134,5	994,1	53,3
Total consultas	4.431,8	2.316,7	65,7
Exámenes de laboratorio	658,0	414,1	61,4
Exámenes de rayos	292,5	264,1	52,5
Intervención quirúrgica	54,5	37,9	59,0
Días hospitalización	1.376,0	324,8	80,9
Atención del parto:	37,9	7,2	84,1
- Normal	28,5	4,2	87,2
- Cesárea	9,4	3,0	76,1
Atención dental	1.457,2	4.465,9	24,6

Fuente: MIDEPLAN, encuesta CASEN 1990.

Aspectos Financieros

En el cuadro 3.15 se presenta la evolución financiera del sistema privado de salud. En el mismo se aprecia el crecimiento sostenido de los ingresos como consecuencia del aumento en el número de afiliados. Se observa también el crecimiento sistemático experimentado por los costos de explotación, que incluso superan el crecimiento de los ingresos. El aumento en los costos de explotación, a su vez, refleja en gran medida el crecimiento del costo unitario de las prestaciones médicas, como resultado de la introducción de técnicas y procedimientos más sofisticados de atención médica.

Desde esta perspectiva, uno de los principales desafíos que enfrenta el sistema privado de salud en Chile es el de absorber el aumento en el costo de explotación asociado al proceso de innovación tecnológica, sin un encarecimiento excesivo en el valor de los planes de salud. Esto requiere en el futuro un aumento en la eficiencia del sistema y eventualmente, una reducción en los márgenes de explotación por parte de las instituciones de salud previsual. La evolución reciente de los gastos de administración y ventas como proporción del ingreso de explotación, sugiere una mayor eficiencia del sistema. La tendencia a la baja en este indicador indica que todavía queda un margen para mejorar la eficiencia del sector por esta vía. Por otra parte, la rentabilidad sobre capital y reservas promedio del sistema, que en la actualidad alcanza a aproximadamente un 40 por ciento, e implica un amplio margen disponible para que las ISAPRES absorban un porcentaje del incremento de los costos de explotación del sistema.

En relación con el margen de utilidades con que operan las ISAPRES, un tema ampliamente debatido es el relacionado con la distribución de los excedentes de cotización generados dentro del sistema. El origen de estos excedentes está asociado a la obligatoriedad de cotizar el 7 por ciento de los ingresos imponibles para financiar la otorgamiento de las prestaciones de salud. La legislación actual obliga a los

Cuadro 4.15. Evolución financiera del sistema ISAPRE
(Miles de millones de pesos de 1990)

Año	Ingresos explotación (1)	Gastos explotación	Gastos administración y ventas (2)	(2)/(1)	Rentabilidad capital y reservas (Porcentaje)
1986	47.221,7	33.892,0	11.161,5	0,24	50,8
1987	59.437,4	48.217,6	14.389,3	0,24	22,6
1988	78.962,3	65.193,2	17.178,4	0,22	20,9
1989	110.035,0	84.436,9	20.316,4	0,19	39,2
1990	130.060,6	98.901,7	26.089,0	0,20	40,5

Fuente: Superintendencia de ISAPRES

afiliados a suscribir un contrato de salud que puede modificarse solamente después de un año. Lo anterior implica que los incrementos de ingreso producidos durante la vigencia del contrato generan un excedente de cotización que, dada la actual legislación, es apropiado por las ISAPRES.

Para eliminar la inequidad implícita en la distribución de los excedentes que ampara la actual legislación, se han planteado diversas alternativas que permitirían restituir los excedentes a los afiliados. Sin embargo, todas éstas implican un costo que puede ser no despreciable y que eventualmente podría traspasarse a los afiliados a través de aumentos en el precio de los planes de salud o de reducciones en la calidad de las prestaciones provistas. La conveniencia de implementar un sistema que garantice la restitución a los afiliados de sus excedentes de cotización dependerá del costo de administrar el sistema y del monto de los excedentes involucrados.

Subsidios Cruzados

El sistema privado de salud chileno se basa en la existencia de contratos individuales entre los afiliados y las ISAPRES. El valor de estos contratos debe reflejar, en principio, el nivel de las prestaciones que éstos proporcionan. Sin embargo, la evidencia sugiere que las políticas de fijación de precios adoptadas por las ISAPRES para cada tipo de cotizante no siempre reflejan necesariamente el costo técnico. La presencia de problemas de información para determinar el costo esperado para los distintos grupos de cotizantes, y la necesidad de simplificar el cálculo de los precios de los planes de salud, incentiva a las ISAPRES al establecimiento de políticas de precios que garanticen en promedio, aunque no necesariamente para cada tipo de cotizante, el equilibrio entre los aportes por concepto de cotizaciones y el costo de las prestaciones de salud.

Con el objeto de identificar el origen de los subsidios cruzados que se generan dentro del sistema de las ISAPRE y determinar los montos involucrados por este concepto, se procedió inicialmente a estimar para distintos grupos de cotizantes, el costo técnico asociado a las prestaciones médicas que el sistema les proporciona. Para estos efectos, se calculó inicialmente el gasto incurrido en prestaciones médicas

utilizando una muestra del sistema abierto de ISAPRES para el año 1990, diferenciando a los beneficiarios por sexo y edad. Por último, se definieron los subsidios cruzados para cada tipo de cotizante, como la diferencia entre el valor del plan según costo técnico y el valor efectivo según tarifado.

El cuadro 4.16 ilustra la magnitud de las transferencias por sexo y edad para los distintos tipos de cotizantes, suponiendo que las ISAPRES fijen sus tarifas de modo tal que el valor de las cotizaciones coincida en promedio con el costo técnico. Puede observarse que en forma consistente los jóvenes subsidian a las personas mayores para cada tipo de cotizante. Por otra parte, el cuadro indica que existe una transferencia neta desde los cotizantes hombres sin cónyuge hacia los cotizantes hombres casados y en menor medida hacia las mujeres sin cónyuge.

Financiamiento del Gasto en Salud en el Ciclo de Vida

Uno de los aspectos más debatidos del actual sistema chileno de salud son los problemas que plantea el financiamiento de la salud durante la etapa de afiliado pasivo. En este período, el encarecimiento de la atención médica originada por el envejecimiento coincide con la reducción en el nivel de ingreso disponible, lo que se traduce en un aumento significativo de la tasa de cotización. Lo anterior puede representar una fuente de presión financiera insostenible para el sistema público, si las personas afiliadas al sistema de las ISAPRES deciden pasarse al sistema público en el momento de jubilarse. El traslado de estos cotizantes provocaría no sólo un problema de financiamiento dentro del sistema público, sino que además podría afectar negativamente la estabilidad y la viabilidad del sistema privado de salud. Con el propósito de determinar la magnitud de las restricciones que enfrenta el financiamiento de la salud en la edad pasiva, se procedió a evaluar la formación de un fondo capitalizable individual destinado a financiar en la edad pasiva un plan de salud de similar cobertura y calidad que el de la edad activa.

A partir de la información sobre el gasto en salud por beneficiario, por sexo y edad y con la información muestral respecto del número de beneficiarios por cotizante, se estimó el gasto en salud del cotizante promedio.

Con el objeto de cuantificar las restricciones que enfrentan los distintos grupos de la población para financiar los planes de salud, se estimó formalmente una ecuación de ingreso en base a la información proporcionada por la encuesta CASEN 1990. Para determinar las necesidades de financiamiento durante la edad pasiva se comparó el valor de los planes según su costo técnico con el valor de las cotizaciones obligatorias. Las simulaciones se realizaron para un cotizante hombre con cónyuge, distinguiendo entre cotizantes con educación superior universitaria y cotizantes con educación media completa. Para cada tipo de cotizante, el ingreso imponible durante la edad pasiva se determinó de acuerdo con las normas vigentes para el cálculo de las pensiones, considerando una rentabilidad del 4,5 por ciento, un crecimiento de los salarios del 2,5 por ciento anual y una densidad de cotizaciones del 90 por ciento.

Para el cálculo de la cotización adicional requerida para financiar el gasto en salud en la edad pasiva, se supuso que el plan de salud durante la edad pasiva tenía una cobertura similar al del plan que financiaba el cotizante al momento de jubilarse. Con respecto a las características de los planes durante la edad activa, se consideraron dos alternativas.

*Cuadro 4.16. Subsidios cruzados
(Miles de pesos de 1990)*

<i>Edad</i>	<i>Hombres sin cónyuge</i>	<i>Hombre con cónyuge</i>	<i>Mujer sin cónyuge</i>	<i>Total</i>
21-25	64.386,8	24.187,7	18.299,9	106.874,4
26-30	77.981,4	-34.116,7	13.279,3	57.144,0
31-35	36.848,8	-28.791,9	-54.227,5	-46.170,7
36-40	23.801,2	1.034,0	-51.188,4	-26.353,2
41-45	11.198,2	12.632,3	-31.983,4	-8.152,8
46-50	4.246,2	3.382,2	-26.388,6	-18.760,2
51-55	-271,4	-1.950,4	-18.807,1	-21.028,8
56-60	-1.588,2	850,0	-9.415,0	-10.153,1
61-65	-4.337,1	3.299,8	-15.793,0	-16.830,7
66-70	-1.245,1	502,8	-2.852,3	-3.595,2
71-75	-2.075,6	-173,8	-5.834,5	-8.084,0
76-80	-744,1	-343,1	-1.419,7	-2.506,9
91-85	-430,5	-369,8	-1.582,5	-2.382,8
Total	207.770,7	-19.857,4	-187.913,3	

Fuente: Elaboración propia.

Alternativa 1: el valor del plan coincide con el valor de la cotización obligatoria (7 por ciento de la renta imponible)

Alternativa 2: el valor del plan es igual al costo técnico promedio del sistema

Los resultados de la simulación para cada tipo de cotizante son los siguientes:

	<i>Universitario</i>	<i>Media completa</i>
Alternativa 1	1,17	0,89 %
Alternativa 2	0,00	1,21 %

Los resultados indican que en el caso de la alternativa 1, la cotización adicional requerida para financiar en la edad pasiva un plan de cobertura similar al de la edad activa es mayor para las personas de ingresos altos (universitarios). Por otra parte, el financiamiento del plan promedio no requiere una cotización adicional para este grupo. Sin embargo, para las personas de ingresos bajos (educación media) el financiamiento del plan promedio del sistema requiere naturalmente un esfuerzo adicional de ahorro.

4. El Sistema De Pensiones

Descripción del Sistema

La reforma previsional de 1981 modificó drásticamente el sistema de pensiones. El nuevo sistema, igual que el antiguo, es de carácter obligatorio para todos los trabajadores dependientes y contempla pensiones de vejez, invalidez y sobrevivencia. A diferencia del sistema antiguo, se eliminan los fondos de desahucio y las indemnizaciones. Por otra parte, los trabajadores independientes pueden afiliarse al nuevo sistema en calidad de cotizantes voluntarios y en condiciones similares a las de los trabajadores dependientes.

En el nuevo sistema, las pensiones de vejez se financian con una cotización legal obligatoria equivalente a un 10 por ciento de la remuneración imponible. Estas cotizaciones ingresan a una cuenta individual, generándose de este modo un fondo de pensiones. La evolución del fondo a su vez depende del valor de las cotizaciones y de la rentabilidad que generen las inversiones realizadas por el fondo.

Las pensiones de invalidez y sobrevivencia, por su parte, operan a través de un seguro obligatorio financiado por el propio afiliado, mediante el cual las administradoras se hacen responsables de que se traspase a la cuenta individual un monto equivalente a la diferencia entre el saldo acumulado a la fecha del siniestro y el capital necesario para financiar la respectiva pensión.

Por último, el nuevo sistema establece una pensión mínima garantizada por el Estado para los hombres mayores de 65 años y para las mujeres mayores de 60 años que hayan cotizado durante un período no inferior a 20 años.

La administración del sistema es de responsabilidad exclusiva de entidades privadas, denominadas Administradoras de Fondos Previsionales (AFP). La principal responsabilidad de las AFP consiste en asegurar a los afiliados contra el riesgo financiero asociado a la invalidez y la sobrevivencia, y en invertir los aportes de sus afiliados. El nuevo régimen otorga en principio, una amplia libertad de elección a los afiliados en términos de poder escoger y cambiarse en cualquier momento de AFP, así como, al momento de jubilarse, poder optar entre las distintas modalidades de retiro existentes.

El papel del Estado en este esquema es fundamentalmente de supervisión y fiscalización, y a diferencia del sistema de salud, no compete con las instituciones privadas en la provisión de beneficios, salvo a través de la pensión mínima y de los programas asistenciales.

Evolución de Cotizantes y Cobertura del Sistema

El cuadro 4.17 presenta la evolución de afiliados y cotizantes del nuevo sistema, para el período 1981-91.

El número de afiliados ha aumentado en forma sostenida desde el inicio del nuevo sistema. Luego del traspaso masivo que tuvo lugar en los primeros meses de funcionamiento del nuevo sistema, el número de afiliados siguió aumentando hasta alcanzar a fines de 1991 un porcentaje cercano al 86 por ciento de la fuerza de trabajo. Sin embargo, al medir la cobertura del nuevo sistema en términos de los afiliados que efectivamente cotizan, ésta disminuye a un 52 por ciento de la fuerza laboral.

Cuadro 4.17. Evolución de la cobertura del sistema de AFP
(Miles de personas)

Año	Afiliados (1)	Cotizantes (2)	Fuente de trabajo	Porcentaje	
				(1)/(3)	(2)/(3)
1981	1.400	n.d.	3.594	39,0	—
1982	1.440	1.060	3.661	39,3	29,0
1983	1.620	1.230	3.768	43,0	32,6
1984	1.930	1.360	3.891	49,6	35,0
1985	2.284	1.558	4.019	56,8	38,8
1986	2.491	1.774	4.270	60,7	41,5
1987	2.890	2.023	4.354	66,4	46,5
1988	3.181	2.168	4.552	69,9	47,6
1989	3.471	2.268	4.675	74,2	48,5
1990	3.740	2.643	4.729	79,1	55,9
1991	4.109	2.487	4.797	85,7	51,8
1992(a)	4.281	2.546	4.840	84,9	52,6

Nota: (a) Corresponde a cifras de Junio de ese año.

Fuente: Boletín Estadístico, Superintendencia de AFP.

El porcentaje de afiliados que cotizan, que era de alrededor del 75 por ciento en 1981, disminuyó al 60 por ciento aproximadamente a fines de 1991. La explicación de este fenómeno radica en la forma en que se registran los cambios en la situación laboral de los trabajadores. Los trabajadores cesantes, y en general quienes se retiran de la fuerza de trabajo en forma voluntaria o porque se jubilan, siguen incorporados como afiliados pero no como cotizantes.

El Déficit Previsional

La reforma previsional tuvo un fuerte impacto sobre el presupuesto fiscal, como resultado de la decisión adoptada por las autoridades de reconocer las contribuciones pasadas de los trabajadores activos que se trasladaron al nuevo sistema y de mantener los pagos a los actuales beneficiarios del sistema antiguo.

El cuadro 4.18 resume y proyecta el déficit previsional. Puede observarse que durante el período 1981-90, el déficit creció aproximadamente cuatro veces. En general, el componente más importante del déficit previsional es el déficit operacional y su alta incidencia refleja la magnitud de la pérdida de ingresos del sistema antiguo como resultado del traspaso masivo de cotizantes al nuevo sistema. Se aprecia también la creciente importancia que han ido adquiriendo los desembolsos asociados al pago de los bonos de reconocimiento. Desde un valor inferior al 1 por ciento del déficit global en 1981, los bonos de reconocimiento representaban un porcentaje cercano al 15 por ciento a fines de 1991. La proyección del déficit previsional indica que éste continuaría creciendo hasta el año 2000, estabilizándose posteriormente en un porcentaje de alrededor de un 1 por ciento del PGB.

Cuadro 4.18. Déficit previsional
(Porcentaje PGB)

Año	Bonos de reconocimiento (1)	Déficit operacional (2)	Total (1)+(2)
1981	0,01	1,19	1,20
1982	0,08	3,12	3,20
1983	0,17	3,53	3,70
1984	0,20	3,70	3,90
1985	0,24	3,36	3,60
1986	0,32	3,38	3,70
1987	0,38	3,42	3,80
1988	0,36	3,04	3,40
1989	0,53	4,17	4,70
1990	0,63	4,13	4,76
1991	0,71	4,08	4,79
Proyecciones			
1992	0,54	4,04	4,58
1995	0,71	3,84	4,55
2000	0,95	3,18	4,13
2005	1,11	2,28	3,39
2010	0,94	1,47	2,41
2015	0,54	0,99	1,53
2020	0,17	0,00	0,17
2025	0,02	0,00	0,02
2030	0,00	0,00	0,00

Fuente: Ortúzar (1988), Arenas (1992) y Arrau (1992).

Pensiones

El cuadro 4.19 resume la evolución del monto promedio pagado por concepto de pensiones del sistema público y privado. El monto pagado por las AFP se incrementó en un 7 por ciento en el período 1981-90. Este crecimiento contrasta con la caída en el valor de las pensiones pagadas por el sistema público, que alcanzaba aproximadamente a un 8 por ciento.

Los cuadros 4.20 y 4.21 presentan los resultados de proyectar las pensiones del actual sistema en escenarios alternativos y para distintos tipos de cotizantes. Los resultados permiten llegar a las conclusiones que se indican a continuación. En primer lugar, se observa que independientemente del nivel inicial de ingreso, en el momento de jubilarse las personas experimentan una caída significativa en el nivel de sus ingresos. La reducción en el ingreso disponible puede alcanzar en algunos casos a cifras superiores al 50 por ciento. En segundo lugar, los resultados indican que el impacto redistributivo de las comisiones fijas no es despreciable. Las

*Cuadro 4.19. Evolución de las pensiones
(Miles de pesos de diciembre de 1990)*

<i>Año</i>	<i>Sistema público</i>	<i>Sistema privado</i>
1981	15,8	n.d.
1982	15,6	30,9
1983	15,1	29,9
1984	15,4	25,9
1985	13,9	25,5
1986	13,8	26,9
1987	13,6	27,7
1988	14,3	30,5
1989	14,5	32,9
1990	14,1	33,2
1991	n.d.	32,7

Fuente: Banco Central de Chile (1991).

pensiones, como porcentaje de la renta, están positivamente correlacionadas con el nivel de ingreso imponible. Por último, se observa que la reducción en el ingreso durante la edad pasiva es proporcionalmente mayor, en relación con el nivel de escolaridad de los individuos.

Fondos de Pensiones

En el cuadro 4.20 se resume la evolución de los fondos de pensiones. El crecimiento sin precedentes de los fondos de pensiones que administran las AFP se reflejó en el aumento del valor del fondo como porcentaje del PGB, de un 0,9 por ciento en 1981 a un 34,5 por ciento en 1991, y obedece a la interacción de diversos factores. En primer lugar, durante este período las AFP han pagado un número reducido de pensiones, debido al promedio de edad relativamente bajo de sus afiliados. En segundo lugar, la evolución de los fondos refleja la alta rentabilidad de las inversiones en el mercado bursátil. Por último, el crecimiento de los fondos a partir de 1989, refleja un aumento significativo en las remuneraciones imponibles como resultado del mayor dinamismo de la economía.

El cuadro 4.23 muestra la rentabilidad real anual del fondo de pensiones. La elevada rentabilidad del sistema, que para el período 1981-91 alcanzó un valor promedio del 14,4 por ciento anual, no refleja necesariamente una tendencia que pueda proyectarse fácilmente, y por cierto, no es representativa de los valores de equilibrio en estado de régimen. En particular, el elevado rendimiento asociado a las inversiones accionarias reflejó el proceso de ajuste de un mercado incipiente que quizá no sea fácilmente replicable en el tiempo.

El volumen acumulado en el fondo de pensiones ha alcanzado magnitudes importantes y está presionando fuertemente el precio de los activos actualmente elegibles. Esto requiere generar nuevas modalidades de inversión para los fondos previsionales con el objeto de reducir la presión sobre los activos que forman la

Cuadro 4.20. Proyección de pensiones
(Sin comisión fija)
(Pesos de 1990)

Rentabilidad real = 4,5% anual

Categoría educación

Superior universitario Superior no universitario Educación media

Ingreso imponible:			
Inicial	245.513	111.708	44.850
Al jubilarse (1)	789.984	298.331	221.431
Ingreso disponible:			
Inicial	213.596	97.186	39.020
Al jubilarse (2)	687.286	259.548	192.645
Pensión de vejez (3)	344.983	153.606	115.582
(3)/(1)	43,7%	51,5%	52,2%
(3)/(2)	50,2%	59,2%	60,0%

Rentabilidad real = 5,5% anual

Ingreso imponible:			
Inicial	245.513	111.708	44.850
Al jubilarse (1)	1.164.871	448.529	346.096
Ingreso disponible:			
Inicial	213.596	97.186	39.020
Al jubilarse (2)	1.013.438	390.220	301.104
Pensión de vejez (3)	557.549	253.023	197.910
(3)/(1)	47,9%	56,4%	57,2%
(3)/(2)	55,0%	64,8%	65,7%

cartera actual de las AFP, reducir el riesgo de los ahorros previsionales y mejorar la rentabilidad a largo plazo de estos recursos.

Los cuadros 4.24 y 4.25 presentan los resultados que surgen al proyectar la evolución del fondo de pensiones en los siguientes escenarios, en términos de la tasa de rentabilidad de los fondos y la velocidad de convergencia de la tasa de crecimiento de los afiliados a su valor a largo plazo. Las alternativas consideradas se resumen a continuación:

<i>Alternativa</i>	<i>Tasa de rentabilidad</i>	<i>Velocidad de ajuste</i>
1	4,5	40
2	4,5	50
3	5,5	40
4	5,5	50

Cuadro 4.21. Proyección de pensiones
(Comisión fija = \$550)
(Pesos de 1990)

<i>Rentabilidad real = 4,5% anual</i>			
<i>Categoría educación</i>			
	<i>Superior universitario</i>	<i>Superior no universitario</i>	<i>Educación media</i>
Ingreso imponible:			
Inicial	245.513	111.708	44.850
Al jubilarse (1)	789.984	298.331	221.431
Ingreso disponible:			
Inicial	214.824	97.744	39.244
Al jubilarse (2)	691.236	261.039	193.752
Pensión de vejez (3)			
(3)/(1)	43,2%	50,0%	49,8%
(3)/(2)	49,3%	57,2%	56,9%
<i>Rentabilidad real = 5,5% anual</i>			
Ingreso imponible:			
Inicial	245.513	111.708	44.850
Al jubilarse (1)	1.164.871	448.529	346.096
Ingreso disponible:			
Inicial	214.824	97.744	39.244
Al jubilarse (2)	1.019.262	392.463	302.834
Pensión de vejez (3)			
(3)/(1)	55,2%	246,824	190,066
(3)/(2)	47,4%	55,0%	54,9%
	54,2%	62,9%	62,8%

Cuadro 4.22. Evolución del fondo de pensiones

Año	Fondo de pensiones (Miles de millones de pesos)	Fondo de pensiones (% PGB)
1981	11.695	0,9
1982	44.495	3,6
1983	99.474	6,4
1984	159.576	8,4
1985	281.807	10,9
1986	433.377	13,4
1987	644.728	15,5
1988	885.875	16,4
1989	1.329.268	19,6
1990	2.244.481	26,5
1991	3.769.243	34,5

Fuente: Boletín Estadístico SAFF.

Cuadro 4.23. Rentabilidad real anual del fondo de pensiones
(Deflectada por el índice de precios al consumidor)

Año	Rentabilidad (%)
1981	12,7
1982	26,5
1983	22,7
1984	2,9
1985	13,4
1986	12,0
1987	6,4
1988	4,8
1989	6,7
1990	17,7
1991	28,6
Promedio acumulado	14,4

Fuente: Boletín Estadístico SAFF.

Las proyecciones a largo plazo del fondo de pensiones sugieren que independientemente del escenario considerado, el fondo seguirá creciendo a tasas relativamente altas pero con una tendencia decreciente. Por otra parte, la proyección del modelo indica que los fondos previsionales llegarán a representar en el año 2000 un porcentaje cercano al 50 por ciento del PGB y que este porcentaje continuará creciendo hasta el año 2010.

Cuadro 4.24. Proyecciones de los fondos de pensiones
(Tasa de crecimiento)

Año	Alternativas			
	1	2	3	4
1992				
1993	12,33	12,33	12,33	12,33
1994	14,14	14,11	14,14	14,11
1995	12,60	12,56	12,60	12,56
1996	10,55	10,49	11,64	11,58
1997	10,14	10,07	11,23	11,16
1998	9,75	9,67	10,82	10,74
1999	9,36	9,27	10,43	10,35
2000	8,99	8,90	10,06	9,97
2001	8,64	8,55	9,70	9,61
2002	8,31	8,21	9,37	9,27
2003	7,99	7,89	9,05	8,95
2004	7,69	7,59	8,74	8,64
2005	7,33	7,23	8,38	8,28
2006	7,00	6,90	8,04	7,94
2007	6,69	6,59	7,73	7,62
2008	6,40	6,30	7,44	7,33
2009	6,13	6,03	7,17	7,06
2010	5,88	5,77	6,91	6,80
2011	5,65	5,54	6,68	6,57
2012	5,43	5,32	6,46	6,35
2013	5,80	5,69	6,85	6,74
2014	5,61	5,50	6,65	6,54
2015	5,36	5,26	6,39	6,28
2016	5,20	5,10	6,22	6,12
2017	5,05	4,95	6,07	5,97
2018	4,13	4,02	5,13	5,01
2019	4,84	4,75	5,87	5,77
2020	4,72	4,63	5,74	5,65
2021	4,61	4,52	5,63	5,54
2022	4,52	4,43	5,53	5,45
2023	4,43	4,35	5,45	5,37
2024	4,37	4,29	5,38	5,30
2025	4,23	4,16	5,23	5,17
2026	4,11	4,065	5,11	5,05
2027	4,00	3,95	5,00	4,94
2028	3,91	3,86	4,90	4,85
2029	3,82	3,78	4,82	4,78
2030	3,75	3,72	4,75	4,71
2031	3,69	3,66	4,69	4,66

Fuente: Elaboración propia.

**Cuadro 4.25. Proyecciones de los fondos de pensiones
(Porcentaje del PGB)**

Año	Alternativas			
	1	2	3	4
1991	34,36	34,46	35,46	34,46
1992	35,28	35,28	35,28	35,28
1993	37,63	37,63	37,63	37,63
1994	39,79	39,77	39,79	39,77
1995	41,50	41,45	41,91	41,86
1996	43,12	43,05	43,98	43,90
1997	44,65	44,54	45,98	45,86
1998	46,06	45,91	47,90	47,74
1999	47,36	47,17	49,73	49,53
2000	48,54	48,30	51,47	51,22
2001	49,60	49,31	53,11	52,80
2002	50,53	50,19	54,63	54,27
2003	51,33	50,95	56,04	55,62
2004	51,98	51,54	57,30	56,81
2005	52,47	51,97	58,40	57,85
2006	52,81	52,26	59,35	58,74
2007	53,01	52,41	60,16	59,48
2008	53,08	52,42	60,82	60,07
2009	53,02	52,31	61,35	60,53
2010	52,84	52,08	61,74	60,85
2011	52,56	51,75	62,01	61,05
2012	52,46	51,60	62,50	61,48
2013	52,26	51,36	62,88	61,79
2014	51,95	51,00	63,12	61,96
2015	51,55	50,56	63,25	62,03
2016	51,09	50,06	63,29	62,01
2017	50,19	49,12	62,77	61,43
2018	49,64	48,54	62,69	61,30
2019	49,04	47,91	62,54	61,09
2020	48,40	47,25	62,32	60,83
2021	47,72	46,55	62,04	60,51
2022	47,02	45,82	61,72	60,15
2023	46,29	45,09	61,36	59,76
2024	45,52	44,31	60,91	59,28
2025	44,71	43,49	60,40	58,75
2026	43,86	42,65	59,83	58,17
2027	43,00	41,79	59,21	57,54
2028	41,11	40,91	58,55	56,87
2029	41,22	40,03	57,86	56,18
2030	40,32	39,15	57,14	55,47

Fuente: Elaboración propia.

5. Resumen y Conclusiones

Los Programas Asistenciales

La evolución de los programas asistenciales y su distribución en los hogares con posterioridad a la reforma del sistema de seguridad social, refleja en gran medida los cambios en el marco institucional que regula la política social a partir de la segunda mitad de los años setenta. Estas reformas implican una redefinición del papel del Estado en materia de política social. El tradicional monopolio que éste tenía en la provisión de servicios sociales fue reemplazado por un sistema que enfatiza la necesidad de complementar la acción del Estado con una participación más activa de las entidades privadas. En este esquema la acción del Estado se concentra en los segmentos más pobres de la población.

La redefinición del papel del Estado en el ámbito de la seguridad social se reflejó en un notable progreso en el grado de focalización de los programas asistenciales. Sin embargo, la contrapartida de esta reorientación fue la reducción de los recursos destinados a financiar los programas asistenciales. La experiencia chilena de reforma del sistema de seguridad social sugiere en este sentido que el intento de traspasar un amplio conjunto de actividades sociales al sector privado puede provocar una significativa reducción del gasto social agregado. Por lo tanto, la evaluación de la eficacia distributiva de los programas asistenciales requiere un examen de su nivel y de su grado de focalización.

El Sistema de Seguros de Salud

A pesar de los progresos alcanzados en la mayoría de los indicadores tradicionalmente utilizados para medir el estado de salud de la población, persisten serias deficiencias en la atención de la salud que afectan tanto al sistema público como al privado. Los problemas del sistema público de salud derivan de una prolongada restricción financiera como resultado de la reforma del sistema de seguridad social y de una inadecuada organización y gestión administrativa. Los problemas del sistema privado de salud, por su parte, radican básicamente en su falta de transparencia, en la tendencia a sobreutilizar los servicios de salud, en ineficiencias en la asignación temporal de los recursos y en una estructura de incentivos, que tiende a excluir desde un principio a grupos específicos de la población. Un problema adicional, que afecta al sistema de salud en su conjunto, es el de la equidad en la distribución de los beneficios.

Sistema de Salud Pública

El fuerte deterioro de la infraestructura, la falta de recursos para gastos operacionales y una estructura de incentivos que no estimula una eficiente gestión administrativa, representan los principales problemas que encara el sistema de salud pública.

El principal desafío que enfrenta el sistema de salud pública está asociado al desarrollo de un modelo de gestión descentralizado y flexible que le permita adecuarse a las nuevas necesidades que se han originado a raíz del cambio en el

perfil epidemiológico de la población y del surgimiento de un sistema privado muy competitivo.

La administración actual de FONASA no permite un manejo flexible de la oferta de planes de salud, lo que impide adecuar los beneficios del sistema a los aportes de sus afiliados. Esto se ha traducido en un importante traspaso hacia el sistema privado de las personas que pueden financiar los planes que ofrecen las ISAPRES. Por otra parte, la falta de flexibilidad de los planes de salud tiene como contrapartida la existencia de subsidios cruzados desde los grupos de ingresos medios y medios bajos, hacia los grupos de ingresos bajos. Las personas que permanecen en el sistema público de salud y que tienen ingresos superiores al promedio de este sector, se ven forzadas a financiar a los grupos más pobres. La capacidad para evitar este "impuesto", está directamente correlacionada con el nivel de ingreso de las personas. Los grupos de ingresos altos en general están aplicados al sistema privado y por lo tanto se liberan de esta obligación.

Sistema Privado de Salud

El desarrollo del sistema privado de salud ha contribuido en gran medida a ampliar la libertad de elección de los cotizantes y a estimular la competencia en la provisión de seguros de salud. Sin embargo, la distribución de los beneficios y costos derivados de la privatización del sistema de salud no ha sido equitativa. Además, persisten algunos problemas en relación con el funcionamiento de un sistema de seguros privado.

En primer lugar, la privatización de una parte importante del sistema de salud contribuyó a acentuar la regresividad del sistema de salud en su conjunto. El traslado masivo de cotizantes de ingresos altos al sistema privado ha reducido significativamente los recursos disponibles del sistema público para redistribuir los beneficios del sistema hacia los grupos de bajos ingresos. A pesar de lo anterior, no resulta claro que la redistribución de ingresos sea la alternativa más eficiente. Probablemente, el mensaje que surge de la experiencia de privatización del sistema de salud en Chile, es que este proceso requiere un esfuerzo adicional en materia de gasto fiscal si se desea compensar a los grupos de ingresos bajos que son precisamente los más afectados por estas reformas.

Un segundo tipo de problemas asociado al funcionamiento de los sistemas privados de salud, se relaciona con la discriminación que realizan las ISAPRES con las personas mayores y los enfermos crónicos. En ambos casos, el problema radica en una medida importante, en la transición desde un sistema público a un sistema privado. Cuando los cotizantes se encontraban en el sistema público recibían un nivel adecuado de atención de salud y a un costo razonable. Posteriormente, con el desarrollo del sistema privado se ha deteriorado la situación de los beneficiarios del sistema público, estimulando el cambio de sistema para aquellos que pueden hacerlo. Sin embargo, en el caso de las personas de edad y en los enfermos crónicos, las ISAPRES no han admitido a estos grupos por los altos costos que demanda la atención de la salud. Nuevamente, el problema radica en la ausencia de mecanismos explícitos que permitan financiar la atención de salud de estos grupos. El problema no se origina en la existencia de sistemas privados de salud, sino en las dificultades para diseñar sistemas explícitos de transferencia dirigidos a grupos específicos de la población.

Por otra parte, la experiencia acumulada después de una década de funciona-

miento del nuevo sistema, sugiere la existencia de problemas de información y transparencia dentro del sistema privado de salud. La variedad de planes de salud y la distribución asimétrica de la información entre los usuarios y las entidades de salud, pueden alterar la elección de los planes de salud generando una demanda inducida y la sobreutilización de los seguros de salud.

El Sistema de Pensiones

Después de una década de experiencia, es posible extraer algunas enseñanzas de interés acerca del funcionamiento de los sistemas privados de pensiones y de los problemas que plantea la transición desde un sistema de reparto a un sistema de capitalización individual.

La reforma del sistema previsional ha contribuido a racionalizar el sistema de pensiones, a uniformar los requisitos para acceder a las prestaciones que otorga y para determinar sus respectivos montos. Por otra parte, el nuevo sistema ha liberado al Estado de una serie de funciones vinculadas con la provisión de prestaciones, permitiéndole de esta forma mejorar la focalización de los programas asistenciales. Una contribución adicional del nuevo sistema se relaciona con el aporte que las AFP han realizado al proceso de profundización financiera. El crecimiento de los fondos de pensiones previsionales ha originado una fuerte demanda de instrumentos de inversión y es uno de los principales factores que explican el espectacular desarrollo del mercado de capitales en general y del mercado accionario en particular.

Desde otra perspectiva, el examen de la experiencia chilena sugiere que un elemento fundamental para determinar las características de la transición posterior a la reforma, se relaciona con la magnitud del bono de reconocimiento y los mecanismos utilizados para su financiamiento. Por una parte, el valor del bono de reconocimiento determina el monto del déficit previsional que el Estado debe financiar y de este modo determina la magnitud de la restricción que enfrenta la política fiscal. Por otra parte, el impacto de la reforma sobre el ahorro y la inversión depende fundamentalmente de los mecanismos de financiamiento utilizados. En general, una política de financiamiento de carácter neutral provocará un aumento de la deuda pública. Sin embargo, esta emisión de deuda pública no necesariamente reduce la inversión privada, ya que solamente refleja un traspaso entre una deuda contingente que no se registra y una deuda que sí se registra.

A pesar de los adelantos logrados en materia de organización y funcionamiento del sistema previsional chileno, la experiencia sugiere que la operación de un sistema privado requiere un esfuerzo adicional por parte del Estado en materia de regulación, con el objeto de garantizar la transparencia del sistema, adecuar la rentabilidad de los fondos previsionales y ampliar los beneficios del sistema hacia los trabajadores independientes. En este sentido, los principales desafíos que enfrenta el nuevo sistema de pensiones son básicamente tres: ampliar la cobertura, aumentar la transparencia del sistema y ampliar las oportunidades de inversión de los fondos de pensiones.

Cobertura del Sistema

Uno de los principales retos que enfrenta el actual sistema es el de ampliar su cobertura efectiva. Sin embargo, es necesario hacer una distinción entre la cobertura

individual asociada a la variedad de prestaciones que proporciona el sistema y la cobertura poblacional asociada al porcentaje de la fuerza de trabajo incorporada al sistema.

En la práctica, estas dos formas de cobertura no son independientes entre sí y probablemente en algunas ocasiones la ampliación de una reduzca la otra. En el caso chileno, la ampliación de la cobertura está muy restringida por la forma en que se estructura la oferta de prestaciones sociales que otorga el sistema. Actualmente, las prestaciones están estructuradas en la forma de paquetes cuyo financiamiento afecta desfavorablemente el presupuesto de los trabajadores de ingresos bajos. Una forma de ampliar la cobertura sería permitiendo a los trabajadores que adecúen el tamaño del paquete de acuerdo con sus preferencias y con las restricciones que enfrenten. Naturalmente, esto puede provocar algunos problemas de selección adversa que deben ser considerados y evaluados. La afiliación en grupos puede constituir una forma eficiente de compatibilizar la ampliación de la cobertura con la reducción de los riesgos asociados al problema de la selección adversa.

Transparencia del Sistema

La experiencia chilena indica que la transparencia del sistema puede afectarse si no existen regulaciones que garanticen la entrega de información a los afiliados en forma adecuada y oportuna. La falta de difusión de indicadores objetivos de rentabilidad de los fondos y la arbitrariedad en la entrega de información acerca de los resultados históricos han contribuido a deteriorar la transparencia y la competitividad del sistema. Esto puede crear un problema de incentivos distorsionados que afecte la rentabilidad a largo plazo de los fondos de pensiones.

La Regulación de las Inversiones de las Afp

El espectacular crecimiento registrado por los fondos previsionales en los últimos años requiere la creación de un marco normativo suficientemente flexible que reconozca la gran demanda de instrumentos de inversión que existe actualmente, e incentive la eficiencia en el proceso de intermediación de fondos.

La tasa de crecimiento de los recursos disponibles para invertir ha sido sustancialmente superior al ritmo de crecimiento de la oferta de activos financieros autorizados, lo que ha provocado un aumento en el precio de estos activos, con la consiguiente reducción en la rentabilidad de los fondos. El mantenimiento de rentabilidades adecuadas en el largo plazo requiere estimular la innovación financiera y la diversificación, y por lo tanto es necesario adecuar la legislación para evitar los problemas de concentración de la cartera de inversiones de los fondos, que ya comienzan a insinuarse.

BIBLIOGRAFÍA

- ARELLANO, J.P. 1989. *La seguridad social en Chile en los años 90*. Estudios CIEPLAN N° 27.
- . 1990. *El desafío de la seguridad social: el caso chileno*. Documentos de Trabajo N° 340, PREALC.
- ARRAU, P. 1991. *La reforma previsional chilena y su financiamiento durante la transición*. Colección Estudios CIEPLAN N° 32.

- BANCO CENTRAL DE CHILE. 1989. *Indicadores económicos y sociales 1960-88*.
_____. 1991. *Indicadores económicos y sociales regionales 1980-89*.
_____. *Boletín mensual del Banco Central de Chile*, varios ejemplares.
- BEYER, H. y BORDALÍ J. 1989. *Fortalecimiento del sector privado: una alternativa para la salud*. Centro de Estudios Públicos, N° 34.
- CASTANEDA, T. 1984. *El sistema de salud chileno: organización, funcionamiento y financiamiento*. Boletín de la Organización Panamericana de la Salud, Vol. 6.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. 1990. "Una estimación de la magnitud de la pobreza en Chile, 1987". Versión mimeografiada.
- CHEYRE, H. 1988. *La previsión en Chile ayer y hoy: impacto de una reforma*. Santiago, Chile: Centro de Estudios Públicos.
- HAINDL, E., E. BUDINICH e IRARRÁZAVAL, I. 1989. *Gasto social efectivo: un instrumento que asegura la superación definitiva de la pobreza crítica*. ODEPLAN - Universidad de Chile.
- IGLESIAS, A. y ACUÑA, R. 1991. *Chile: Experiencia con un régimen de capitalización 1981-91*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- MESA-LAGO, C. 1990. *La seguridad social y el sector informal*. Serie Investigaciones sobre Empleo, PREALC.
- ODEPLAN. *Informe social*. varios años.

Anexo 1

Cálculo de Pensiones de Vejez

El cálculo de las pensiones de vejez se realizó en tres etapas:

- determinación del perfil longitudinal de ingreso;
- determinación del fondo acumulado individual;
- determinación de las pensiones individuales, de acuerdo con las normas

vigentes.

1. Determinación del Perfil de Ingresos

El perfil de ingresos se calculó utilizando los resultados de la encuesta de caracterización socioeconómica (CASEN), realizada por MIDEPLAN en 1990.

El modelo estimado es consistente con la teoría del capital humano y supone que los ingresos se incrementan durante el ciclo de vida a través de la experiencia y la inversión en educación que realizan las personas. Formalmente, se procedió a estimar la siguiente ecuación:

$$W = \alpha_0 + \alpha_1 * S + \alpha_2 * S(2) + \alpha_3 * E + \alpha_4 * Z1 + \alpha_5 * Z2 + \alpha_6 * D1 + \alpha_7 * D2 + \alpha_8 * D3 + \alpha_9 * D4 + \alpha_{10} * (D1 * S) + \alpha_{11} * (D2 * S) + \alpha_{12} * (D3 * S) + \alpha_{13} * (D4 * S) + \alpha_{14} * (D1 * S^2) + \alpha_{15} * (D2 * S^2) + \alpha_{16} * (D3 * S^2) + \alpha_{17} * (D4 * S^2)$$

donde las variables se definen en los siguientes términos:

- W = logaritmo natural del ingreso
 S = experiencia = edad - educación - 6.
 S(2) = experiencia al cuadrado.
 E = años aprobados de educación formal.

Además se recurrió al uso de las siguientes variables ficticias:

- Z1 = 1 si es casado,
 0 si no es casado
 Z2 = 1 si es urbano,
 0 si es rural
 D1 = 1 si tiene título universitario,
 0 si no tiene
 D2 = 1 si tiene educación superior no universitaria,
 0 si no tiene
 D3 = 1 si tiene educación técnicoprofesional o enseñanza media
 técnicoprofesional completa,
 0 si no tiene
 D4 = 1 si tiene licencia de educación media,
 0 si no tiene

A continuación se presentan los resultados de la estimación de la ecuación de ingresos:

Cuadro 4.26. Resultados de la ecuación de salarios

Variables	Hombres		Mujeres	
	Parámetros	Test T	Parámetros	Test T
Intercepción	9,4242	305,12	9,3556	184,72
Experiencia	0,0266	13,32	0,0187	5,61
Experiencia	-0,0002	-8,28	-0,0002	-3,23
Educación	0,0868	41,72	0,0872	29,24
Estado civil	0,1781	13,73	0,0765	4,42
Zona	0,1338	10,42	0,0640	2,84
D1	1,1114	7,29	0,7452	2,67
D2	0,4977	4,03	0,1786	1,89
D3	-0,0153	-0,23	-0,0911	-1,32
D4	-0,0673	1,71	-0,1204	-1,30
D1* Experiencia	0,0030	-0,17	0,0330	0,83
D2* Experiencia	-0,0151	-1,05	-0,0079	-0,69
D3* Experiencia	0,0209	2,42	0,0231	2,17
D4* Experiencia	0,0166	3,57	0,0095	1,43
D1* Experiencia	0,0000	-0,39	-0,0007	-0,57
D2* Experiencia 2	-0,0001	-0,04	0,0003	0,99
D3* Experiencia 2	-0,0004	-2,11	-0,0005	-1,88
D4* Experiencia 2	-0,0004	-3,71	-0,0001	-0,65

La ecuación de ingresos nos permite estimar el perfil de salarios de un individuo representativo con distintos niveles de educación. Como estos primeros resultados provienen de una muestra de corte transversal (CASEN 1990), se realiza un ajuste suponiendo un aumento anual de productividad uniforme en el tiempo y entre distintas categorías de individuos.

Para caracterizar las distintas categorías se considera que el individuo con educación superior universitaria comienza a trabajar a los 24 años de edad; el individuo con educación superior no universitaria, a los 22 años y el individuo con enseñanza media, a los 18 años de edad.

2. Cálculo del Fondo Individual de Pensiones

La fórmula para calcular el valor del fondo acumulado por una persona, al momento de jubilarse, está dada por:

$$D * \frac{T}{\delta} \left[(T * \frac{I}{r}) - C \right] T^{-t} \quad (1)$$

donde:

- T = Tasa de cotización obligatoria
 D = Densidad ocupacional
 I_t = Ingreso en el período t
 r = Tasa de rentabilidad mensual
 c = Comisión fija
 T = Número de meses de vida laboral activa

Como puede verse, el fondo acumulado depende de la tasa de rentabilidad, la tasa de cotización obligatoria y la comisión fija, así como de la frecuencia de los aportes (densidad ocupacional).

Los supuestos utilizados para simplificar la determinación del monto son que la tasa de rentabilidad de los fondos es constante en el tiempo, la cotización porcentual obligatoria y la comisión fija no varían, y que todos los individuos tienen la misma densidad ocupacional.

3. Cálculo de la Pension Individual

Las normas que rigen el cálculo de las pensiones de vejez en el nuevo sistema previsional considera una expectativa de vida para los beneficiarios, lo que dada una tasa de rentabilidad de referencia permite obtener el denominado capital necesario unitario (CNU), que corresponde a la cantidad necesaria para financiar un peso de pensión anual. A partir de los CNU correspondientes a cada caso, el monto del fondo acumulado al jubilarse determina el monto de la pensión de vejez.

$$Pension (mensual) = \frac{Fondo\ acumulado}{CNU} * 12 \quad (2)$$

La tasa de rentabilidad referencial para los CNU será en todos los casos la misma que la que se utiliza para la determinación del fondo.

Anexo 2

Pensiones de Invalidez y Sobrevivencia

A pesar de que el sistema previsional chileno está basado en un esquema de capitalización individual en el que las pensiones reflejan fundamentalmente los aportes de los propios afiliados, existen algunas excepciones en esta materia. En particular, las pensiones de invalidez y sobrevivencia que otorga el sistema reflejan no sólo los aportes de los afiliados, sino además la probabilidad de los distintos grupos de ser afectados por los estados de necesidad que financian estas pensiones.

1. Metodología

Con el objeto de ilustrar las diferencias existentes en la distribución de los beneficios, se procedió a simular la distribución intertemporal de los aportes y recibos asociados a las pensiones de invalidez y sobrevivencia entre distintos grupos de la población.

La información requerida para la simulación fueron las tasas de mortalidad e invalidez para cada grupo etáreo, que se obtuvieron del INE (mortalidad 1990) y de la Superintendencia de AFP (invalidez junio de 1991 - junio de 1992).

Los capitales necesarios unitarios (CNU) para pensiones de invalidez y sobrevivencia se calcularon de acuerdo con las normas vigentes, empleándose tasas de rentabilidad de referencia consistentes con el resto del ejercicio.

La determinación del perfil de ingresos se realizó en base a información de la Superintendencia de AFP, estimando la siguiente ecuación:

$$I = \alpha_0 + \alpha_1 * Edad + \alpha_2 * Edad^2 \quad (3)$$

Donde:

I = ingreso imponible promedio
 $Edad(2)$ = edad al cuadrado.

Los parámetros obtenidos se ilustran en el cuadro 4.27

Los resultados de la regresión corresponden a una muestra de corte transversal, y por lo tanto sobre el perfil proyectado a partir de éstos aplicamos un 2,5 por ciento de crecimiento anual por productividad.

El perfil de ingresos de un individuo determina los aportes que éste hará al sistema y las pensiones de referencia para los eventuales beneficiarios del seguro. Para la determinación de la cuenta acumulada se supone que las cotizaciones comienzan a los 18 años de edad.

En cada momento del tiempo y sujeto a que los eventos no hayan ocurrido con anterioridad, el beneficio asociado al seguro de invalidez y sobrevivencia es igual a la diferencia entre el capital total necesario para financiar las pensiones de referencia y la cuenta acumulada, ponderado por la probabilidad de incurrir en los distintos estados de necesidad.

2. Resultados

Las diferencias existentes en la distribución de los beneficios entre distintos grupos de la población, por concepto de pensiones de invalidez y sobrevivencia, se presentan en los cuadros 4.28 y 4.29. Puede apreciarse que salvo contadas excepciones, el beneficio esperado para cada tramo de edad es inferior a los aportes. En segundo lugar, se observa que en los extremos de la distribución por edades, los beneficios esperados son prácticamente nulos. En el caso de los jóvenes, esto se explica por su bajo riesgo de incurrir en algún estado de necesidad por concepto de invalidez o fallecimiento; en el caso de los mayores de edad, obedece a que el fondo acumulado por estos grupos llega a ser suficiente para financiar las eventuales pensiones de invalidez o sobrevivencia. En este caso, el subsidio es redundante. Por último, como se desprende de las simulaciones, debido a que las cotizaciones no son discriminatorias respecto del tamaño del grupo familiar, los solteros que reciben beneficios menores subsidian implícitamente a los cotizantes con cargas familiares.

Cuadro 4.28. Distribución de los beneficios del seguro de invalidez y sobrevivencia
(Razón beneficios/aportes)

<i>Rentabilidad real anual = 4,5%</i>				
<i>Edad</i>	<i>Hombres</i>		<i>Mujeres</i>	
	<i>(a)</i>	<i>(b)</i>	<i>(c)</i>	<i>(d)</i>
15-20	0,00	0,00	0,00	0,00
21-25	0,03	0,03	0,02	0,03
26-30	0,08	0,47	0,05	0,06
31-35	0,14	0,72	0,12	0,12
36-40	0,25	0,92	0,20	0,21
41-45	0,41	1,20	0,34	0,34
46-50	0,57	1,17	0,43	0,43
52-55	0,54	1,14	0,39	0,39
56-60	0,00	0,78	0,00	0,00
61-65	0,00	0,00	—	—

<i>Rentabilidad real anual = 5,6%</i>				
15-20	0,00	0,00	0,00	0,00
21-25	0,03	0,03	0,01	0,02
26-30	0,07	0,38	0,05	0,05
31-35	0,12	0,57	0,10	0,10
36-40	0,21	0,70	0,16	0,17
41-45	0,31	0,78	0,25	0,25
46-50	0,35	0,60	0,25	0,25
51-55	0,09	0,52	0,08	0,08
56-60	0,00	0,00	0,00	0,00
61-65	0,00	0,00	—	—

(a) Hombre sin beneficiarios.

(b) Hombre con cónyuge y dos hijos. Se casa a los 25 años con una mujer de 20, tiene un hijo hombre a los 27 y una hija a los 31 años.

(c) Mujer sin beneficiarios.

(d) Mujer con dos hijos, tiene un hijo hombre a los 22 años y una hija a los 26.

Cuadro 4.29. Beneficios de invalidez y sobrevivencia
(En porcentaje del ingreso imponible)

Rentabilidad real anual = 4,5%

Edad	Hombres		Mujeres	
	(a)	(b)	(c)	(d)
15-20	0,00	0,00	0,00	0,00
21-25	0,05	0,05	0,02	0,04
26-30	0,12	0,71	0,08	0,09
31-35	0,20	1,07	0,17	0,18
36-40	0,38	1,37	0,30	0,31
41-45	0,61	1,80	0,50	0,51
46-50	0,84	1,73	0,64	0,64
52-55	0,79	1,68	0,58	0,58
56-60	0,00	1,15	0,00	0,00
61-65	0,00	0,00	—	—

Rentabilidad real anual = 5,6%

15-20	0,00	0,00	0,00	0,00
21-25	0,04	0,04	0,02	0,04
26-30	0,10	0,57	0,07	0,07
31-35	0,17	0,86	0,15	0,15
36-40	0,31	1,04	0,24	0,25
41-45	0,47	1,17	0,37	0,38
46-50	0,52	0,90	0,37	0,37
51-55	0,14	0,77	0,12	0,12
56-60	0,00	0,00	0,00	0,00
61-65	0,00	0,00	—	—

(a) Hombre sin beneficiarios.

(b) Hombre con cónyuge y dos hijos. Se casa a los 25 años con una mujer de 20, tiene un hijo hombre a los 27 y una hija a los 31.

(c) Mujer sin beneficiarios.

(d) Mujer con dos hijos, tiene un hijo hombre a los 22 años y una hija a los 26.

EL SISTEMA DE SEGUROS SOCIALES EN VENEZUELA: PROBLEMAS Y SOLUCIONES ALTERNATIVAS

**GUSTAVO MÁRQUEZ
CLEMENTINA ACEDO**

1. INTRODUCCIÓN	155
2. ORIGEN Y DESARROLLO DEL SEGURO SOCIAL EN VENEZUELA	157
3. UNA VISIÓN PROSPECTIVA DEL SISTEMA DE SEGUROS SOCIALES	168
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE POLÍTICA	194

EL SISTEMA DE SEGUROS SOCIALES EN VENEZUELA: PROBLEMAS Y SOLUCIONES ALTERNATIVAS

GUSTAVO MÁRQUEZ
CLEMENTINA ACEDO

1. Introducción

El sistema de seguros sociales en Venezuela se desarrolló en dos etapas claramente discernibles. En su origen, en 1940, la iniciativa provino del gobierno y de la presión de grupos políticos, entre los cuales había consenso acerca de la necesidad del establecimiento de un sistema de salud que beneficiara al trabajador y a su familia.

En esa primera etapa, el seguro social se orientó exclusivamente a los servicios de asistencia médica, es decir, seguros a corto plazo. En esta fase el sistema contribuyó al progresivo desarrollo de la gama de servicios asistenciales en el país. A fines de los años cuarenta y durante la década de 1950 los sectores empresarial o sindical no ejercieron mayor presión para extender el seguro a los riesgos a largo plazo (vejez e invalidez) y a una cobertura con más alcance que el de los principales centros industriales del país. Esta larga etapa está asociada al período de gobierno dictatorial, en el que no se registraron avances en cuanto a la representación de los trabajadores.

Recién a partir de la apertura democrática de 1958, con la aprobación de la Constitución de 1961, se perfila la meta de un sistema de seguridad social con una cobertura más amplia de riesgos y de población, y de mayor alcance geográfico. Se iniciaron así las presiones para establecer la cobertura de contingencias a largo plazo y a toda la población trabajadora en situación de dependencia, que culminaron en 1967 con la extensión de la cobertura a las contingencias de vejez e invalidez. En esta nueva etapa que abarca los años setenta y ochenta, los sectores empresarial o sindical tampoco ejercieron una significativa presión por mejorar el servicio y actualizar su organización y sistema de financiamiento.

La aceleración de la inflación desde principios de los años ochenta no facilitó el ajuste del tope de las cotizaciones, ni la reorientación de las inversiones hacia títulos de mayor rendimiento. Recién en 1989, frente a una situación social explosiva y a un serio deterioro económico, el Estado, bajo la presión de las organizaciones sindicales, adoptó el seguro de paro forzoso.

Asimismo, como consecuencia de la grave crisis financiera por la que atravesaba el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) en 1990 se generó un amplio debate acerca de la reestructuración del sistema. En ese debate se plantearon varios temas: elevar el tope de la cotización, aumentar el monto de las

pensiones hasta el salario mínimo, restablecer el fondo de pensiones por pago de la deuda del gobierno, despedir a 35.000 trabajadores repositores, introducir cambios en la organización, separar los fondos, liquidar los activos del seguro, abandonar el sistema de reparto y adoptar un esquema de capitalización.

Algunas de esas propuestas, en particular, las referidas a cambios en el tope de la cotización y a la actualización de las pensiones de vejez, se examinaron en la segunda parte de este informe mediante un modelo que se simulaba la trayectoria de los estados financieros del IVSS hasta el año 2030. Las conclusiones de ese análisis no fueron demasiado alentadoras debido a que la magnitud de la crisis del seguro social y al volumen de recursos necesarios hacían que cambios superficiales en algunas reglas de financiamiento y prestaciones resultaran irrelevantes. La solución de los problemas del sistema de seguros sociales y del IVSS requiere profundos cambios que modifiquen la dinámica financiera subyacente al sistema.

En la primera sección de este informe se describe el desarrollo histórico del sistema de seguros sociales, utilizando esa presentación como marco para el análisis de los problemas de gobierno y administración que encara actualmente el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), institución rectora del sistema de seguridad social en el país. El IVSS tiene una estructura tripartita, de representación corporativa y con fuerte injerencia estatal. Esta estructura de gobierno ha sido en muchas instancias determinante de las formas administrativas, gerenciales y de gestión financiera del IVSS, y es un factor esencial en la explicación de la crisis actual del sistema.

En la segunda sección, se desarrolla un modelo de proyección que simula la trayectoria de los estados financieros del IVSS, entre 1993 y el año 2030. El modelo utiliza un sistema de proyección por componentes, con uso extensivo de hipótesis y supuestos simplificadores, que permiten concentrar la atención en el impacto de la evolución demográfica futura y en cuatro alternativas de política relacionadas con las cotizaciones y las pensiones de vejez. La conclusión fundamental de esta sección es que el sistema de seguros sociales enfrenta una profunda crisis, cuya solución requiere sustanciales cambios organizacionales, financieros y administrativos. Esta crisis está asociada esencialmente a la descapitalización del Fondo de Pensiones y a la falta de control de los costos y de sistemas de racionamiento en el servicio de atención médica.

Para finalizar, en la tercera sección se presenta un conjunto de conclusiones y recomendaciones de política. El punto central de esas recomendaciones es que la reorientación requerida en la gestión económica y financiera del sistema no puede desvincularse de cambios fundamentales en la estructura de gobierno, gerencia y administración del mismo y del IVSS. Por una parte, es necesario separar el sistema de pensiones del sistema de atención médica, y convertirlo en uno de los componentes de un sistema competitivo de pensiones, con el objeto de garantizar su viabilidad financiera. Por la otra, es necesario separar las funciones de asegurador contra contingencias médicas de las de proveedor del servicio de atención médica, como forma de introducir mecanismos racionales de control de costos y de acceso al sistema. Por último, la administración del sistema debe adecuarse a estos cambios mediante la descentralización y la desconcentración de sus funciones.

2. Origen y Desarrollo del Seguro Social en Venezuela

La Ley del Seguro Social Obligatorio se promulgó en Venezuela en 1940 y comenzó a aplicarse en 1944, durante el gobierno de Medina Angarita. Sin embargo, sus antecedentes misma se remontan a 1937, cuando se iniciaron los estudios y la preparación del proyecto de ley. Tito Gutiérrez Alfaro, para ese entonces director de la Oficina Nacional del Trabajo, presidió la comisión encargada de elaborar la propuesta, para lo cual contó con el asesoramiento de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Gutiérrez Alfaro mantuvo una estrecha correspondencia con O. Stein, jefe de la sección de los seguros sociales de la OIT en Ginebra. A. Zelenka, también asesor de la OIT, llevó a cabo en Venezuela los estudios actuariales necesarios. Esta primera propuesta tuvo una gran influencia en el proyecto de ley que se discutió en el Congreso y se convirtió en ley el mismo año 1940.

Este primer proyecto de ley siguió los lineamientos generales de la Ley del Trabajo de 1936, como puede verse en los siguientes artículos:

Art. 127: "El Ejecutivo Federal, para la protección de los empleados y obreros, en los casos de riesgos profesionales, instituirá el Seguro Social Obligatorio a cargo del patrono mediante organismos o entidades que funcionen legalmente en el país".

Art. 30: "El seguro se extenderá también a la invalidez, maternidad, vejez y muerte no provenientes de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. En estos casos el seguro será alimentado por las cotizaciones de los asegurados, las cotizaciones de los patronos y las subvenciones del Estado" (Ley del Trabajo, 1936).

Desde sus inicios estuvo explícita la idea de un seguro social completo (que cubriese contingencias a corto y largo plazo), a ser aplicado por etapas. El proyecto guarda una clara relación con los lineamientos expuestos en la Ley del Trabajo de 1936 y con los de la "Reunión de Santiago," celebrada por los miembros americanos de la OIT para establecer una orientación en la política de seguros sociales.

Dentro de esta orientación general, es preciso distinguir entre "seguridad social" y "seguros sociales" en función del tipo de contingencias previstas, la cobertura de población y el esquema de financiamiento.

La seguridad social tiene por objeto crear una red de protección frente a situaciones económicas adversas y tiene como meta una cobertura universal de la población contra diversos riesgos. Su funcionamiento se financia a través de diversas fuentes tales como impuestos, aportes directos del fisco y contribuciones sobre la nómina salarial. El término seguridad social incluye los conceptos que se enumeran a continuación.

- Seguros sociales (pensiones de vejez, invalidez y muerte); atención médica y prestaciones en dinero por accidentes de trabajo; atención médica y prestaciones por enfermedad y maternidad, y subsidios por desempleo.

- Asignaciones familiares.

- Asistencia social, en términos de transferencias directas a los grupos más vulnerables y no elegibles para las prestaciones del seguro social.

- Programas públicos de atención de la salud.

El seguro social, en cambio, tiene una cobertura más restringida en cuanto a los riesgos y la población. Tiene por objeto cubrir las contingencias que afectan la capacidad de los trabajadores para mantenerse en el mercado de trabajo. Su financiamiento se financia en base a contribuciones de los asegurados, los empleadores y el Estado sobre la nómina salarial.

La mayoría de los países latinoamericanos, aún cuando tienen la meta de la seguridad social, siguen el modelo de los seguros sociales. Sólo los países pioneros, como Chile, Uruguay, Argentina, Cuba y Brasil, establecieron sistemas de seguridad social o que se aproximaban a esta meta. Pero estos sistemas experimentaron problemas financieros y de organización por su excesiva estratificación (Mesa-Lago, C., 1989).

Un segundo grupo de países, que incluye Colombia, Costa Rica, México, Paraguay, Perú y Venezuela, registraron una evolución diferente. En estos países los sistemas de seguridad social aparecieron entre las décadas de 1940 y 1950. Estuvieron influenciados por las nuevas tendencias internacionales de la OIT y del informe Beveridge, procurando evitar los problemas creados en los sistemas del primer grupo de países. En estos países se adoptó la versión de seguros sociales, centrándose en los programas de pensiones y maternidad-enfermedad.

Este grupo de países tenía en general un escaso desarrollo industrial, con predominio del sector rural sobre el urbano. Por ello se creó un instituto gestor circunscrito en sus inicios a la capital y las principales ciudades, para luego extenderse a todo el país. Se trataba de sistemas basados en un instituto central gestor, con una menor cobertura de riesgos y de población. El caso venezolano es un claro ejemplo de ello. Estos sistemas, aún siendo más unificados y restringidos, también han experimentado graves dificultades financieras y de organización (Mesa-Lago, op. cit.).

Decisiones y Contexto

Como se planteó anteriormente, desde 1940 la idea predominante fue la de un seguro que cubriese tanto los riesgos a corto como a largo plazo. Sin embargo, se optó por un método de extensión gradual en cuanto al tipo de riesgos, población asegurada y cobertura territorial. Esta aplicación gradual fue recomendada por el grupo asesor que propuso la ley, ya que se ajustaba a las condiciones venezolanas de la época y a la necesidad de desarrollar el sector de la salud. Cabe destacar que ésta es una iniciativa del gobierno en correspondencia con las nuevas ideas sobre seguridad social, ante la cual no se ejerció mayor presión por parte de los trabajadores, ni tuvo fuerte oposición en el Congreso (Acedo, C. 1982).

La Ley de 1940

En su primera etapa la ley cubrió sólo los riesgos a corto plazo, es decir, accidentes profesionales y enfermedad-maternidad, con la idea de proteger la salud y la estabilidad del ingreso del trabajador y su familia, mejorando así las condiciones higiénicas de la población. Los beneficiarios fueron los trabajadores con ingresos inferiores a 800 bolívares mensuales y que habitaran en el Distrito Federal y en el Distrito Sucre del Estado Miranda.

Esta decisión respondió a problemas apremiantes en Venezuela, y representó una forma de combatir las enfermedades sociales y los problemas de higiene pública propias de la época. También influyeron razones de índole administrativa, como la de limitar la cobertura geográfica del servicio a zonas urbanas donde existía cierta infraestructura y recursos humanos con la experiencia necesaria.

Se dejó para más adelante la cobertura de riesgos a largo plazo (prestaciones

en dinero por invalidez, vejez y muerte), ya que su aplicación requería una capacidad administrativa distinta y períodos de cotizaciones más largos para comenzar a percibir las prestaciones. Los objetivos eran crear el hábito de contribuir, ir formando las condiciones administrativas para su extensión geográfica y de cobertura, y reunir los datos estadísticos necesarios.

Inicialmente se planteó expresamente aplazar la aplicación por cuatro o cinco años de seguros por riesgos a largo plazo. Sin embargo, esta extensión hacia seguros a largo plazo se pospuso hasta la promulgación de la nueva ley en 1966, y entró en vigencia a partir de enero de 1967.

En teoría, el sistema de seguros tiene una cobertura universal desde su inicio. De hecho, la Ley de 1940 la extendió a "todos los trabajadores por cuenta de otro, sin tomar en cuenta distinción de edad, sexo, nacionalidad ni remuneración". Sin embargo, dado el criterio de extensión gradual y la decisión de cubrir los riesgos a corto plazo, se propuso que el alcance geográfico se ampliara por etapas, estableciéndose primero en los centros industriales más poblados del país. En 1944, el sistema cubrió a trabajadores radicados sólo en el Distrito Federal y el Distrito Sucre del Estado Miranda. En 1945 se incluyeron los Estados Aragua, Carabobo y Zulia, que representan las zonas de mayor nivel de ingresos y desarrollo relativo del país donde ya se contaba con cierto desarrollo de servicios médicos y asistenciales.

En cuanto al financiamiento, las cotizaciones a los seguros de accidentes profesionales las cubría sólo el empleador, de acuerdo con el principio universal de que ellas entran dentro de los gastos generales de la empresa. Estas cotizaciones debían destinarse no sólo a los gastos corrientes del seguro, sino además a la formación de un fondo de reservas para obligaciones futuras. Por su parte, las cotizaciones al seguro de enfermedad-maternidad las efectuaban los asegurados y empleadores por partes iguales, y ascendían al 2,5 por ciento del sueldo del trabajador respectivamente. Al gobierno le correspondían los gastos de administración y los fondos necesarios para la instalación de material y equipos sanitarios.

La Ley de 1940 contemplaba la creación de un organismo rector central destinado a la vigilancia y control de las distintas ramas del seguro, centrado en los aspectos administrativos y financieros. Se planteó expresamente como "indispensable la centralización," bajo la premisa de constituir un sistema moderno que aprovechara la ley de los grandes números y sus ventajas económicas.

Sin embargo, se reconocía que en esta primera etapa existían limitaciones para crear un sistema totalmente centralizado, debido a la carencia de medios de transporte que facilitasen la rápida comunicación de las cajas con los asegurados y los empleadores (véase exposición de motivos, Ley de 1940). La solución propuesta consistió en un sistema menos centralizado a través de: i) la creación de un organismo central con autoridad sobre toda la República, ii) la creación de una caja regional por estado, a la que le competía administrar todos los seguros de su región, y iii) una limitada autonomía financiera para el ramo enfermedad/maternidad. Las primeras dos instancias debían ser administradas por consejos tripartitos, integrados por representantes del gobierno, los empleadores y los trabajadores.

En todas estas decisiones se evidencia una gran influencia de la propuesta inicial de Stein y de las recomendaciones de la OIT. Dentro de la concepción del seguro social como un derecho social general, se reconoció que dadas las condiciones específicas del país, la carencia de una estructura de organización y de capacidad de ejecución, así como un limitado desarrollo industrial, no era posible generalizar el sistema desde un principio. En consecuencia, se optó por un sistema más

restringido pero que podía aplicarse por etapas, en cuanto a los riesgos, los tipo de asegurados y las zonas territoriales cubiertas.

Nuevas Decisiones: 1946

En 1946, durante el gobierno de la Junta Revolucionaria, se realizó un estudio que detectó fallas financieras y administrativas en el sistema de seguros sociales. En el aspecto financiero, se determinó que el seguro enfermedad- maternidad registraba un déficit mensual de Bs. 2.000.000 (Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, 1946). Mediante el Decreto N° 89 de 1945, se aprobó un crédito adicional de Bs. 4.000.000, para cubrir el déficit y establecer la contribución del Estado al seguro de enfermedad-maternidad.

La centralización administrativa del seguro fue la respuesta a estos problemas: "Se observó que el afianzamiento definitivo del Seguro Social en Venezuela se encontraba en dificultades por la falta de unidad en su estructura administrativa". En consecuencia, era inaplazable una reforma de la ley que contemplase la centralización administrativa, supuesto remedio de las deficiencias anotadas. La respuesta fue el decreto N° 239 del 6 de abril de 1946, mediante el cual se dejó en manos de un solo organismo, el IVSS, toda la responsabilidad de la gestión, es decir, "la centralización, control y vigilancia directos" (IVSS, 1946, op. cit.).

La Extensión: La Ley de 1966

Si bien ya en 1944-1945 se había previsto la extensión de la cobertura a todos los riesgos, ésta sólo se produjo en 1966, cuando se promulgó la nueva ley del seguro. Con este instrumento, el seguro social adquirió por primera vez significación a nivel nacional.

En 1939 y en 1954 se habían elaborado proyectos de seguro de pensiones que nunca llegaron al Congreso. En 1957, el Ministerio del Trabajo encomendó a su Dirección de Previsión Social la preparación de un proyecto destinado a extender la cobertura. En 1962, el Dr. Rafael Alfonso Guzmán, Director de Previsión Social del Ministerio del Trabajo, redactó nuevamente el proyecto y lo presentó al Ministerio. Con el fin de actualizarlo para su presentación al Congreso, se solicitó a los Dres. Luis A. Mijares Ulloa y Víctor Masjuan Teruel la preparación de estudios y la redacción definitiva del proyecto de ley. El proyecto se discutió en Ginebra con el Dr. Antonio Zelenka, para ese entonces Jefe de la División de Seguridad Social de la Oficina Internacional del Trabajo (IVSS, Proyecto de Ley, 1964). Por último, el 22 de junio de 1966 el proyecto fue aprobado por el Congreso como parte de la nueva Ley del Seguro Social.

La tardía extensión del seguro puede atribuirse al hecho de que éste no fue un objetivo importante para la dictadura del general Pérez Jiménez, bajo la cual tampoco existían posibilidades de presión por parte de los sectores empresarial o laboral para la ampliación del sistema. Recién a partir de la apertura democrática se retoma el tema de la extensión y la cobertura global del seguro como un derecho reivindicatorio de los trabajadores.

Sin embargo, es importante analizar la forma en que se aplica este servicio y a través de qué tipo de organización para poder evaluar en qué medida puede cumplirse el objetivo de extensión de la política de seguridad social.

La extensión general del seguro en 1966 como un derecho social tiene por objeto cubrir todos los riesgos y beneficiar a toda la población trabajadora. La nueva ley entró en vigencia el 1 de enero de 1967, y constituyó un cambio significativo en el seguro social. La novedad fundamental fue la ampliación de la cobertura a riesgos a largo plazo, a través del otorgamiento de pensiones por vejez, invalidez y sobrevivientes, fijándose en Bs. 3.000 mensuales el salario máximo para cotizar y recibir todas las prestaciones.

En términos de la cobertura demográfica, se amplió la cobertura a trabajadores domésticos y a empleados públicos, los que a partir de ese momento estaban sujetos al régimen parcial, y sólo percibirían las pensiones a largo plazo. Se previó pero nunca se reglamentó, la incorporación de trabajadores independientes. Como beneficios futuros, se estipulaba también la extensión de sus servicios en un plazo no mayor de tres años a las regiones del país donde era necesario, y la preparación de los estudios técnicos para la extensión del seguro a la contingencia del paro forzoso o desempleo.

A partir de 1966, los derechos que concede la ley son:

- prestaciones de asistencia médica integral;
- prestaciones en dinero para casos de incapacidad transitoria;
- prestaciones en casos de invalidez o incapacidad parcial, vejez, sobrevivientes y nupcias (asignación única);

Existen dos regímenes: el parcial y el general. El régimen parcial está compuesto por las prestaciones en dinero o las prestaciones a largo plazo, que son las del último grupo, exceptuando nupcias. El régimen general es el que otorga todos los derechos, es decir, la asistencia médica y las prestaciones en dinero, cubriendo los riesgos a corto y a largo plazo.

La Organización del Sistema de Seguros Sociales

El usuario actualiza su derecho al seguro social a través de una compleja institución a la que corresponde desarrollar los servicios formulados en la legislación. El análisis de la estructura y el funcionamiento de la organización que otorga esas prestaciones es, por lo tanto, fundamental para detectar las fallas que puedan estar ocasionando deficiencias en el servicio e insatisfacción del usuario.

El estudio de la organización del seguro en 1976 y 1988 muestra que la cobertura de la población depende en gran medida de la distribución geográfica de las unidades asistenciales y administrativas que prestan los servicios. Por otro lado, para cualquier nivel de cobertura poblacional, la forma de relación entre el usuario y la organización determina en gran parte la existencia y la posibilidad de solución de conflictos entre el asegurado y la organización.

La Organización

El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) es la organización encargada de administrar y controlar las ramas del seguro social, así como de prestar los servicios¹. Es un instituto autónomo con patrimonio fiscal propio, adscrito al Ministerio del Trabajo, con sede en Caracas y con jurisdicción en todo el territorio nacional (Art. 11 Reg).

El Financiamiento

El financiamiento del IVSS proviene primordialmente de las cotizaciones de empleadores y asegurados. Actualmente el salario tope de cotización es de 15.000 Bs. mensuales, monto al cual se elevó tan solo en 1989. El monto recaudado por cotizaciones representa el 70 por ciento de los ingresos del seguro (Márquez, G., 1992), que se reparten en tres fondos legalmente independientes:

- asistencia médica;
- indemnizaciones diarias;
- pensiones y demás prestaciones en dinero.

Por ley, estos fondos sólo pueden destinarse a cubrir los gastos específicos de cada uno. Históricamente, sin embargo, parte del Fondo de Pensiones se ha utilizado para financiar los déficit en materia de asistencia médica, así como para realizar inversiones en obras de infraestructura en este campo e inversiones en vivienda popular, objeto de inversión previsto de manera ambigua en la Ley (Art. 56 Ley)¹.

Existe además el fondo de administración que se financia con aportes del Ejecutivo, destinado a cubrir gastos de mantenimiento y administración. La ley dispone que el Estado aporte el 1,5 por ciento de los salarios cotizados. Sin embargo, esta partida es aprobada tardíamente cada año y en una suma inferior (casi en un 50 por ciento) a la que dispone la ley. En 1980, el monto previsto fue de 584,8 millones de bolívares, pero fueron aprobados 290 millones de bolívares. En 1981, por ley correspondían 670,5 millones, el Ejecutivo dispuso 525 y el Congreso aprobó 483 millones de bolívares.

Una tercera fuente de ingresos del sistema es el proveniente de las inversiones que realiza el IVSS. Es importante analizar la composición de los activos del sistema para poder determinar el monto de los recursos para inversión. En 1989, sólo el 35 por ciento del total de los activos estaba colocado como inversión financiera, y el resto estaba constituido por inversiones en infraestructura (hospitales o edificios administrativos) y otros activos. Una parte importante de los activos se encuentra en activos exigibles por mora de los contribuyentes, en especial del gobierno, y retraso en el pago del aporte a los gastos de administración (Márquez 1992, op.cit, pág. 13). En cuanto a la inversión financiera, no se han usado los instrumentos idóneos, colocándose dinero por período de muchos años a intereses considerablemente más bajos que los del mercado.

La Estructura Administrativa

El IVSS se ramifica en unidades asistenciales para la prestación de servicios de asistencia médica y dotación de medicamentos, y en unidades administrativas, para lo concerniente a prestaciones en dinero. Para la asistencia médica mantiene en funcionamiento centros ambulatorios, hospitales, unidades asistenciales y unidades de medicina del trabajo. Las unidades administrativas son las cajas regionales,

1 Se utilizaron los años 1976, ya que en esa fecha la red de unidades administrativas estaba consolidada, y 1988, por ser la última fecha en que se cuenta con datos oficiales.

2 Ley se refiere a la Ley del Seguro Social publicada en la Gaceta Oficial No. 1096 del 6 de abril de 1967. Reg. se refiere al Reglamento General de la Ley del Seguro Social publicado en la Gaceta Oficial No. 4117 del 16 de agosto de 1989. En referencias posteriores se utilizará esta misma notación sin mayor aclaración.

las sucursales, las oficinas auxiliares, y las agencias y subagencias.

Régimen Parcial. Unidades Administrativas

Dado que el régimen parcial se aplica en todo el territorio nacional, en todos los estados funciona una unidad administrativa, y dos o tres en los estados de mayor desarrollo industrial (Carabobo, Aragua, Miranda, el Distrito Federal, Falcón y Bolívar). Esta distribución, vigente en 1976, indica el escaso desarrollo de las prestaciones en dinero en todo el país. En 1988 la situación no había cambiado mucho, habiéndose incrementado el número de unidades sólo en ocho estados.

Esta observación adquiere características de gravedad si nos centramos en el tipo de unidad y las funciones que ésta realiza. Toda la labor administrativa y de decisión está centralizada en la Presidencia y en las cajas regionales, las únicas unidades que operan con todas las funciones (recepción, clasificación, análisis, decisión y trámite de pago). Las demás unidades (agencias, subagencias, sucursales y oficinas auxiliares) no son más que receptoras y emisoras de las solicitudes y documentos que son enviados a Caracas, con excepción de las sucursales, que pueden efectuar pagos.

La Presidencia es la unidad administrativa central y está ubicada en Caracas. Las cuatro cajas regionales se encuentran en Caracas, Maracaibo, Puerto Ordaz y Valencia, todas ciudades con intenso desarrollo laboral. Para 1988 se había duplicado o triplicado el número de unidades administrativas en ocho estados, aunque en realidad eran pocas las que ejercían todas las funciones. Es decir, se cumplía con la ley en el sentido de que para el régimen parcial o los seguros a largo plazo (que se aplican en todo el territorio nacional) existía por lo menos una unidad administrativa en cada estado. Sin embargo, estas unidades no eran más que receptoras de solicitudes y documentos. Se trata de un sistema aún excesivamente centralizado y congestionado en la sede principal (Caracas) debido a la falta de automatización del sistema, a los excesivos errores y a la rigidez del proceso.

Suponiendo que ese sistema fuese moderadamente eficaz, aún resultaría difícil procesar todos los datos y responder a las solicitudes de cada estado desde la sede central. Si se considera que el funcionamiento del sistema es lento y poco automatizado, la situación empeora y el nivel de respuesta resulta muy bajo con respecto a las demandas de los beneficiarios. El usuario del interior constantemente tiene que trasladarse a otra ciudad o a Caracas para gestionar sus trámites. Inclusive la situación no es ideal para el usuario de Caracas dada la congestión que existe en el organismo central.

Régimen General. Unidades Administrativas y Asistenciales

El régimen general consiste en la suma de los seguros a corto y a largo plazo. Las unidades asistenciales son mucho más numerosas que las administrativas: en 1976, existían 77 unidades médicas y 30 administrativas; en 1988, 120 unidades médicas (entre ambulatorios y hospitales) y 40 unidades administrativas. Esto se debe en parte a que el servicio médico es más perentorio y demandado por la población necesitada. En parte también obedece a que su creación es bastante anterior a la de las unidades administrativas, que recién se crearon en 1967. Sin embargo, su distribución no está generalizada en todos los estados, como sí lo son

Cuadro 5.1. Distribución por estados de las unidades asistenciales y administrativas (IVSS) años 1976 y 1988

Estados	1976				1988			
	Ambu- latorios	Hospi- tales	Total asisten- cia	Unidad adminis- trativa	Ambu- latorios	Hospi- tales	Total asisten- cia	Unidad adminis- trativa
Apure	—	—	—	1	1	—	1	1
Anzoátegui	1	3	4	1	2	2	4	3
Aragua	2	1	3	2	3	2	5	3
Barinas	—	—	—	1	—	—	—	1
Bolívar	4	2	6	3	2	2	4	3
Carabobo	4	2	6	2	11	2	13	2
Cojedes	—	—	—	1	2	—	2	1
Delta Amacuro	—	—	—	1	—	—	—	1
Distrito Federal	23	9	32	2	32	7	39	2
Falcón	1	3	4	2	3	2	5	3
Guárico	—	—	—	1	2	—	2	3
Lara	1	1	2	1	1	2	3	2
Mérida	—	—	—	1	—	—	—	1
Miranda	5	1	6	3	2	2	4	3
Monagas	—	—	—	1	—	—	—	1
Nueva Esparta	—	—	—	1	1	1	2	1
Portuguesa	—	—	—	1	—	1	1	2
Sucre	—	—	—	1	—	—	—	2
Táchira	2	1	3	1	3	1	4	1
Territorio Fed.	—	—	—	1	—	—	—	1
Trujillo	2	1	3	1	2	2	4	2
Yaracuy	—	—	—	1	—	—	—	1
Zulia	7	1	8	1	7	1	8	2

Nota: Para 1976, las unidades asistenciales, los centros ambulatorios y la medicina del trabajo fueron agrupados bajo el rubro ambulatorios. Las funciones de estas unidades son similares. Para 1988 todas se denominan ambulatorios y sólo se diferencian de los hospitales.

Fuente: Elaboración propia basada en IVSS, Guía del asegurado. Méndez, Publio. Manual práctico sobre el seguro social, Caracas, 1976. IVSS, Memoria y cuenta, 1988.

las administrativas, ya que la cobertura del régimen general se extiende sólo a aquellas zonas donde existe la infraestructura médica.

En 1976 existían en el país 25 hospitales del seguro social (32 por ciento de las unidades asistenciales) y 52 ambulatorios. En 1988, el número de hospitales había aumentado a 31 y el de ambulatorios a 76.

Los hospitales son las únicas instituciones que proveen todos los servicios médicos o, al menos, los más completos, incluyendo los casos de emergencia y

Cuadro 5.2. Distribución de las unidades administrativas, IVSS 1976

<i>Tipo de unidad</i>	<i>Número</i>
Presidencia	1
Caja regional	4
Agencia	4
Sub-agencia	12
Sucursal	10
Oficina auxiliar	3
Total	34

Fuente: Plubio Méndez. op. cit., pág. 231. Elaboración propia.

accidentes graves. Tienen como funciones: consulta externa de medicina general y otras especialidades, hospitalización, cirugía, emergencias y servicios especiales. En 1976, el 36 por ciento de estos hospitales se encontraba en el Distrito Federal, un 12 por ciento en Anzoátegui y otro 12 por ciento en Falcón (siendo estos dos últimos zonas petroleras). En 1988, esta concentración había disminuido moderadamente en el Distrito Federal, aumentado en Falcón y Bolívar, y disminuido en Anzoátegui. La mayor concentración de hospitales se observa en la región central del país, existiendo regiones como los Llanos donde en 1976 no existía ningún hospital, para 1988 sólo se había construido uno.

Los ambulatorios atienden consultas y casos graves y representan el 58 por ciento de las unidades asistenciales. Entre sus funciones figuran algunos tipos de consulta externa y ciertos servicios auxiliares, como farmacia, enfermería y laboratorio. En 1976 existía un total de 45 centros ambulatorios distribuidos en 11 estados, de los cuales el 38 por ciento se concentraba en el Distrito Federal. En 1988 se contaba con 76 centros ambulatorios distribuidos en 15 estados. La distribución es similar aumentando la concentración en el Distrito Federal (donde pasaron de 23 a 32) a la vez que disminuye el número de hospitales en dos, y se establecen nuevos ambulatorios en Guárico, Apure (región llanera) y Anzoátegui.

Problemas en Estructura y Funcionamiento

Los servicios asistenciales y administrativos están excesivamente concentrados en los principales centros urbano-industriales (particularmente en Caracas). Esta concentración es comprensible como resultado de la densidad demográfica y del desarrollo del mercado laboral en esas zonas, pero induce el traslado de personas del interior a la capital en busca de una mayor gama de servicios médicos o de la solución de sus problemas administrativos, saturando de esta manera las ya sobrecargadas unidades centrales.

La excesiva centralización de los servicios resulta más grave para el cobro de las prestaciones en dinero que para la provisión de los servicios médicos. En las ciudades del interior existen hospitales y ambulatorios que, en conjunto, prestan todos los servicios. En cambio, para el otorgamiento de las prestaciones en dinero la dependencia de Caracas y de la caja regional es mucho mayor, debido a la

centralización de las funciones administrativas y las instancias decisorias. Ello produce una baja operatividad del sistema e incomodidad para el usuario en el momento de gestionar o reclamar sus pensiones.

Con respecto a la estructura de los servicios médicos, hay escasez de unidades asistenciales en ciertas zonas del interior, mientras que en otras se trabaja con más tiempo y menos saturación de usuarios, lo que produce un servicio de mejor calidad. El problema en estas zonas se presenta por razones de escasez y/o retrasos en la dotación de medicamentos, condiciones sanitarias rudimentarias, escasez de instrumentos, deficiente acondicionamiento para hospitalización y emergencias, y problemas con el personal paramédico.

Desde su inicio en 1944 la partida del fondo de enfermedad-maternidad fue deficitaria, financiándose con recursos del fondo de accidentes profesionales. A partir de 1966, el fondo de asistencia médica también es deficitario, lo que impulsa a las diversas administraciones del IVSS a disponer ilegalmente de los recursos del fondo de pensiones. Esto permite el financiamiento del área médico-asistencial e incluso la creación de una base de infraestructura a corto plazo, pero repercute seriamente en la posibilidad de realizar un plan audaz de inversiones que es lo que se propone con el fondo de pensiones³.

Los datos del IVSS desde 1980 indican que es escaso el número de hospitales, el número de camas con respecto a la demanda teórica y el abastecimiento de medicamentos. Pero lo más alarmante es que el gasto aumenta sin guardar relación con la prestación de servicios, debido a la alta proporción destinada a la administración de hospitales⁴. Hay demandas económicas excesivas por parte de los gremios, en especial del médico, que exhibe la más alta concentración de recursos humanos y consume el 65 por ciento del ingreso total del fondo de asistencia médica. Sin embargo, el servicio prestado no es suficiente ni adecuado: el número de consultas (2,25 por beneficiario-año) era inferior a las cuatro recomendadas por la Oficina Mundial de la Salud (Acedo, C., 1986).

Estos rasgos se observaban en la década de 1980, cuando los gastos por concepto de atención médica estuvieron protegidos de la inflación por un sistema de control de cambios que congelaba el precio de los insumos importados. Las condiciones cambiaron en 1989 y la situación hospitalaria empieza a exhibir un alarmante deterioro.

En conclusión, debido tanto a la estructuración de los servicios como a la utilización de los recursos humanos y materiales, la organización presenta una serie de fallas que repercuten desfavorablemente en el servicio que presta, tanto en cantidad como en calidad. Esto genera insatisfacción en los usuarios, al mismo tiempo que sus posibilidades de ejercer presión para recibir un mejor servicio se ven debilitadas en el marco de una institución que se rige por criterios asistenciales y no por criterios de servicio al cliente.

Representatividad: Gestión y Usuarios Frente a la Organización

El sistema de seguros sociales está basado en el gobierno tripartito, es decir, en la representación corporativa de las partes involucradas: empleadores, trabaja-

³ Ministerio del Trabajo, *Memoria y cuenta 1980-88*; y Ramírez Jiménez, *Consideraciones en relación al concepto de seguridad social*, UCV, Caracas, 1970

⁴ IVSS, *Memoria y cuenta*, 1980-88.

dores y gobierno. Estas tres partes están presentes en cada nivel gerencial del seguro: en el Consejo Directivo, en las cajas regionales y en la administración de centros asistenciales. Los empresarios están representados por Fedecámaras, los trabajadores por la CTV (Confederación de Trabajadores de Venezuela) y el Estado por representantes del Poder Ejecutivo.

La iniciativa del seguro parte originalmente del gobierno y de la élite política que busca dotar al país de un sistema de salud que proteja al trabajador y a sus familiares. Con la apertura democrática a partir de 1958, se incrementan las presiones por parte de los partidos y los sindicatos para la extensión del seguro a todos los riesgos y a toda la población. Sin embargo, ello sólo se lleva a cabo en 1967.

Una vez establecido el sistema en 1967, hubo poca presión por parte de los representantes empresariales y sindicales para ejercer un mayor control con miras a lograr el buen funcionamiento del sistema. Pareciera haber más interés en mantener cuotas de poder frente al ejecutivo que en la actualización y adecuación del sistema a las necesidades de cambio financiero y de organización. Por ejemplo, no se produjeron cambios en la organización para lograr un servicio más descentralizado y adaptado a las necesidades de los usuarios y asegurados. En el aspecto financiero, no se ejerció presión a tiempo para aumentar los topes de cotización, actualizar el monto de las pensiones, ni supervisar una correcta, eficaz y audaz política de inversiones. Por el contrario, se esperó que el quiebre financiero fuera lo que produzca un replanteo de estas cuestiones. Asimismo, se descuidaron aspectos de gestión rutinaria, como la supervisión de las afiliaciones o el cobro de las cotizaciones. El Ejecutivo no pareció recibir una presión significativa por parte de los sindicatos, asegurados o empresarios para cancelar su deuda por concepto de cotizaciones.

La representación gremial, especialmente la médica, ejerce una fuerte presión en defensa de sus intereses y el mejoramiento del salario. Sin embargo, la supervisión y la evaluación de la gestión, así como el manejo y la formación de recursos humanos en el área médica y paramédica es deficiente.

Con respecto a los usuarios, el sistema de representación tripartito muchas veces, en lugar de ayudar, constituyó un obstáculo para la solución de conflictos entre el asegurado y la organización. No existen instancias para la solución de problemas del usuario frente a la organización, salvo a nivel del Consejo Directivo del IVSS, para lo cual debe estar representado por los representantes sindicales; o ante la caja regional, donde no tiene representación sino su propia gestión frente al director de la instancia administrativa. La ventaja de estas instancias es que el reclamo se realiza ante quienes tienen control sobre la administración misma del sistema o del servicio, por lo cual pueden corregirse fallas en el proceso. Los inconvenientes se relacionan con el escaso acceso que tiene el asegurado a ejercer demandas o reclamos ante instancias cuyas funciones esenciales no son éstas. Cuando se presenta un conflicto entre el asegurado y la organización, debería existir una instancia independiente de la misma que permitiera una mayor imparcialidad frente a la decisión.

Debe establecerse una organización más expedita y flexible, así como un mejor manejo de los flujos de información para lograr un servicio más eficiente. Pero además debe preverse la atención al usuario como principio que permita la canalización de conflictos y solución de reclamos que no necesariamente pase por el principio tripartito de representación establecido.

3. Una Visión Prospectiva del Sistema de Seguros Sociales⁵

En esta sección se presenta un ejercicio de proyección de la situación financiera del sistema de seguros sociales en Venezuela. La proyección explora el impacto de la evolución demográfica prevista sobre los diversos componentes de ingresos y gastos del sistema de seguros sociales, para luego simular la trayectoria de una estructura financiera simplificada.

El lector atento notará inmediatamente las limitaciones de este ejercicio de proyección. En parte, ellas se originan en la escasez de la información disponible, tanto acerca de las variables demográficas del sistema como de las variables financieras⁶. Pero también una parte importante de las limitaciones se origina en la necesidad de simplificar al máximo las hipótesis de proyección para concentrar la atención en el impacto de los tres elementos que consideramos fundamentales para el futuro del sistema de seguros sociales: la transformación demográfica de Venezuela, las reglas de financiamiento del sistema y el cálculo de las pensiones de vejez.

Esta simplificación hace que, por ejemplo, proyectemos los gastos médicos como una cantidad constante de recursos por beneficiario. Es claro que el mismo cambio demográfico y la evolución de la ciencia médica pueden implicar cambios drásticos en el gasto por beneficiario. Este tipo de simplificaciones, y otras muchas, deberán ser objeto de revisión por parte de especialistas en las diversas áreas de interés del sistema de seguros sociales.

En primer lugar, presentaremos una somera descripción de la estructura financiera del Instituto Venezolano de Seguros Sociales (IVSS) que permitirá al lector ubicar los diversos componentes de ingresos y gastos que proyectamos más adelante. En la segunda sección se describe la metodología de proyección. A partir de allí, las siguientes tres secciones están destinadas, respectivamente, a la proyección demográfica, de ingresos por cotizaciones y de gastos por prestaciones del sistema de seguros sociales. Por último, la sexta sección agrupa los resultados de las proyecciones por componente de ingresos y gasto y presenta una reconstrucción simplificada de la contabilidad por fondos del IVSS.

La Estructura Financiera del Sistema de Seguros Sociales

El sistema de seguros sociales en Venezuela es financiado fundamentalmente por contribuciones de empleados y empleadores, calculadas como un porcentaje sobre el salario hasta un máximo, el tope de cotización. Adicionalmente, el Estado como tal (no en su papel de empleador) contribuye al financiamiento del sistema mediante aportes destinados a cubrir los gastos de administración. Según el cuadro 5.3 las tarifas de cotización varían de acuerdo con las contingencias aseguradas.

Los ingresos por cotizaciones se distribuyen en tres fondos: de Asistencia Médica, de Indemnizaciones Diarias, y de Pensiones y demás Prestaciones en Dinero (art. 74 Ley, art. 112 Reg) de acuerdo al régimen en que se originen las

⁵ Carmen Portela colaboró extensamente en los cálculos y la calibración del modelo de proyección presentado en esta sección.

⁶ El Instituto Venezolano de Seguros Sociales no tiene una contabilidad oficialmente aprobada por sus autoridades desde 1990. En el año 1989, la administración del Instituto contrató una auditoría externa, que concluyó que la información contable del Instituto era "inauditable"

Cuadro 5.3. Tarifas de cotización al Instituto Venezolano de Seguros Sociales
(En porcentajes sobre el salario hasta el salario tope de cotización)

	<i>Régimen</i>	
	<i>Parcial</i>	<i>General</i>
Trabajador	2	4
Empleador	4	9 - 11
Estado	1,5	1,5
Total	7,5	14,5 - 16,5

Nota: Las contribuciones del Estado se refieren a la contribución del Estado en cuanto tal a los gastos de administración del IVSS, y no como empleador. La cotización de los empleadores en el régimen general varía de acuerdo con el grado de riesgo de la actividad económica (art. 109 Reg)

Fuente: Art. 108-109 Reg.

Cuadro 5.4. Distribución por fondo de los ingresos por cotizaciones del IVSS
(En porcentajes sobre el salario hasta el salario tope de cotización)

	<i>Régimen general</i>	<i>Régimen parcial</i>
Fondo de asistencia médica	6,25	0,0
Fondo de indemnizaciones diarias	1,00	0,0
Fondo de pensiones y demás		
Prestaciones en dinero	6,75	6,00
Total	14,00	6,00

Fuente: Art. 110 Reg.

cotizaciones, como se muestra en el cuadro 5.4. Esta distribución excluye el aporte fiscal del 1,5 por ciento de los salarios de cotización, que sirve para constituir el Fondo de Administración del IVSS.

El sistema recibe también ingresos por inversiones financieras de los fondos de reserva acumulados, productos de excedentes de ingresos sobre egresos por Fondo. Contablemente, los fondos de inversión acumulan los excedentes menos los déficit de todos los Fondos. Esto implica que si un Fondo registra déficit puede obtener recursos de otro Fondo que muestra superávit. Aún cuando esto es claramente ilegal (art. 112 Reg), ha constituido la práctica habitual de todas las administraciones del IVSS. Debe señalarse que ese tipo de mecanismo reduce la capacidad de acumulación financiera del sistema en su conjunto, aunque permite postergar presiones para recapitalizar los Fondos deficitarios.

Si analizamos la estructura de inversiones del sistema de seguros sociales (véase Márquez, op.cit., 1992), podemos concluir que los déficit acumulados del Fondo de Atención Médica y el bajo rendimiento de las inversiones financieras del IVSS son determinantes en la reducción del valor real del Fondo de Pensiones y demás Prestaciones en Dinero. Esta reducción ha terminado cuestionando la viabilidad financiera del sistema de pensiones, y ha puesto en evidencia los

problemas financieros y de organización del sistema de atención médica.

Una de las consecuencias de este proceso, como podemos observar en el cuadro 5.5, es la menor participación de los ingresos por intereses de inversiones financieras en los ingresos totales del sistema de seguros sociales a partir de 1987. A pesar de que no existe información contable oficial a partir de esa fecha, en diversas ocasiones las autoridades del IVSS han manifestado su preocupación por la disminución del valor real del Fondo de Pensiones, asociando esta reducción a los rendimientos por inversiones financieras.

Una Metodología de Proyección

La situación financiera a largo plazo de un sistema de seguros sociales está influenciada por tres grupos de elementos fundamentales: (a) la evolución macroeconómica y demográfica, (b) las reglas de financiamiento, y (c) las reglas de prestaciones del sistema. La administración del sistema no puede, por motivos obvios, influir en la evolución demográfica; éste es un marco al cual los otros dos elementos deben adecuarse dada la evolución macroeconómica prevista. Por otra parte, tanto las reglas de financiamiento como las prestaciones del sistema constituyen el centro de las decisiones de política de los administradores del sistema.

El ejercicio de proyección que presentaremos en esta sección se basa en una proyección demográfica. En el cuadro 5.6 describimos los estados de las reglas de financiamiento y prestaciones que utilizamos como variables de simulación para conformar cuatro escenarios, dentro de un marco de evolución macroeconómica descrito en el cuadro 5.7.

Las limitaciones de información existentes no permiten que este ejercicio de proyección se realice de acuerdo a "buenas prácticas" actuariales. Parte de la crisis actual del sistema de seguros sociales en Venezuela es, justamente, la inexistencia de información sobre las características de los cotizantes y beneficiarios del sistema y hasta de información contable auditable a partir de 1990.

Básicamente, la metodología utilizada parte de una proyección demográfica a la que se aplican los siguientes pasos:

- a partir de información sobre estructura por edades y ocupación de la fuerza de trabajo de la Encuesta de Hogares por Muestreo de la OCEI se obtiene (a) la estructura de las tasas de participación por edad y sexo para la población de más de 15 años de edad, y (b) la estructura por edad y sexo de los empleados y obreros del segmento moderno ocupados en el sector público y privado para el segundo semestre de 1991;

- el número de empleados y obreros por empleador obtenido en 1(b) se compara con el número total de cotizantes en los distintos regímenes de cotización del sistema de seguros sociales. Suponiendo que todos los cotizantes al régimen parcial son empleados públicos y todos los cotizantes al régimen general son empleados privados, se obtienen los porcentajes globales de cobertura del sistema para cada una de las categorías;

- ese porcentaje de cobertura se aplica a todos los grupos de edad empleados en los sectores público y privado, para obtener un número total de cotizantes al sistema;

- al salario promedio obtenido de la Encuesta de Hogares por Muestreo de la OCEI se le aplica la regla de cotización y diversas variantes de política de financiamiento para obtener los ingresos totales por cotizaciones del sistema. A ese

*Cuadro 5.5. La estructura de ingresos del sistema de seguros sociales
(Porcentajes sobre ingresos totales)*

<i>Años</i>	<i>Cotizaciones</i>	<i>Aporte fiscal</i>	<i>Intereses</i>	<i>Otros</i>
1970	82,9	11,3	5,8	0,1
1971	82,3	11,5	6,2	0,1
1972	81,8	11,4	6,7	0,1
1973	83,4	10,4	6,2	0,1
1974	67,2	16,5	16,2	0,1
1975	71,1	16,6	12,2	0,0
1976	74,7	13,1	12,2	0,1
1977	72,5	15,5	12,0	0,0
1978	75,4	13,3	11,3	0,0
1979	71,7	13,7	14,5	0,0
1980	76,0	11,9	12,0	0,1
1981	71,1	12,3	16,5	0,0
1982	70,2	12,7	17,1	0,0
1983	67,9	13,7	18,3	0,1
1984	67,3	13,4	19,2	0,1
1985	64,3	13,4	22,2	0,1
1986	60,6	13,1	26,0	0,4
1987	69,3	11,9	18,2	0,5
1988	71,8	13,7	14,4	0,2

Fuente: Anuario Estadístico IVSS, varios años.

total se suma el aporte fiscal y las estimaciones de otros ingresos. Esos ingresos totales se reparten entre cada uno de los fondos del sistema;

- se calcula para los últimos cinco años (1985 a 1990) el porcentaje de la cohorte jubilable — el grupo de hombres que cumple 60 años de edad y de mujeres que cumple 55 ese año — que efectivamente obtuvo su jubilación del sistema. Utilizando ese porcentaje como parámetro, se obtiene para cada año de la proyección el número de jubilados que el sistema origina;

- cada uno de los componentes del gasto (pensiones, asistencia médica e indemnizaciones diarias) se proyecta en función de su comportamiento en el pasado y de distintas alternativas de política de prestaciones, obteniéndose así una proyección de los egresos por fondo y totales del sistema;

- la comparación entre ingresos y egresos por fondos permite obtener una estimación del total de disponibilidades financieras del sistema. Suponiendo una política de inversión de excedentes (o financiamiento de faltantes) se obtiene una proyección de la situación financiera del sistema.

Esta metodología tiene, como es obvio, fuertes limitaciones que derivan del supuesto de constancia de la estructura del mercado de trabajo, y de la falta de información acerca de la estructura por edad y sexo de los cotizantes al sistema. Dentro de esas limitaciones, la metodología hace el mejor uso posible de la

Cuadro 5.6. Escenarios y marco macroeconómico de proyección, Venezuela, 1991-2030

	<i>La pensión de vejez promedio se fija en un valor igual a un tercio del salario mínimo</i>	<i>La pensión de vejez promedio se fija en un valor igual a un salario mínimo</i>
El salario tope de cotización se actualiza cada 10 años de acuerdo con la inflación de los últimos 5 años	Escenario 1-A	Escenario 1-A
El salario tope de cotización se fija a un nivel muy alto, que en la práctica lo elimina.	Escenario 2-A	Escenario 2-A

Fuente: Elaboración del autor

Cuadro 5.7. Variables macroeconómicas de proyección, Venezuela 1991-2030

	<i>Inflación</i>	<i>Salario real</i>	<i>PIB</i>
1991-1995	30,0	1,5	2,9
1996-2000	35,0	1,5	2,5
2001-2005	20,0	1,5	3,0
2006-2010	15,0	1,5	3,0
2011-2015	10,0	1,5	3,0
2016-2020	5,0	1,5	3,0
2021-2025	5,0	1,5	3,0
2026-2030	5,0	1,5	3,0

Fuente: Elaboración del autor

información disponible y permite concentrar el análisis en el impacto sobre la situación financiera del sistema de la evolución demográfica prevista y de las políticas de financiamiento y prestaciones.

La Proyección Demográfica

La estructura demográfica tiene un impacto fundamental sobre la composición de la demanda social de inversión, sobre el uso de los recursos humanos y sobre la demanda por mecanismos institucionales de transferencia de recursos entre grupos de distintas edades (por ejemplo, el sistema de seguros sociales).

En efecto, un país con un gran porcentaje de población joven exige escuelas e instalaciones médicas básicamente preventivas y dedicadas a maternidad y enfermedades infantiles. En el marco de esa estructura demográfica, las familias se ven obligadas a dedicar parte del tiempo de los adultos potencialmente utilizable en actividades productivas al cuidado de los más jóvenes. Sin embargo, su demanda por mecanismos institucionales de transferencia

de recursos hacia grupos fuera del mercado de trabajo (entre grupos en edad productiva y los jóvenes) es baja, en el sentido de que la mayor parte de esas transferencias se realiza dentro de la unidad familiar⁷.

Por otro lado, una población con mayor proporción de personas más allá de su edad plenamente productiva exige proporcionalmente menos escuelas, más instalaciones médicas cautivas relativamente más complejas y algún mecanismo que permita a ese grupo captar parte de los recursos producidos por la sociedad. En sociedades más rurales y más tradicionales, este mecanismo de transferencia es también internalizado por la unidad familiar bajo la figura de "familia extendida". Sin embargo, las sociedades más urbanas y modernas tienden en general a estructurar mecanismos fuertemente institucionalizados para garantizar la existencia de ese flujo de recursos, bajo la forma de sistemas de pensiones.

La estructura de edades de la población depende de la evolución pasada de las tasas de natalidad y mortalidad. La reducción simultánea de la tasa de mortalidad y natalidad tiende a producir un aumento en la edad promedio de la población y en la participación de los grupos de más edad en la población total. En este sentido, la evolución a largo plazo del crecimiento demográfico de Venezuela presenta esa característica, que se hace particularmente notoria a partir de 1980, como se muestra en el cuadro 5.8.

La proyección demográfica que utilizamos en este estudio es la propuesta por el Banco Mundial a través de *World Population Projections*⁸, que supone tasas netas de reproducción unitarias para el año 2010, lo que parece consistente con la evolución a largo plazo de las tasas de natalidad y mortalidad en Venezuela. En el cuadro A-1 del apéndice puede verse información más detallada respecto a la estructura de edades, total de población y tasas de crecimiento entre períodos.

La evolución demográfica por la que Venezuela pasará en las próximas décadas implica grandes cambios en la composición de la demanda social de inversión, en el uso de los recursos humanos y en la demanda por mecanismos institucionales de transferencia intergeneracional de recursos. En lo esencial, ese proceso de transición demográfica implica cambios drásticos en la forma de la pirámide de población: de la típica forma empinada de países en etapas tempranas de su evolución demográfica a una pirámide ensanchada en las edades más productivas (entre 25 y 45 años de edad) pero también en las más avanzadas, como puede verse en el Gráfico 5.1.

Debe señalarse que el número absoluto de menores de 15 años de edad aumenta en 5,6 por ciento entre 1990 y 2030, el de menores de 5 años disminuye 3,1 por ciento, mientras que el número de mayores de 60 años de edad aumenta un 362 por ciento. Como consecuencia, la población pensionable (el grupo de más de 60 años) casi triplicará su participación en el total. Esto implica que parte de los recursos que hoy Venezuela dedica a los niños y jóvenes deberá ser transferido a los mayores. Este cambio tiene una importancia fundamental sobre el sistema de seguros sociales: no sólo en cuanto al crecimiento del número de pensiones, sino también a los cambios en la naturaleza (y costos) de la atención médica que esta población demandará del

⁷ Se observa que cuando la estructura familiar nuclear tradicional se deteriora este sistema de transferencias se interrumpe, generando graves situaciones de pobreza en hogares disueltos encabezados por mujeres. La demanda por mecanismos institucionales que permitan a la madre exigir y obtener pagos para el sostenimiento de los niños es en general desatendida, a pesar de que generalmente se reconoce su importancia.

⁸ Bulatao, Rodolfo y otros, "World Population Projections 1989-90 Edition: Short- and Long-Term Estimates", publicado para el Banco Mundial por The Johns Hopkins University Press, Baltimore y Londres, 1990.

Cuadro 5.8. Indicadores demográficos - Venezuela 1936-1990
(Porcentajes)

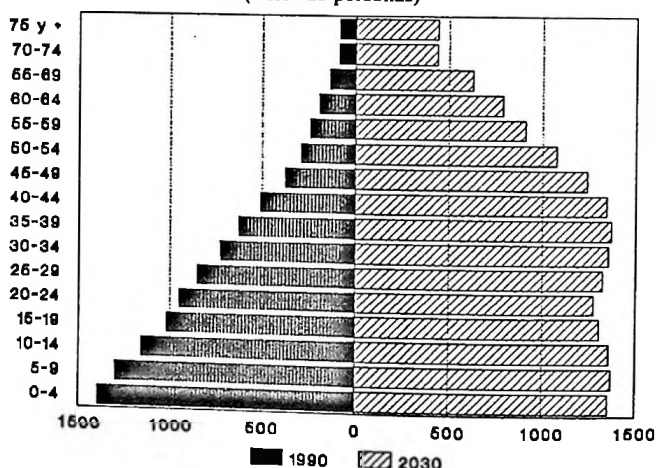
	1936	1941	1950	1961	1971	1981	1990
Natalidad	31,9	35,3	42,6	45,3	38,3	33,7	29,9
Mortalidad	17,2	16,4	10,9	7,3	6,7	5,0	4,7
Crecimiento total	1,47	1,89	3,17	3,81	3,16	2,87	2,52

Fuentes: Chen, Chi-Yi y Michel Picouet, "Dinámica de la población: caso de Venezuela," Ed. UCAB-ORSTROM [1979] y datos censales DE OCEI.

sistema.

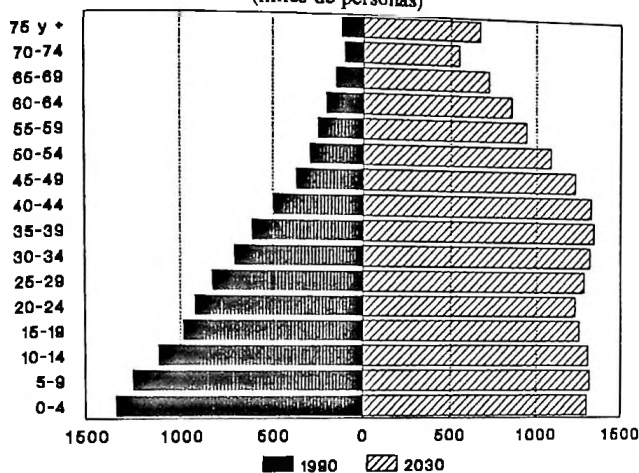
La proporción de población joven (menores de 15 años) disminuirá sustancialmente, nivelando la demanda de escuelas y modificando la estructura de la demanda de instalaciones médicas. El grupo de niños menores de 5 años también sufrirá una reducción sustancial en su participación en el total de la población, liberando aún más recursos productivos. Al mismo tiempo, el grupo de 25 a 45 años de edad aumentará su participación en el total de la población, incrementando así la dotación de recursos humanos en edad plenamente productiva. Una medida más convencional es la provista en la última línea del cuadro 5.10, en la que se presenta el cociente entre la población en edad de trabajar (PET, entre 15 y 60 años de edad) y su complemento, revelando un aumento notable en la potencial capacidad de Venezuela para mantener a los jóvenes y a las personas de edad avanzada.

Grafico 5.1. Pirámide Poblacional
Venezuela hombres - 1990-2030
(miles de personas)



Fuente: Bulatao et al [1990], op. cit.

Grafico 5.2. Pirámide poblacional
Venezuela mujeres - 1990-2030
(miles de personas)



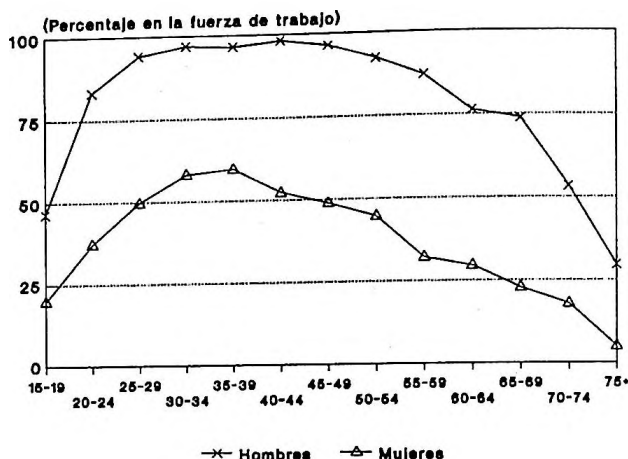
Fuente: Bulatao et al[1990], op. cit.

Cuadro 5.9. Venezuela. Indicadores demográficos, 1985-2030
(Porcentajes)

	1985-90	1990-95	1995-00	2000-05	2005-10	2010-15	2015-20	2020-25	2025-30
Natalidad	30,7	27,3	23,9	21,1	18,8	17,9	17,4	16,6	15,6
Mortalidad	5,2	4,9	4,7	4,8	5,0	5,4	5,8	6,3	6,9
Crecimiento natural	2,6	2,2	1,9	1,6	1,4	1,3	1,2	1,0	0,9
Migración	0,8	0,5	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Crecimiento total	2,6	2,3	2,0	1,7	1,4	1,3	1,2	1,0	0,9
Fecundidad total	3,8	3,4	2,9	2,5	2,2	2,1	2,1	2,1	2,1
NRR	1,8	1,6	1,4	1,2	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0
e(0) - ambos sexos	70,1	71,0	71,8	72,6	73,1	73,6	74,1	74,6	75,1
e(10) - ambos sexos	63,3	53,7	64,1	64,5	64,9	65,2	65,6	66,0	66,4
Mortalidad infantil	36,0	31,1	26,1	21,6	20,3	18,9	17,5	16,2	14,8
q(5) - ambos sexos	0,04	0,04	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02

Fuente: Bulatao y otros (1990), op. cit.

Grafico 5.3. Tasa de participación por edad y sexo
Venezuela 2do. semestre de 1991.



Cuadro 5.10. Estructura por edad de la población: Venezuela, 1990-2030

	1990	2010	2030
	(Porcentajes)		
Menos de 5 años	13,85	7,87	7,52
Menos de 15 años	38,29	27,62	22,66
Entre 25 y 45 años	27,21	30,30	30,20
Más de 60 años	5,57	8,23	14,43
	(PET/POB menos de 15 y más de 60)		
Tasas de sostenimiento	1,28	1,79	1,70

Fuente: Cálculos del autor con base en información de Bulatao y otros [1990],,

La Fuerza Laboral

La estructura de tasas de participación en la fuerza laboral por edad y sexo fue obtenida en base a información de la Encuesta de Hogares por Muestreo (OCEI) para el segundo semestre de 1991. Las tasas de participación, como puede verse en el Gráfico 5.3, muestran un patrón diferencial por edad y sexo, con mayor participación masculina. Sin embargo, ambos sexos muestran un patrón similar de variación de las tasas de participación por edad.

Con el objeto de estimar el tamaño de la fuerza laboral (presentada en el cuadro

A-2 del apéndice) suponemos que el nivel y la estructura de las tasas de participación en la fuerza laboral se mantienen constantes a lo largo del período de proyección. Los cambios en la composición de la fuerza laboral provienen de las modificaciones en la estructura por edades de la población, y no de cambios en las tasas de participación.

Este es un supuesto obviamente irreal, pero que nos permite concentrar la atención del ejercicio en el impacto de los cambios en la estructura demográfica.

La Estructura del Mercado de Trabajo

Según la ley, la afiliación al sistema de seguros sociales es obligatoria para todos los trabajadores en relación de dependencia (art. 3 Ley). Esto implica que la cobertura del sistema de seguros sociales está legalmente limitada a los empleados y obreros en relación de dependencia y excepcionalmente a categorías específicas de trabajadores por cuenta propia (art. 3-6 Ley, art. 1-9 Reg). Por otra parte, y dada la limitada capacidad de coerción que el sistema tiene sobre empleadores y empleados, en general se supone que los empleados y obreros del sector informal no están asegurados en el sistema. Por lo tanto, la cobertura teórica del sistema de seguridad social se limita a los empleados y obreros del sector público y del segmento moderno privado.

Un análisis de la información de la Encuesta de Hogares por Muestreo (OCEI) revela que la composición del empleo en el mercado de trabajo por categoría ocupacional y segmento es muy variable de acuerdo al sexo y la edad, como lo muestra el cuadro 5.11.

Para los fines de la proyección suponemos que la proporción de cada grupo de edad y sexo en las categorías de empleados y obreros privados modernos y públicos se mantiene constante a lo largo del período de proyección. Utilizando esas proporciones obtuvimos el número total de empleados y obreros en cada categoría que presentamos en los cuadros A-3 y A-4 del apéndice.

La Cobertura del Sistema de Seguros Sociales

Dentro del universo de posibles asegurados, la ley prevé dos regímenes diferentes de afiliación y cobertura. El primero, denominado *régimen parcial*, incluye la cobertura de las contingencias de incapacidad permanente, vejez, supervivencia y nupcias (las llamadas "prestaciones en dinero" art. 2 Ley). El segundo, denominado *régimen general*, incluye el conjunto de "prestaciones en dinero" y la cobertura de asistencia médica e incapacidad temporal.

El *régimen parcial* se aplica a los empleados públicos sujetos a disposiciones laborales especiales y diferentes de la Ley del Trabajo¹⁰ y a aquellos empleados privados en zonas donde el IVSS no dispone de instalaciones médicas. Con la extensión nacional que ha alcanzado el sistema de instalaciones médicas disponibles

⁹ Con este término nos referimos al conjunto de empleados y obreros en empresas de menos de 5 personas.

¹⁰ Los empleados administrativos del sector público gozan de una situación especial según la ley de carrera administrativa que consagra, entre otras cosas, la inamovilidad en el empleo luego de un período de prueba. En contraste, los obreros del sector público tienen contratos sujetos a la Ley del Trabajo que rige para los contratos de los empleados del sector privado.

Cuadro 5.11. Cobertura potencial del sistema de seguros sociales.
Venezuela, 2do. semestre 1991
 (Porcentajes de empleados y obreros del sector moderno en la categoría
 sobre el total de ocupados del grupo de edad y sexo)

	Privado	Mujeres Público	Total	Privado	Hombres Público	Total
15-19	31,8	4,5	36,3	43,7	4,7	48,4
20-24	48,4	23,4	71,8	50,9	11,7	62,6
25-29	28,5	33,1	61,6	48,1	17,2	65,2
30-34	33,6	33,0	66,6	42,8	18,0	60,8
35-39	25,9	43,0	69,0	32,7	20,5	53,2
40-44	17,4	44,7	62,1	30,8	27,6	58,4
45-49	21,3	38,4	59,6	35,6	18,0	53,6
50-54	10,6	29,1	39,8	29,9	18,2	48,1
55-59	7,5	11,2	18,8	26,2	9,8	36,0
60-64	22,4	12,5	34,9	30,5	14,5	45,0
65-69	25,8	0,7	26,5	22,8	6,9	29,7
70-74	0,0	0,0	0,0	11,7	4,2	15,9
75 y +	0,0	0,0	0,0	25,7	0,0	25,7
Total	27,4	31,1	58,5	39,2	16,0	55,2

Fuente: Cálculos del autor sobre una muestra de la Encuesta de Hogares por Muestreo, 2do. semestre de 1991.

para los afiliados del IVSS, esta última categoría se ha reducido en importancia. El *régimen general* se aplica al conjunto de empleados y obreros del sector moderno privado y a los empleados del sector público con contratos sujetos a las disposiciones de la Ley del Trabajo.

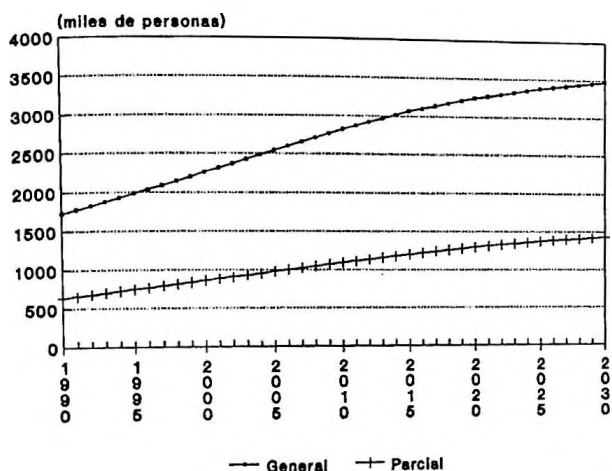
Dado que la base de datos no permite distinguir entre empleados administrativos y obreros dentro de la nómina del sector público, se adoptó un supuesto simplificador, en virtud del cual todos los empleados del sector privado moderno están sujetos al régimen general, en tanto que todos los empleados públicos lo están al régimen parcial. Según esta hipótesis, la evolución de los porcentajes de cobertura efectiva del sistema de seguros sociales se presenta en el cuadro 5.12.

Estos porcentajes históricos de cobertura del sistema de seguros sociales son calibrados en el modelo de proyección sobre la base de información para el período 1985-90. El resultado se muestra en el gráfico 5.4 y en el cuadro A-5 en el apéndice.

Las Cotizaciones al Sistema de Seguros Sociales

El sistema de seguros sociales se financia en su mayor parte mediante el cobro de primas, calculadas como porcentaje del salario de cotización. El salario de cotización tiene un tope establecido en términos nominales, por encima del cual la tasa marginal de cotización es cero. Esto hace que las tasas medias de cotización sean decrecientes respecto del salario total.

Grafico 5.4. Proyección del número de cotizantes por régimen al sistema de seguros



Fuente: Cálculo del autor.

Cuadro 5.12. Afiliación al sistema de seguros sociales
(en porcentajes respecto a población potencialmente cubierta)

Años	Régimen general	Régimen parcial
1977	69,9	35,0
1978	72,6	35,1
1979	71,8	34,4
1980	70,9	43,3
1981	73,5	49,2
1982	69,9	50,2
1983	73,2	51,0
1984	77,0	51,0
1985	81,5	49,2
1986	74,0	51,1
1987	70,5	53,0
1988	71,0	53,0
1989	74,1	48,0
1990	77,5	49,1
1991	77,0	49,6

Fuente: Cálculos del autor sobre información de la Encuesta de Hogares y de la Memoria y Cuenta del IVSS, varios años.

Más formalmente, la cotización al seguro social es igual a

$$\begin{array}{ll} w \cdot t & \text{si } W \leq W_{\text{tope}} \\ W_{\text{tope}} \cdot t & \text{si } W > W_{\text{tope}} \end{array}$$

donde:

$$\begin{array}{ll} w & = \text{salario mensual} \\ w_{\text{tope}} & = \text{salario tope de cotización} \\ t & = \text{tarifa de cotización.} \end{array}$$

Dada la forma de cálculo de la contribución al seguro social, la tasa media de contribución depende de la relación entre salario medio y salario tope de cotización y de la forma de la distribución de los salarios. Formalmente, las contribuciones salariales totales al IVSS son iguales a

$$\sum_{W_i < W_{\text{tope}}} W_i \cdot t + \sum_{W_i \geq W_{\text{tope}}} W_{\text{tope}} \cdot t = \left(\overline{W}_{W_i < W_{\text{tope}}} \cdot L_{W_i < W_{\text{tope}}} + W_{\text{tope}} \cdot L_{W_i < W_{\text{tope}}} \right) \cdot t$$

donde

$$L = \text{empleo en el grupo correspondiente.}$$

Multiplicando y dividiendo por L total, obtenemos

$$\begin{aligned} \left(\overline{W}_{W_i < W_{\text{tope}}} \cdot \frac{L_{W_i < W_{\text{tope}}}}{L} + W_{\text{tope}} \cdot \frac{L_{W_i < W_{\text{tope}}}}{L} \right) \cdot L \cdot t = \\ \left(\overline{W}_{W_i < W_{\text{tope}}} \cdot F^- + W_{\text{tope}} F^+ \right) \cdot L \cdot t \end{aligned}$$

donde

$$\begin{array}{ll} F^+ & = \text{fracción de trabajadores con salario por encima del tope de cotización.} \\ F^- & = 1 - F^+ \end{array}$$

Dado que

$$\overline{W}_{W_i < W_{\text{tope}}} < \overline{W}$$

esto implica que el salario de cotización está siempre por debajo del salario medio de la economía, y la distancia entre ambos depende del valor de: cuánto más grande sea, mayor será esa distancia.

Históricamente es posible distinguir dos etapas en la relación entre salario tope de cotización y salario promedio en Venezuela. Hasta fines de los años sesenta se aplicó una política que mantuvo un alto salario tope, haciendo muy cercano a cero y el salario de cotización prácticamente igual al salario promedio. A partir de esa fecha, el abandono de las actualizaciones periódicas del salario tope ocasionó una caída en términos reales. La aceleración de la inflación en los años setenta condujo a una reducción del salario tope en términos reales a niveles inferiores al salario

promedio, haciendo casi igual a uno.

En nuestra proyección emplearemos dos escenarios alternativos. En el primero, tomaremos $=1$ implicando una política de no actualización del tope de cotización. Como consecuencia de esa política, las cotizaciones crecen nominalmente al mismo ritmo que la población cotizante. En el segundo escenario, tomaremos $=0$ implicando una política de eliminación del tope de cotizaciones. En este caso, y como consecuencia de esa política, las cotizaciones crecen nominalmente a una tasa igual a la suma del crecimiento de la población cotizante más el crecimiento nominal de los salarios. Los resultados de ambas proyecciones pueden verse en los cuadros A-5 y A-6 respectivamente del apéndice.

Las Prestaciones del Sistema de Seguros Sociales

Las Jubilaciones en el Sistema de Seguros Sociales

Cuando el asegurado que tenga por lo menos 750 cotizaciones semanales acumuladas cumple 55 años de edad si es mujer o 60 años si es hombre, tiene derecho a una pensión de vejez. El IVSS puede reglamentar reducciones de la edad mínima de retiro por trabajo insalubre, pero en todo caso esa reducción nunca podrá ser mayor de cinco años.

La pensión de vejez se calcula de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$PV = \max \left\{ \begin{array}{l} 2.000 \text{ Bs.}; \\ 0,4 \cdot W_{ref} \end{array} \left[\left[(1 + 0,05 \cdot (R - R_{min})) \cdot 0,3 \right] + \left[0,01 \cdot \max \left(0; \text{trc} \left(\frac{C - 750}{50} \right) \right) \right] \right] \cdot W_{ref} \right\}$$

donde

- PV = monto mensual de la pensión de vejez
 C = número total de cotizaciones
 R = edad al momento del retiro
 R_{min} = edad mínima de retiro (55 años para mujeres, 60 para hombres)

$$W_{ref} = \frac{\sum_{i=R-5}^R \min(W_i, W_{tope})}{5}$$

$\max(a;b) = a$ si y solo si $a > b$

$$\text{trc} \left(\frac{C - 750}{50} \right) = a \Rightarrow \frac{C - 750}{50} = a, \text{ resto}$$

La fórmula de cálculo de las pensiones de vejez establece dos incentivos para el retiro tardío. El primer término de la última línea implica un aumento de 5 por ciento de la pensión por cada año que se posterga el retiro por encima de la edad mínima. El segundo término de esa misma línea, establece que por cada 50 cotizaciones por encima del mínimo de 750 cotizaciones requeridas, la pensión aumenta un 1 por ciento.

Cuadro 5.13. Algunos indicadores del sistema de pensiones del IVSS

Año	Cotizantes por pensionado (personas)	Monto mensual (Bs. de 1992)	Pensión salario mínimo	Pensiones como porcentaje del gasto total
1971	2.757,5	21.754	2,35	0,3
1972	94,3	16.327	1,81	7,0
1973	67,7	16.250	1,87	9,3
1974	49,0	14.720	1,23	11,8
1975	44,3	13.255	1,22	12,1
1976	39,2	15.752	1,56	15,8
1977	36,1	14.955	1,59	16,6
1978	34,9	14.399	1,64	18,5
1979	30,2	9.742	1,25	14,7
1980	31,1	12.832	1,00	16,8
1981	29,6	11.127	1,01	16,9
1982	30,1	11.757	1,16	18,7
1983	26,1	9.144	0,96	16,0
1984	24,3	8.473	1,00	18,1
1985	22,9	7.698	0,61	17,6
1986	21,1	7.014	0,46	15,9
1987	20,6	5.690	0,48	15,3
1988	20,6	5.112	0,43	15,8
1989	19,4	2.644	0,27	10,5
1990	18,4	3.172	0,45	10,6
1991	17,4	3.012	0,38	12,6
1992	17,4	2.874	0,32	10,2

Fuente: Memoria y Cuenta IVSS, varios años.

La pensión se establece en términos nominales y se basa en el promedio de los salarios de referencia de los últimos cinco años. Esta fórmula de cálculo, muchas veces caracterizada como la de un sistema de reparto, en realidad es equivalente a la de un sistema de capitalización con tasas internas de retorno que dependen del cronograma de contribuciones y de la inflación durante la vida del individuo¹¹.

Un trabajador con exactamente 750 cotizaciones que se retira a la edad mínima, obtiene una TIR (implicada por la fórmula de cálculo de la pensión) negativa en términos reales para una inflación del 30 por ciento y ligeramente positiva para una inflación del 10 por ciento. Lejos de poder caracterizarse como extremadamente generosa, esta fórmula de cálculo resulta extremadamente conservadora para las finanzas del sistema de retiro, particularmente para altas tasas de inflación¹².

11 Márquez, 1992, op. cit.

12 Márquez, 1992, op. cit.

Desde el punto de vista puramente demográfico, es interesante observar cómo se reduce el número de cotizantes por pensionado dentro del sistema (primera columna del cuadro 5.13), lo que en el fondo anticipa lo que mencionábamos anteriormente como el proceso de maduración demográfica de Venezuela.

Por otra parte, es conveniente notar como el hecho de que las pensiones se calculen en términos nominales ha permitido que su reducción en términos reales funcione como un mecanismo de ajuste financiero del sistema de pensiones. Como podemos ver en la segunda columna del cuadro 5.13, las pensiones de vejez en términos reales han disminuido continuamente desde principios de los años setenta. Medidas como múltiplo del salario mínimo (tercera columna del cuadro 5.13), que permite compensar la caída del salario real durante los años ochenta, la caída de las pensiones se acelera notablemente a partir de 1983. Esa disminución ha permitido que la participación de las pensiones en el gasto total del sistema de seguros sociales se haya reducido, como muestra la última columna del cuadro 5.13.

A fines de nuestra proyección, estimamos el flujo de nuevos pensionados cada año aplicando un porcentaje constante (estimado sobre el período 1985-90) a la cohorte de cotizantes que el año anterior cumple 60 (55) años de edad para hombres (mujeres). A cada uno de estos grupos se le asigna una esperanza de vida a la edad de retiro¹³, lo que nos permite construir cohortes fechadas sintéticas de población retirada. Suponiendo que la población retirada al inicio del período de proyección tiene la misma distribución por edad que la población general de hombres (mujeres) de más de 60 (55) años, obtenemos el total de población retirada a cada fecha.

El número inicial de retirados dentro de cada grupo de edad se incrementa cada año por el flujo de entrada de nuevos retirados, y se reduce por la muerte de los retirados que completan su esperanza de vida. Así, en cada fecha, el número total de retirados es igual a

$$\sum_{edad/sexo} stock_{edad/sexo}^t = \sum_{edad/sexo} stock_{edad/sexo}^{t-1} \% jub_{sexo} \cdot \sum_{sexo} cohorte_{retirado}^t - \sum_{sexo} cohorte [(edad - R) \geq e(R)]_{sexo}^t$$

donde

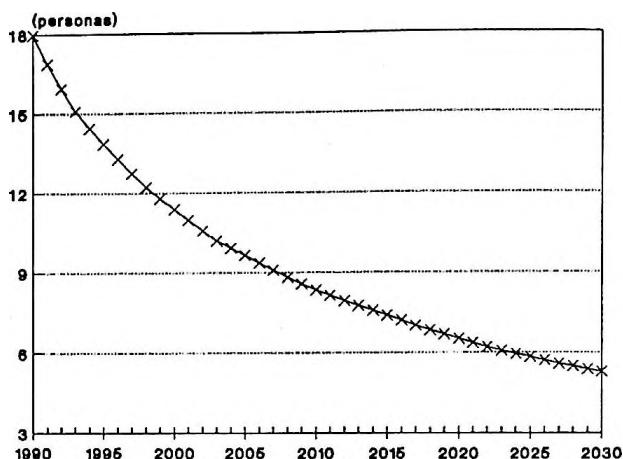
$$e(R) = \text{esperanza de vida a la edad de retiro}$$

Los resultados de este cálculo se presentan en la primera columna de los cuadros A-7 y A-8 del apéndice. Dada la evolución demográfica prevista, la carga de pensionados por cotizante del sistema aumenta enormemente en el período de proyección, tal como se muestra en el gráfico 5.4.

Anteriormente se señaló que la reducción de las pensiones en términos reales había funcionado como mecanismo de ajuste financiero del sistema de pensiones. Es obvio que tal procedimiento tiene límites, en el sentido de que las pensiones

¹³ La esperanza de vida a la edad respectiva (24,22 años para mujeres de 55 años y 17,3 años para hombres de 60 años) fue obtenida del Cuadro 22, pág. 488, de la edición de 1990 del "Anuario demográfico" de las Naciones Unidas, Nueva York, 1992.

Grafico 5.5. Cotizantes por retirado en el sistema de Pensiones Venezuela, 1990-2030



Fuente: Cálcul. Proprios. Tab A-7 e A-8.

políticas ejercidas sobre el sistema con el fin de aumentar las pensiones son una función directa del número de pensionados (en aumento) e inversa del nivel de las pensiones (en su nivel más bajo). En parte, esas presiones son típicas de economías cuyas presiones inflacionarias aumentan, como la economía venezolana de la última década.

El debate que actualmente se mantiene en Venezuela es un fiel reflejo de este proceso: por un lado, existen fuertes presiones políticas para aumentar el monto de las pensiones al nivel del salario mínimo; por el otro, todos los grupos involucrados se niegan al aumento de las cotizaciones necesario para financiar ese aumento de las pensiones.

Nuestro ejercicio de proyección se basa en dos escenarios alternativos. De acuerdo con el primero, cuyo resultado presentamos en los cuadros A-7 del apéndice, las pensiones se mantienen aproximadamente a su nivel real actual (un tercio del salario mínimo), lo que implica aumentos nominales periódicos en un porcentaje similar al del aumento de los salarios reales más la inflación. De acuerdo con el segundo escenario, las pensiones se actualizan en 1993 a un monto igual al salario mínimo, y se mantienen a ese nivel real para todo el período de proyección. Es importante notar que ninguno de los dos escenarios implica cambios fundamentales en la estructura institucional y/o financiera del sistema de pensiones, pues ambos mantienen la estructura de pasivos del sistema actual, propia de un sistema de contribuciones definidas y beneficios indefinidos.

Los Gastos de Asistencia Médica

Los asegurados del régimen general, los pensionados y sus familiares directos están amparados por una póliza de atención médica de muy amplia cobertura, incluyendo atención odontológica (art. 7-8 Ley, art. 118-140 Reg). Estos servicios se prestan en las instalaciones hospitalarias del seguro social, pero pueden ser subcontratarse a terceros. La asistencia médica se presta por un período de 52 semanas consecutivas para los asegurados, pensionados y sus familiares. Para los familiares de pensionados por vejez o invalidez, el período se restringe a 26 semanas.

Si un beneficiario que ha recibido asistencia médica y ha terminado su tratamiento vuelve a solicitar asistencia médica por una enfermedad diferente dentro de las cuatro semanas siguientes, el período de asistencia médica se contará como si no hubiera habido interrupción. El asegurado que haya agotado su derecho a prestaciones de asistencia médica lo recuperará luego de haber cotizado 16 semanas. Sin embargo, si se trata de una nueva enfermedad bastarán ocho semanas. En cualquiera de los casos, el beneficiario y el médico no enfrentan limitaciones presupuestarias, más allá de la razonabilidad de los cuidados, la atención y el tratamiento que sean corrientes en la práctica médica.

Los hospitales del IVSS, además, desarrollan importantes y muy costosas tareas de investigación y docencia médica. Esto tiende a aumentar los costos asignables a los usuarios, aún cuando más propiamente esos costos deberían financiarse con recursos de presupuestos diferentes.

La estructura de gastos del sistema de atención médica del IVSS se define en parte por la estructura institucional del sistema. Ya que el IVSS opta por prestar el servicio de atención médica en sus propias instalaciones médicas, el gasto de administración de esas instalaciones (tercera columna del cuadro 5.12) debe considerarse parte integrante de ese renglón de gastos. Que ese gasto sea o no excesivo en términos de la naturaleza misma de la actividad principal de las instalaciones médicas, o que ese gasto pudiera reducirse por medio de un mayor uso de la subcontratación de servicios médicos, son preguntas cuyas respuestas exigen un cuidadoso análisis comparativo con otras instalaciones médicas y con el costo de alternativas de prestación del servicio. Ese análisis escapa al alcance de este informe, pero es importante notar que no existen a la fecha análisis técnicos confiables que justifiquen una respuesta afirmativa (o negativa) a ninguna de esas dos preguntas.

Dada la cobertura de la póliza de seguro de atención médica, la amplitud de la misión de las instalaciones médicas del IVSS, y las ineficiencias que puedan esperarse en un sistema con una clientela cautiva, la evolución del gasto en asistencia médica por asegurado (presentado en la última columna del cuadro 5.14) es sorprendente: el gasto médico por asegurado ha venido disminuyendo sin interrupción desde principios de los años ochenta. Análisis previos de la situación del IVSS muestran que esta reducción del gasto por beneficiario está asociada a un aumento de la ineficiencia, y que ella tiene un impacto distributivo sumamente regresivo¹⁴.

Para los fines de nuestro ejercicio de proyección, adoptamos como supuesto un nivel real constante de gasto en atención médica por beneficiario de 4.500 Bs. (a precios constantes de 1992), y un gasto en administración de hospitales igual al

14 Para un análisis detallado del impacto distributivo del sistema de atención médica del IVSS, véase Márquez, 1992, op. cit.

Cuadro 5.14. Algunos indicadores del sistema de atención médica

Año	Beneficiarios		Egresos		Egresos por beneficiario	
	Cotizantes	Familiares	Adminis- tración hospitales	Asistencia médica	Adminis- tración hospitales	Asistencia médica
	(miles de personas)		(millones de Bs.)		(Bs. de 1992)	
1970	611,8	1.254,6	90,2	461,1	1.538,13	7.867,07
1971	657,4	1.345,0	94,8	505,8	1.461,23	7.793,88
1972	707,2	1.445,7	98,5	533,5	1.373,07	7.438,13
1973	772,4	1.575,1	106,2	559,1	1.307,29	6.884,71
1974	839,1	1.717,4	129,3	625,7	1.346,22	6.516,88
1975	942,9	1.928,0	159,3	726,1	1.343,95	6.124,66
1976	989,2	2.023,6	200,6	833,1	1.498,30	6.222,82
1977	1.075,7	2.207,5	223,9	880,9	1.423,81	5.601,31
1978	1.190,8	2.443,4	266,3	930,6	1.428,00	4.990,46
1979	1.184,3	2.960,7	266,7	1.038,3	1.116,25	4.344,95
1980	1.220,6	3.051,6	119,8	1.632,7	400,21	5.454,37
1981	1.285,4	3.213,4	326,7	1.839,5	892,26	5.023,49
1982	1.269,9	3.242,3	309,6	1.823,1	770,10	4.534,80
1983	1.216,8	3.042,0	434,7	1.908,4	1.076,44	4.725,68
1984	1.265,8	3.164,6	295,7	1.881,3	627,48	3.992,60
1985	1.334,2	3.335,6	244,5	2.303,7	441,99	4.164,00
1986	1.454,1	3.635,2	277,9	3.339,4	413,22	4.965,41
1987	1.557,4	3.893,6	387,5	3.885,2	419,80	4.209,32
1988	1.727,4	4.318,4	555,9	5.130,1	419,42	3.870,62
1989	1.712,3	4.280,9	n.d.	8.565,2	n.d.	3.534,17
1990	1.803,0	4.507,4	n.d.	14.885,3	n.d.	4.147,13
1991	1.866,1	4.665,2	n.d.	14.721,7	n.d.	2.952,77
1992	2.034,5	5.086,2	n.d.	22.366,0	n.d.	3.140,97

n.d.: no disponible.

Fuente: Memoria y Cuenta IVSS, varios años.

10 por ciento del gasto en atención médica. Ambos parámetros son obviamente arbitrarios, pero describen aproximadamente la situación de ambos renglones de gasto a mediados de los años ochenta. Los resultados de esta proyección pueden verse en el cuadro A-9 del apéndice.

Es conveniente notar que ambos supuestos de proyección son conservadores, en el sentido de que no estamos suponiendo grandes cambios en la eficiencia del sistema, ni aumentos desmesurados de costos por beneficiario. Es cierto que a partir de 1988, el IVSS ha registrado gastos médicos por beneficiario inferiores a 4.500 Bs. de 1992 y, peor aún, que las proyecciones para 1991-92 presentadas por la actual

administración del IVSS proyectan esos gastos a niveles inferiores a 3.000 Bs. de 1992 por beneficiario. Sin embargo, este menor gasto ha coincidido con la peor crisis del sistema de atención médica del IVSS, incluyendo el cierre de instalaciones médicas por falta de insumos y medicamentos.

De cualquier forma, el modelo de proyección permite fácilmente modificar estas hipótesis para adoptar supuestos más sofisticados, y quizá más realistas.

El Gasto en Indemnizaciones por Incapacidad Temporal

Vinculado al seguro de atención médica, el IVSS presta un servicio de reemplazo de ingresos en caso de incapacidad temporal relacionada con enfermedades o accidentes de trabajo. El asegurado del régimen general que contraiga una enfermedad o sufra un accidente cuyo tratamiento requiera reposo tiene derecho a una indemnización diaria durante el tiempo que dure su incapacidad temporal (art. 9-12 Ley, art. 141-147 Reg).

Esa indemnización se concede por un máximo de 52 semanas por enfermedad o accidente. Si existe dictamen médico favorable a la recuperación del asegurado, éste seguirá percibiendo la indemnización diaria por un período mayor. Si la enfermedad o el accidente requieren hospitalización, el asegurado percibirá una indemnización diaria igual a la mitad de la que le correspondería sin hospitalización. Las aseguradas que den a luz tendrán derecho a una indemnización diaria por seis semanas antes de la fecha presunta del parto y por seis semanas a partir del parto. La indemnización diaria será igual al equivalente diario de $\frac{2}{3}$ del último salario mensual.

En el cuadro 5.15 presentamos algunos indicadores del servicio de indemnizaciones diarias. Es importante notar que el monto de la indemnización está relacionado con el salario de cotización, lo que nos permite proyectar el gasto total en indemnizaciones como un porcentaje (4,5 por ciento) del ingreso total por cotizaciones del régimen general del sistema de seguros sociales. Los resultados de la proyección pueden verse en el cuadro A-10 del apéndice.

La cifra anterior describe aproximadamente la situación del sistema a fines de los años ochenta. Nuestra proyección es conservadora, en el sentido de que supone el mantenimiento de los parámetros actuales de funcionamiento del sistema. Los cambios en la organización del sistema, la mayor eficiencia en la atención médica y un mejor control del uso de este beneficio podrían reducir los costos. Sin embargo, es notable que la actual administración del IVSS haya presupuestado para 1991-92 un nivel mayor aún de gasto que el proyectado aquí.

El Gasto en Otras Prestaciones en Dinero

El conjunto de servicios que se describe en este acápite es un beneficio del que gozan todos los asegurados del sistema de seguros sociales (sean de régimen parcial o general). Estos servicios no están asociados a la prestación de asistencia médica, y su acceso es independiente del hecho de haberla recibido o no a través del sistema de seguros.

Para los fines de la proyección, el gasto total en estos servicios se considera agrupado e igual a un 50 por ciento del gasto por concepto de pensiones de vejez del sistema, respetando las proyecciones presupuestarias realizadas por la administración

Cuadro 5.15. Los gastos por indemnizaciones diarias por incapacidad temporal

Año	Egresos por indemnizaciones diarias (millones de Bs.)	Egresos por cotizante Régimen general		Indemnización como porcentaje de cotizaciones Régimen general (Porcentaje)
		(Bs. corrientes)	(Bs. de 1992)	
1970	80,3	611,80	19.482	12,30
1971	80,1	657,40	20.285	11,11
1972	86,1	707,20	21.227	10,70
1973	94,8	772,40	22.27	10,66
1974	114,6	839,10	22.343	11,57
1975	149,7	942,90	22.834	11,00
1976	164,7	989,20	22.260	10,41
1977	175,7	1.075,70	22.458	9,81
1978	184,4	1.190,80	23.206	8,58
1979	212,7	1.184,30	20.543	9,72
1980	255,5	1.220,60	17.421	8,02
1981	243,2	1.285,35	15.791	7,11
1982	238,7	1.269,92	14.253	6,74
1983	249,0	1.216,78	12.832	7,54
1984	218,8	1.265,84	11.902	6,30
1985	213,3	1.334,24	11.262	5,95
1986	224,8	1.454,09	11.004	5,33
1987	249,4	1.557,43	9.198	4,60
1988	279,5	1.727,37	7.879	4,10
1989	229,0	1.712,34	4.234	3,21
1990	447,0	1.802,95	3.170	2,40
1991	1.316,0	1.866,09	2.445	5,24
1992	1.810,0	2.034,49	2.034	5,33

Fuente: Memoria y Cuenta IVSS, varios años.

del IVSS para el período 1991-92.

Incapacidad Parcial e Invalidez

Quando el asegurado, a causa de enfermedad profesional, accidente de trabajo o accidente común, resulte con algún grado de incapacidad laboral, tiene derecho a una pensión (art. 13-26 Ley, art. 148-161 Reg). Si la incapacidad laboral excede de un 5 por ciento pero es menor a 2/3 se considera incapacidad parcial, y si la incapacidad laboral excede los 2/3 se considera invalidez. El grado de incapacidad laboral se establece en base al Reglamento No. 3 del IVSS, del 14 de septiembre

de 1944.

Si la incapacidad resulta de un accidente de trabajo, un accidente común o una enfermedad profesional, el derecho a la pensión de invalidez no está condicionado por consideraciones de edad o número de cotizaciones. Si la incapacidad resulta de enfermedad común, se exige tener un mínimo de 100 cotizaciones semanales en los últimos 3 años (o haber cotizado el 64 por ciento del tiempo) y, además, si el asegurado tiene 35 años de edad o más, debe tener un total mínimo de 250 cotizaciones semanales. El número de cotizaciones totales se rebaja en 20 cotizaciones por año para trabajadores menores de 35 años, hasta un mínimo de 100 semanas para un trabajador de 27 años de edad.

En el caso de incapacidad mayor del 66 por ciento (invalidez) la pensión se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$PI = \max \left\{ \begin{array}{l} \alpha \cdot W_{ref} \\ 2.000Bs. + 0,3 \cdot W_{ref} + 0,1 \cdot \max (0; \text{arc} \left(\frac{C - 750}{50} \right) \end{array} \right\}$$

donde

- PI = pensión de invalidez
 C = número total de cotizaciones semanales acumuladas
 α = 0,4 si la invalidez proviene de enfermedad o accidente común o
 0,66 si la invalidez proviene de enfermedad profesional o
 accidente de trabajo

La pensión de invalidez se incrementa en un 50 por ciento para aquellos trabajadores que no puedan moverse o que requieran atención constante de otra persona. En caso de incapacidad parcial mayor al 25 por ciento, el asegurado tiene derecho a una pensión de incapacidad parcial. El monto de la pensión de invalidez se calcula multiplicando el porcentaje de incapacidad por PI. Por incapacidad entre el 5 y el 25 por ciento, el asegurado tendrá derecho a percibir una indemnización única que resulta de aplicar el porcentaje de incapacidad a 3 anualidades de la pensión de invalidez.

El asegurado tiene derecho a percibir la pensión de invalidez después de seis meses de iniciado el estado de invalidez y por todo el tiempo que ésta dure. La pensión por incapacidad parcial se pagará desde el momento en que dejen de percibirse las indemnizaciones diarias por el tratamiento de la incapacidad.

Pensiones de Supervivencia

En caso de fallecimiento de un asegurado con no menos de 750 cotizaciones semanales, o de un asegurado que fallezca a causa de accidente de trabajo o de un beneficiario de pensión de invalidez o vejez, los familiares directos (cónyuge, concubina e hijos menores o inválidos) tendrán derecho a recibir una pensión de supervivencia (art. 32-40 Ley, 164-167 Reg). Esta pensión es igual a una parte alícuota del porcentaje correspondiente del beneficio que correspondía al asegurado o pensionado. Si hay un sólo sobreviviente, el porcentaje es de 40 por ciento. Este porcentaje se aumenta en 20 puntos por cada sobreviviente adicional hasta un

máximo de 100 por ciento.

Nupcias

El asegurado que haya cotizado más de 100 cotizaciones semanales en los últimos tres años que contraiga matrimonio tendrá derecho a una asignación única de 7.000 Bs. (art. 41-42 Ley).

Gastos en Administración General

Los gastos de administración del sistema de seguros sociales se financian mediante una asignación presupuestaria especial del Estado igual, como mínimo, a 1,5 por ciento del total de los salarios de cotización (art. 69-70 Ley, art. 93-97 Reg). Aún cuando históricamente los aportes del Estado por diversos conceptos han diferido de ese porcentaje tanto por exceso como por defecto, en nuestra proyección hemos supuesto ese aporte como exactamente igual al mínimo legal (véanse los cuadros A-5 y A-6 del apéndice).

Los indicadores que presentamos en el cuadro 5.16 muestran que el gasto por cotizante al sistema ha tendido a decrecer en términos reales. En nuestra proyección consideramos los gastos de administración como un gasto general del sistema, estimados en 1.700 Bs. (a precios constantes de 1992) por cotizante. El resultado de esa proyección puede verse en el cuadro A-11 del apéndice.

Evaluación del Costo de las Alternativas

Desde el punto de vista financiero, nuestra evaluación de la viabilidad de las alternativas de política propuestas aquí se basa en la reconstrucción contable de los diversos Fondos que integran el sistema de seguros sociales, para obtener la masa de recursos invertibles. El rendimiento de esos recursos, calculado a tasas de interés de mercado, se acumula en el Fondo de Pensiones, lo que nos permite obtener el superávit/déficit corriente del sistema para cada año dentro del período de proyección.

Con el objeto de reproducir en forma simplificada la estructura financiera del sistema, partimos de los últimos datos contables disponibles del IVSS para 1988 sobre el monto de cada uno de los Fondos de Pensiones, Asistencia Médica, Indemnizaciones Diarias y Administración. Suponemos que la suma algebraica de los montos disponibles en cada uno de esos Fondos se invierte a una tasa de interés real del 1 por ciento. Los rendimientos financieros así obtenidos vuelven a acumularse en el período siguiente en el Fondo de Pensiones.

El valor de los Fondos diferentes al Fondo de Pensiones en el período t es igual a

$$\text{valor}F_t^i = \text{valor}F_{t-1}^i + \text{ingreso}F_t^i - \text{gasto}F_t^i$$

mientras que el valor del Fondo de Pensiones es igual a

$$\text{valor}F_{Pensiones}^t = \text{valor}F_{Pensiones}^{t-1} + \text{ingreso}F_{Pensiones}^t$$

Cuadro 5.16. Los gastos de administración general del IVSS

Años	Egresos Administración general (millones Bs.)	Egresos por cotizante	
		(Bs. corrientes)	(Bs. de 1992)
1970	62,5	77,3	2.461,3
1971	63,6	73,7	2.273,7
1972	67,1	73,0	2.190,1
1973	85,3	85,5	2.472,6
1974	98,6	91,8	2.444,5
1975	123,4	102,8	2.488,8
1976	137,8	108,9	2.450,4
1977	148,2	107,0	2.234,4
1978	152,2	100,6	1.960,4
1979	152,9	100,4	1.742,2
1980	416,6	250,8	3.578,9
1981	261,6	145,5	1.787,4
1982	355,8	196,6	2.206,4
1983	348,5	196,9	2.076,1
1984	331,2	182,3	1.714,2
1985	391,9	206,7	1.744,4
1986	504,3	252,4	1.909,7
1987	574,5	267,3	1.578,7
1988	790,9	338,9	1.545,8
1989	1.922,2	835,0	2.064,8
1990	3.158,0	1.298,7	2.283,2
1991	2.565,0	1.016,1	1.331,0
1992	8.794,8	3.203,2	3.203,2

Nota: A partir de 1989, los gastos de Administración General fueron estimados como un 60 por ciento de los gastos totales de Administración.

Fuente: Anuario Estadístico y Memoria y Cuenta IVSS, varios años.

$$- \text{gasto} F_{\text{Pensiones}}^i + \max \left(0; \sum_{i, \text{Pensiones}}^i \text{valor} F - 1 \right)$$

Debe señalarse que este cálculo no corresponde a las "buenas prácticas" actuariales, en el sentido de que no figura entre los pasivos del IVSS la deuda futura contraída con los actuales cotizantes. Ello se debe a que no consideramos en ningún momento la recapitalización del Fondo de Pensiones a un valor actuarialmente consistente con esos pasivos futuros.

Si bien es posible afirmar que ésta es una característica de los "sistemas de reparto" en los que los cotizantes de hoy financian las pensiones de los cotizantes

de ayer, lo cierto es que esa no era la estructura financiera del IVSS sino hasta muy recientemente, cuando la inflación y el bajo rendimiento financiero de la inversión de los fondos de reserva contingente condujo al Instituto a esa situación.

Los resultados de los cálculos para nuestros cuatro escenarios se presentan en los cuadros A-12 a A-15 del apéndice. En términos de valor presente, el VPN de los déficit acumulados en cada alternativa (o sea, la suma que sería necesario depositar hoy a una tasa de interés real del 1 por ciento para cubrir esos déficit cada año) equivale a un valor que oscila entre 4 y 27 veces el PIB de Venezuela en 1992 (véase el cuadro 5.17). Con el objeto de poner las cifras de déficit en relación con alguna magnitud generalmente comprensible, en el Gráfico 4.6 presentamos los déficit corrientes no acumulativos que cada uno de los escenarios genera como porcentaje del PIB de cada año hasta el año 2030.

En cualquier escenario el sistema deberá funcionar con importantes déficit corrientes, y sin que sea fácil pensar de dónde provendrá el financiamiento necesario dada la estrechez fiscal presente y previsible en el futuro. Aún en el mejor de los casos, en que aumentan las cotizaciones y se mantiene el nivel actual de las pensiones de vejez, esos déficit tienen un efecto corrosivo sobre las finanzas del IVSS, y la magnitud de los recursos necesarios para capitalizar esa pérdida es cuatro veces el PIB total de este año. En el peor de los casos, cuando se mantienen las cotizaciones actuales y se aumentan las pensiones de vejez, el déficit tendencial del sistema supera anualmente los 3 puntos porcentuales del PIB y los recursos necesarios para capitalizar la pérdida alcanzan a 27 veces el PIB de este año, haciendo que esa alternativa sea claramente insostenible.

El análisis de las proyecciones revela los orígenes de estos déficit. En cualquiera de los escenarios, los costos de asistencia médica superan los ingresos por este concepto. Los déficit de atención médica son cubiertos por los excedentes de otros Fondos y, particularmente, del Fondo de Pensiones. Esto tiende a descapitalizar el Fondo de Pensiones y, como consecuencia, a reducir los ingresos por inversiones financieras de todo el sistema.

Aún en el caso en que las pensiones se mantengan a los niveles actuales de un tercio del salario mínimo, las reservas reglamentarias del Fondo de Pensiones tienden a desaparecer. Sin embargo, resulta claro que ese nivel de pensiones es insostenible, si no por presiones de los actuales jubilados, por lo que eso dice del futuro del sistema a los actuales contribuyentes.

En este sentido, el escenario más realista de los cuatro que proponemos es aquél en el que el tope de cotización se elimina y las pensiones se aumentan. Pero aún en ese escenario, el sistema muestra pérdidas corrientes y se descapitaliza, dejando a sus administradores sin muchas más opciones que las de reclamar contribuciones fiscales extraordinarias que actualmente parecen poco viables.

Desde el punto de vista de la equidad, esas contribuciones fiscales extraordinarias son cuestionables, en el sentido de que constituyen aportes de toda la sociedad a un sistema que beneficia a un grupo, y no precisamente el más pobre, dado que el sistema de seguros sociales excluye a los trabajadores del sector informal. Más aún, es poco creíble que el sistema pueda extender su cobertura, dado el panorama financiero que surge de esta proyección.

Las conclusiones que resultan de esta reflexión no son demasiado alentadoras para el futuro del sistema de seguros sociales. Por un lado, el mantenimiento de la estructura actual de las contribuciones y prestaciones conduce a la quiebra del sistema a un plazo no mayor de 10 años. Por el otro, las modificaciones de

Cuadro 5.17. Costo de las políticas para el IVSS
(VPN de los déficit no acumulados como múltiplo del PIB de 1992)

	<i>La pensión de vejez promedio se fija en un valor igual a un tercio del salario mínimo</i>	<i>La pensión de vejez promedio se fija en un valor igual a un salario mínimo</i>
El salario tope de cotización se actualiza cada 10 años de acuerdo con la inflación de los últimos 5 años	Escenario 1-A 11,6 veces	Escenario 1-B 26,6 veces
El salario tope de cotización se fija a un nivel muy alto, <u>que en la práctica lo elimina.</u>	Escenario 2-A 4,1 veces	Escenario 2-B 19,7 veces

Fuente: Elaboración del autor

funcionamiento concebibles dentro de la actual estructura no hacen más que postergar la crisis, sin cambiar la dinámica financiera subyacente.

Las soluciones de esta crisis dependen fundamentalmente de la comprensión de los factores que determinan esa dinámica. Como se señala antes, dos elementos desempeñan un papel central como condicionantes: el agotamiento de las reservas del Fondo de Pensiones y la falta de control de los gastos por concepto de asistencia médica.

Es obvio que un sistema que ha sufrido una pérdida equivalente al 40 por ciento de los fondos de reserva antes de su maduración demográfica tiene que tener serias dificultades de financiamiento. Dado que esa pérdida se origina en una estructura de inversión dominada por instrumentos públicos de muy bajo rendimiento, es razonable que el público solicite que ella sea recapitalizada con recursos fiscales y no con contribuciones adicionales. Más grave, sin embargo, es que la recapitalización de esa pérdida exigiría recursos equivalentes al 6 por ciento del presupuesto fiscal total de 1993, convirtiendo al IVSS en uno de los grandes destinatarios de recursos fiscales junto con actividades tales como los Ministerios de Educación y de Sanidad.

Desde el punto de vista político, no resulta clara la forma de lograr que los aportantes al IVSS contribuyan a la cobertura de una pérdida no asociada al propio funcionamiento del sistema de seguros sociales, sino al hecho de que el Estado se apropió de recursos del IVSS para cubrir sus gastos de funcionamiento. Las dificultades que actualmente tiene la administración del IVSS para lograr un aumento de las cotizaciones contribuyen una clara muestra de este fenómeno.

Sin embargo, tampoco resulta claro que ese aporte fiscal sea consistente con la preservación de un presupuesto fiscal equilibrado que no diluya inflacionariamente los nuevos recursos del sistema de seguros sociales.

Con el objeto de conciliar esos dos requerimientos contradictorios, es necesario primero diseñar un esquema que permita reconstruir a mediano plazo la capacidad de reserva del Fondo de Pensiones del IVSS en base a títulos públicos con tasas de interés de mercado y con vencimientos escalonados a las fechas que determine una evaluación actuarial del IVSS, y luego adoptar las medidas que puedan resolver la crisis de liquidez del sistema en el corto plazo.

El segundo componente central de la crisis del sistema de seguros sociales es el costo del servicio de atención médica y la presión que los déficit por este concepto ejercen sobre la capacidad financiera global del sistema. La situación actual se traduce en una baja calidad del servicio médico y en la incapacidad del sistema de controlar racionalmente costos. Las colas y la baja calidad de la atención son formas de controlar los costos, pero que tienen un efecto distributivo negativo y que contribuyen a descapitalizar el resto del sistema.

La separación funcional e institucional del papel de asegurador del de proveedor de servicios médicos constituye una solución, sin duda compleja, pero que permitiría planificar racionalmente y establecer mecanismos de racionamiento basados en la comparación entre el costo y el beneficio médico de cada uno de los procedimientos cubiertos. Sin esta separación, estamos condenando al sistema de seguros a su desaparición o, peor aún, a su eliminación práctica por motivos financieros.

4. Conclusiones y Recomendaciones de Política

El sistema de seguros sociales en Venezuela está organizado en torno a una compleja institución central, el IVSS. Su estructura se basa en un sistema de representación tripartita, se rige por un consejo integrado por las tres partes involucradas: los empleadores, los trabajadores y el gobierno. Este último tiene una fuerte interferencia en la gestión y el financiamiento del sistema.

Este sistema, en vez de constituir un aspecto positivo del sistema, se ha convertido en una de sus principales debilidades. La fuerte injerencia del Ejecutivo en la gestión y el financiamiento del sistema constituyen la base de la erosión del valor de las reservas financieras del sistema. Ni la representación empresarial ni la sindical han ejercido presión para actualizar el sistema en cuanto a procesos organizativos y financieros. Temas tales como el control y la supervisión de las afiliaciones, el cobro de las cotizaciones y el asesoramiento en materia de inversiones se manejan a través de sistemas poco transparentes, inflexibles y, en general, ineficientes.

Esto no quiere decir que las partes que integran esta representación corporativa no ejerzan presiones. La representación gremial, especialmente la del gremio médico, ejerce una fuerte presión, pero en defensa de sus intereses particulares y en busca del mejoramiento de sus salarios. Sin embargo, la supervisión y la evaluación de la gestión médica, así como el manejo y la formación de recursos humanos en el área médica y paramédica es deficiente.

Con respecto a los usuarios, el sistema de representación tripartito se ha constituido muchas veces en obstáculo para la solución de conflictos entre el asegurado y la organización. No existen instancias administrativas rutinarias para la solución de los problemas de los usuarios, salvo a nivel de la junta directiva del IVSS, y en esta instancia el asegurado debe estar representado por los representantes sindicales. Si el usuario concurre ante una caja regional, donde no tiene ninguna representación formal, debe realizar su propia gestión frente al director de la instancia administrativa.

Desde el punto de vista de organización, una de las conclusiones de este informe es que debe establecerse una organización más expedita y flexible, capaz de establecer un mejor manejo de los flujos de información para lograr un servicio más eficiente. Esta organización debe tomar la atención al usuario como principio

fundamental que permita la canalización de conflictos y la atención de reclamos, sin que éstos tengan necesariamente que pasar a través del sistema de representación tripartita.

Administrativamente, ello implica una desconcentración regional mediante el establecimiento de unidades locales con funciones sustantivas que vayan más allá de la mera recepción de documentos. Esto permitiría mejorar los procesos de afiliación de empresas y cobro de cotizaciones que hoy se llevan a cabo en forma muy ineficiente a nivel central. La computarización del sistema, que reúna toda la información sobre el afiliado y sus beneficios, haría más ágil y transparente el proceso de pago de las prestaciones. Esas unidades locales deben ser capaces de ofrecer esa información al usuario, de manera que éste pueda resolver sus conflictos sin tener que trasladarse a la oficina central en Caracas, y sin tener que recurrir a métodos informales para su solución.

Desde el punto de vista financiero, existe una contradicción entre la sana administración financiera y los principios de solidaridad del sistema, que afecta el manejo de los fondos de reserva. La falta de principios rectores que permitan manejar esa contradicción ha conducido a una situación en la que se financian los seguros de corto plazo con las cotizaciones para riesgos de largo plazo, cuestionando la viabilidad financiera de estos últimos. Junto con una deficiente política de inversiones, este proceso ha impedido la capitalización de los fondos de reserva necesarios para cumplir con el oportuno pago de las prestaciones.

El difundido conocimiento de la situación de iliquidez potencial del sistema de seguros sociales, junto con la desatinada política de financiamiento llevada a cabo en la última década, ha terminado por desfinanciar el sistema. La actual estrechez fiscal ha impedido que los aportes extraordinarios del presupuesto contribuyan a resolver la situación, traduciendo esos desajustes estructurales en una crisis de liquidez del sistema y cuestionando su funcionamiento cotidiano. Esta crisis se ha manifestado ya en atrasos en el pago de las pensiones, extensión del plazo de cuentas por pagar y aún en el cierre de instalaciones médicas por falta de insumos.

El debate actual está dominado por la percepción del público de que la inyección de nuevos recursos sin cambiar las normas de funcionamiento del sistema constituye simplemente un desperdicio de dinero. Esta percepción dificulta enormemente la tarea de la actual administración, al debilitar sus reclamos por los recursos necesarios. Pero esta percepción puede cambiar radicalmente si se diseña un plan razonable y viable que permita recuperar a mediano plazo las reservas del Fondo de Pensiones y establezca normas de funcionamiento que impidan que vuelvan a agotarse los recursos.

Las características de ese plan a mediano plazo deben incluir una clara separación institucional entre el Fondo de Pensiones y el sistema de atención médica, que evite el drenaje de recursos que hasta ahora ha debilitado el sistema. Idealmente, ese plan también debería incluir la creación de un sistema de pensiones competitivo, en el que el Fondo de Pensiones del IVSS cuente con una estructura de incentivos orientada a maximizar el rendimiento de sus reservas financieras, y en el que los cotizantes puedan optar por proveedores alternativos si el IVSS no muestra un desempeño financiero adecuado.

Por su parte, el sistema de atención médica debe también modificarse en el contexto de ese plan. En la estructura actual, en la que el mismo sistema contrata y presta el servicio de atención médica, no hay disposición alguna que permita establecer un control racional de costos y que racione el servicio a sus beneficiarios

sobre la base del costo y el beneficio médico esperado de cada procedimiento. Por el contrario, el actual sistema raciona simplemente en base a colas y baja calidad del servicio, método que habitualmente ocasiona un mayor desperdicio de recursos.

Es necesario independizar las funciones de proveedor de servicios de asistencia médica de las de asegurador frente a esa contingencia, permitiendo así el establecimiento de sistemas de control de costos y de racionamiento de servicios médicos sobre una base de beneficio médico esperado. Esto implica que el IVSS debe desprenderse de los hospitales que actualmente administra y que la prestación de servicios médicos debe contratarse competitivamente, como hoy hacen las compañías de seguros que venden pólizas de salud.

Desde el punto de vista de organización, la administración de los hospitales debe estar vinculada a las instancias locales de gobierno. La descentralización del servicio permitiría una planificación más acorde con las necesidades de la comunidad y un mayor control por parte de los usuarios. La participación del sector privado puede promover además un sistema de mayor competencia para proveer un servicio más adecuado y menos congestionado.

En esas condiciones, un aumento de cotizaciones (a través de la eliminación del tope de cotización) puede presentarse al público como uno de los requerimientos de funcionamiento del sistema de seguros sociales. Es necesario recordar que el tope de cotizaciones alcanzó en 1967 al equivalente de 100.000 Bs. de 1992 (en comparación con los 15.000 Bs. en los que se fija actualmente). Esa reducción no fue el producto de una decisión racional o responsable, sino de la irresponsabilidad mostrada por las sucesivas administraciones del IVSS entre esa fecha y 1989. El aumento de las cotizaciones, y un financiamiento puente de corto plazo, permitiría a la actual administración superar la crisis en el futuro inmediato. Pero sin reformas estructurales como la propuesta anteriormente, la crisis volvería a producirse.

BIBLIOGRAFÍA

- ACEDO, C. 1986. *Necesidades jurídicas y acceso a la justicia de un nuevo sector: beneficiarios del seguro social*, Estudios Laborales (T I), UCV, Caracas
- . 1982. "La implementación de los derechos sociales en un estado populista benefactor: el caso del seguro social en Venezuela," versión mimeografiada, Caracas.
- BULATAO, R. y otros. 1990. *World Population Projections 1989-1990 Edition: Short-Term and Long-Term Estimates*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore y Londres.
- GAZETA OFICIAL, varios números.
- INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES. 1946. *Seguridad social: síntesis de la labor cumplida*, editor Elite, Caracas.
- IVSS, *Memoria y cuenta*, 1980-88.
- MÁRQUES, G. 1992. El seguro social en Venezuela. *Monografías Banco Interamericano de Desarrollo*.
- MESA-LAGO, C. 1989. Aspectos económicos y financieros de la seguridad social en América Latina y el Caribe, versión mimeografiada, Pittsburgh, 1-7.
- MINISTERIO DEL TRABAJO, *Memoria y cuenta 1989-88*.
- RAMÍREZ J. 1970. "Consideraciones en relación al concepto de seguridad social," UCV, Caracas.
- United Nations Publishing Division. 1992. *Demographic Yearbook*. Edición 1990, Nueva York.

ESTUDIOS QUE CONTIENE EL LIBRO

Sistemas de seguridad social en América Latina: Las experiencias de Argentina, Brasil, Chile y Venezuela

Francisco E. Barreto de Oliveira
IPEA, Brasil

La seguridad social en la Argentina: Problemas y alternativas de solución

Juan Luis Bour, Marcela Cristini, Nuria Susmel, José Delgado y
Mónica Panadeiros
FIEL, Argentina

Sistemas de seguridad social en Brasil: Problemas y alternativas de solución

Francisco E. Barreto de Oliveira, Kaizô Iwakami Beltrao y André
Cezar Médici
IPEA, Brasil

Sistemas de seguridad social: La experiencia chilena

Patricio Mujica
ILADES, Chile

El sistema de seguros sociales en Venezuela: Problemas y alternativas de solución

Gustavo Márquez y Clementina Acedo
IESA, Venezuela

Banco Interamericano de Desarrollo

1300 New York Ave. N.W.
Washington, D.C. 20577
Estados Unidos de América