



SECRETARÍA DE SALUD
ESTADO DE QUERÉTARO

Problemas contemporáneos de la seguridad social: América Latina y México

Araceli Damián González
COORDINADORA

*Problemas contemporáneos de
la seguridad social:
América Latina y México*

**Araceli Damián González,
coordinadora**

Diputada Federal, LXIII Legislatura
Presidenta de la Comisión de Seguridad Social.

Cámara de Diputados, México.

ISBN 978-607-8501-75-1

CONTENIDO

Introducción	7
Sección Primera	
<i>Experiencias de los sistemas de pensiones latinoamericanos</i>	
I. La experiencia chilena en el derecho de la seguridad social, por Nadia Tobar	27
II. El Sistema pensional: fortalecimiento financiero y vulnerabilidad en el ámbito social, por Óscar Rodríguez Salazar	53
Sección Segunda	
<i>Problemática de los Sistemas de pensiones en México: la Federación, los Estados, Viabilidad Financiera y las Universidades</i>	
III. La transformación de los sistemas de pensiones en México y sus consecuencias en la pobreza, por Araceli Damián y Armando Rosales	115
IV. Pensiones de vejez en México; entre la responsabilidad social y financiera, por María Ascensión Morales Ramírez	149
V. Problemática financiera y actuarial de los sistemas estatales de pensiones y algunas consideraciones para su solución, por Rosa María Farell Campa	173

VI.	Las pensiones en las universidades, por Roberto Salcedo Aquino	187
VII.	Componentes del concepto de pensión y sus interpretaciones en México, por Carlos Contreras Cruz	209
<i>Sección Tercera</i>		
<i>Perspectiva de los Sistemas de Salud en México y en Algunos Países Latinoamericanos</i>		
VIII.	Reflexiones desde la experiencia colombiana sobre los Sistemas de Salud y Seguridad Social en América Latina, por Saúl Franco	225
IX.	La crisis crónica del sistema nacional de salud y las posibles reformas, por Asa Cristina Laurell	245
X.	Hacia un nuevo esquema de financiación y de gestión pública de la salud, por Angélica Ivonne Cisneros Luján	267
XI.	Frente a la “universalidad” no reclamada del peñismo, urge debatir siete prioridades para garantizar una efectivamente integral y resolutive, por Gustavo Leal	287
XII.	El sistema de salud chileno. De público a privatizado, por Carolina Tetelboin Henrion	297
XIII.	Brasil: grandes conquistas y enormes desafíos en salud, por Amélia Cohn	317

Introducción

Uno de los grandes desafíos del Siglo XXI, no sólo para México sino en todas partes del mundo, es garantizar una sobrevivencia digna y servicios de salud para toda la población, en un contexto de elevada concentración de la riqueza. En 2016 se estimaba que el 1% de los habitantes concentraba cerca del 50% de la riqueza global). Hay una creciente robotización y tecnificación de los procesos productivos y del trabajo. Por ejemplo, 77% de los empleos en China y 47% de los de Estados Unidos están en riesgo de desaparecer por la automatización y un proceso de envejecimiento, con esperanza de vida creciente. Esto obligará a los estados nacionales a encontrar formas alternativas y complementarias a los sistemas de Seguridad Social actualmente existentes, basados en el empleo.

En los meses de abril de 2016 y de 2017, la Comisión de Seguridad Social de la Cámara de Diputados llevó a cabo dos seminarios que abordaron distintas problemáticas en materia de pensiones y acceso a los servicios de salud. En los seminarios participaron destacados conferencistas mexicanos y extranjeros, con una renovada discusión sobre sistemas de pensiones y seguros de salud en México y América Latina, dando origen a los trabajos que constituyen la parte medular de esta obra.

En el seminario de 2016, el debate sobre los sistemas de pensiones y el seguro de salud cobró gran importancia a partir de la propuesta de campaña del actual presidente Enrique Peña Nieto sobre el establecimiento de un “Sistema Universal de Seguridad Social” en México. Esta propuesta conllevaría modificaciones a las leyes reformadas del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), que se modificaron en 1995 y 1997, así como a la del Instituto

de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), modificada en 2007 en materia del seguro de pensiones, y la Ley General de Salud de 2003, mediante la que se creó el Seguro Popular, ideado para dar servicios parciales de salud a la población de bajos ingresos que carece de Seguridad Social. A pesar que fue un compromiso de campaña y una propuesta incluida en el Pacto por México¹, el Ejecutivo solamente presentó en 2013, ante la Cámara de Diputados, una propuesta de reforma constitucional muy limitada sobre una pensión “universal” para los adultos mayores, pobres y carentes de ésta, así como un seguro de desempleo para los trabajadores del sector formal, financiado con sus propios fondos de ahorro para el retiro. Dicha propuesta sigue sin discutirse en el Senado hasta la fecha.

En 2017 los principales temas discutidos fueron, una vez más, la salud en la seguridad social y los nuevos modelos para garantizar la salud pública; y el tema de las pensiones en México, en donde cobró especial importancia el tratamiento del tema de las pensiones en los Estados y las Universidades.

Los seminarios de la Semana de Seguridad Social en la Cámara de Diputados en 2016 y 2017, se realizaron también en un ambiente en que se insiste sobre la necesidad de reformar de nuevo el sistema de pensiones. Las propuestas han sido promovidas por distintos actores oficiosos —como la Comisión Nacional de Ahorro para el Retiro (CONSAR), la Asociación Mexicana de Administradoras de Fondos para el Retiro, A.C. (AMAFORE) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)— en cuyos enunciados se carece de una postura crítica sobre los graves problemas que enfrenta la capitalización individual, a pesar de que los expertos en pensiones la consideren más cara y con pensiones más bajas. CONSAR, AMAFORE y la OCDE se han limitado a sugerir: incrementar la edad de jubilación, e incluso hacerla dinámica sobre la base del aumento en la esperanza de vida; aumentar la cotización para la pensión; promover el ahorro voluntario; y reducir las comisiones de las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES).

1 Acuerdo firmado por los dirigentes de los cuatro principales partidos de ese momento, Partido Revolucionario Institucional (PRI), Partido Acción Nacional (PAN), Partido de la Revolución Democrática (PRD) y el Partido Verde Ecologista el 2 de diciembre de 2012, un día después que tomara posesión como presidente Enrique Peña Nieto y que contiene un listado de acciones y reformas constitucionales avaladas por los firmantes, que incluyó también la reforma energética, educativa, hacendaria, del Distrito Federal, y otra serie de reformas y creación de nuevas leyes.

Es importante destacar que estas instituciones han argumentado que el sistema de capitalización individual se va a desprestigiar, puesto que sus resultados arrojan una pensión mucho más baja que los sistemas anteriores. De allí que la OCDE proponga abiertamente eliminar la posibilidad de jubilarse con las reglas de los sistemas anteriores, introduciendo una suerte de “bono de reconocimiento” sobre las aportaciones realizadas por el trabajador en el sistema anterior, que se depositaría en una cuenta individual y, a partir de entonces, las aportaciones sucesivas irían a dicha cuenta, sin que el trabajador tenga claro cuál será su pensión. Este mecanismo ya se previó en la reforma del ISSSTE, pero fue rechazado masivamente por los trabajadores.

A fin de ubicar en un contexto más amplio lo que está sucediendo en México, en el seminario de la Semana de la Seguridad Social 2016 se abordaron las experiencias de los sistemas de pensiones latinoamericanos. Para analizar lo sucedido en Chile, primer país que implantó el sistema de capitalización individual (a partir de 1979), se presenta aquí, en el Capítulo I, el trabajo de la abogada Nadia Tobar, asesora de la Subsecretaría de Previsión Social del Ministerio del Trabajo y Previsión Social de Chile. En su trabajo “La experiencia chilena en el Derecho de la Seguridad Social”, la autora nos recuerda que el modelo de Chile fue el que posteriormente se adoptó como prototipo para las reformas a los sistemas de pensiones en distintos países de Latinoamérica, incluyendo México. Nos relata cómo, tras la crisis del sistema de cuentas individuales, fue necesaria una revisión profunda al régimen de pensiones chileno, que en el año 2008 incorporó un sistema de pensiones solidario y el aporte previsional solidario. Asimismo, derivado de la conflictividad social que han provocado los niveles tan bajos de las pensiones de cuentas individuales, se hizo necesario crear un Comité Asesor Presidencial para el análisis de las Pensiones, el cual llegó a tres propuestas básicas: 1) continuar con el modelo de cuentas individuales, creando una AFP (Las Administradoras de Fondos de Pensiones) pública; 2) regresar al sistema solidario anterior de beneficios definidos; y 3) combinar ambos sistemas. Aunque cuando se realizó el Seminario el gobierno de la presidenta Bachelet no había decidido sobre estas opciones, ahora sabemos que se optó por la creación de una AFP

pública, lo que contrasta con lo que el gobierno federal en México intentaba realizar en 2015: privatizar PENSIONISSSTE, la única Administradora de Fondos para el Retiro pública².

Esta Sección Primera termina en el Capítulo II, presentando el trabajo de Óscar Rodríguez Salazar, de la Universidad Nacional de Colombia, autor del trabajo titulado “El sistema pensional: fortalecimiento financiero y vulnerabilidad en el ámbito social”, en el cual expone diversos acontecimientos que han influido en la configuración del sistema de pensiones colombiano. A partir del concepto de *deuda de vida*, que consiste en el reconocimiento de una dependencia de los seres vivos con relación a poderes soberanos (un dios, los ancestros o la familia), Rodríguez sostiene que “un sistema de protección social se puede definir como el conjunto de instituciones, organismos y prácticas a través de los cuales la sociedad se protege contra los elementos que amenazan a los individuos que la componen, frente a los riesgos derivados de su existencia”. Explica el surgimiento de la Seguridad Social en Colombia, que se diseñó bajo los preceptos contenidos en los pactos firmados con la Organización Internacional del Trabajo, siguiendo una perspectiva bismarckiana, cuyas características son el régimen contributivo y la financiación por cotizaciones proporcionales al salario. Al igual que en otros países latinoamericanos, en Colombia se dio una reforma privatizadora de los sistemas pensionarios, que sirvió para establecer un nuevo régimen de acumulación con dominación financiera. En este Capítulo, Rodríguez nos muestra las deficiencias en la cobertura de protección y de afiliación del sistema pensional, aún con los nuevos modelos privatizadores, y afirma que “Dada la baja cobertura de protección, el pronóstico es que más del 70% de los trabajadores tendrán que enfrentar la vejez en condiciones de pobreza y que la única protección será la solidaridad intergeneracional asociada a redes sociales familiares.” Ante ello, se observa un gran flujo migratorio del sistema privado hacia el público, poniendo en duda la estabilidad financiera del régimen privado. Ante la ineficacia de este sistema, diversos sectores en Colombia están promoviendo una reforma, pero contraria a las recomendaciones de la OCDE, es decir, volver

2 PENSIONISSSTE se creó en 2007 a raíz de la reforma al sistema de pensiones de los trabajadores al servicio del Estado. Esta Afore pública concentró inicialmente las cuentas de los trabajadores públicos que optaron por el sistema de cuentas individuales y, posteriormente, fue depositaria de las cuentas de los trabajadores incorporados al ISSSTE después de la reforma.

al sistema de beneficios definidos, eliminando o dejando como complemento las cuentas individuales.

En la Sección Segunda de este libro se aborda la problemática de las pensiones en México. En el primer trabajo de esta Sección (Capítulo III) titulado “La transformación de los sistemas de pensiones en México y sus consecuencias en la pobreza”, elaborado por la Dra. Araceli Damián, Diputada Federal, y el Dr. Armando Rosales, académico de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), los autores plantean que en nuestro país la Seguridad Social es sólo un derecho de clase, con cobertura limitada, que cubre únicamente a los trabajadores formales y sus familias, dejando fuera al resto de los habitantes y a sus dependientes. Una de las características del sistema de pensiones en México es su fragmentación, con esquemas distintos, que incluyen un conjunto de programas contributivos de pensiones, junto con otros basados en transferencias monetarias dirigidas a grupos vulnerables, que cubren de manera precaria y parcial a los adultos mayores que no se incorporaron a los sistemas de pensiones formales, y también el sistema de cuentas individuales. En este Capítulo se exponen con detalle los cambios a los regímenes de pensiones, que mencionamos con anterioridad, y que condujeron a la creación del sistema de ahorro en cuentas individuales para el retiro, constituyéndose desde entonces en la única opción para los trabajadores de nuevo ingreso. A diferencia del anterior, este nuevo sistema deja sin definir cuál será la pensión del trabajador, sino que proyecta niveles de tasas de reemplazo (porcentaje que constituye la pensión en relación al último salario) que resultan mucho más bajas que las del sistema anterior, poniendo en riesgo no sólo el futuro de los trabajadores formales, sino que impactará negativamente en la estructura social y en las estimaciones de pobreza. En el trabajo se hace referencia también al hecho que, ante la poca efectividad de los sistemas formales para cubrir al conjunto de la población de adultos mayores, se han creado sistemas de transferencias monetarias para otorgar pensiones mínimas a esta población. Este sistema se denomina pilar no contributivo (o pilar cero) y, como veremos, no evita que los adultos mayores vivan en la pobreza.

En esta Sección también incluimos, en el Capítulo IV, el trabajo de la Dra. María Ascensión Morales, profesora de la Facultad de Derecho de la UNAM,

donde analiza lo que ocurre con los sistemas de pensiones en los estados o entidades federativas, que es distinto a los sistemas con cobertura a nivel federal. La autora nos plantea que los estados han realizado también una serie de modificaciones a dichos sistemas, aún antes que se hicieran en los sistemas federales³. De acuerdo con la Dra. Morales, los cambios a los sistemas de pensiones en los estados se han realizado para enfrentar las dificultades de lograr la sustentabilidad financiera. La autora detalla las características de tales modificaciones, algunas de las cuales son de carácter paramétrico dentro de los mismos esquemas de Seguridad Social contributiva (aumento de la edad de retiro, de los años de cotización, etcétera); en otros estados se transformó por completo el sistema pensionario y se trasladó a los trabajadores a cuentas individuales. Al igual que a nivel federal, las modificaciones se efectuaron en detrimento de los trabajadores.

Por su parte, en el Capítulo V, la actuario por la Universidad Nacional Autónoma de México, Rosa María Farell, en su trabajo “Problemática financiera y actuarial de los sistemas estatales de pensiones y algunas consideraciones para su solución”, hace una breve reflexión sobre el origen de la problemática financiera y actuarial de los sistemas estatales de pensiones, cuestionando la creación innecesaria de sistemas paralelos a los ofrecidos por las grandes instituciones de seguridad social del país, por un lado, y por el otro, del establecimiento de cuotas y aportaciones bajo criterios políticos o sociales, que no correspondían con el costo actuarial de los sistemas. Prosigue su exposición mencionando elementos adicionales que han agravado la situación financiera y actuarial de los sistemas estatales, y las reformas de las que han sido objeto (teniendo en cuenta básicamente tres tipos de esquemas de pensiones). Menciona la autora, que no existe un diagnóstico integral de la situación de los sistemas estatales de pensiones. Por último, menciona algunos aspectos que deben considerarse para solucionar esta problemática, planteando la necesidad de una reforma que cree un Sistema Nacional de Pensiones, y mientras se lleva a cabo, refiere que es indispensable la adopción de la Guía Mínima de Buena

³ Los institutos de Seguridad Social en México que operan a nivel federal son el IMSS (Instituto Mexicano de Seguridad Social), que cubre a los trabajadores del sector privado, el ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado), que afilia a los trabajadores del Estado, y el ISSFAM (Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas) que da servicios a las fuerzas armadas.

Gobernanza en Programas de Seguridad Social, por parte de los organismos encargados de proporcionar beneficios pensionarios.

La Sección Segunda continúa en el Capítulo VI, con el análisis de la problemática de las pensiones en las universidades, con el trabajo titulado “Las pensiones en las universidades”, elaborado por el Licenciado en Ciencias Políticas y Administración Pública, Roberto Salcedo Aquino, quien labora como auditor especial de desempeño en la Auditoría Superior de la Federación de México. En el trabajo se expone la situación actual de los fondos pensionarios de las universidades, iniciando con una explicación acerca de cómo, en las últimas décadas (dado que el gobierno federal gastó los fondos pensionarios, sin restituirlos), el financiamiento de las pensiones tuvo que darse bajo un esquema de solidaridad intergeneracional: los jóvenes trabajadores y sus patrones pagan las pensiones de los más viejos ya retirados, esperando que “otros trabajadores del futuro” costeen los fondos de los que actualmente laboran, cuando éstos se retiren. Tal sistema de solidaridad entró en crisis en los últimos años. Esta situación provocó que las instituciones realizaran reformas estructurales a sus sistemas de pensiones.

Las pensiones de las universidades, al igual que las que se otorgan bajo los sistemas pensionarios previos a las reformas de 1997 en la Ley del IMSS y 2007 en la del ISSSTE, se financiaron con base en el principio de beneficio definido; pero además, por razones de negociaciones laborales, las autoridades concedieron mayores beneficios, sin tener las reservas que garantizaran el otorgamiento y pago de las pensiones, lo cual generó otra crisis del sistema. Para ayudar a atenderla, la Cámara de Diputados aprobó recursos para operar el Fondo de Apoyo para Reformas Estructurales de las Universidades Públicas Estatales, pero, a pesar de la intervención del Gobierno Federal y el Poder Legislativo, el problema continúa y las dificultades se han atendido de manera coyuntural, quedando pendiente una solución estructural.

Entre los hallazgos de la Fiscalización Superior, se determinó que el costo fiscal asumido por el Gobierno Federal en materia pensionaria de las universidades, fue de 12,421.4 millones de pesos hasta 2015. De las treinta y tres universidades auditadas, seis no tuvieron pasivos pensionarios, tres presentaron un fondo positivo perenne y veinticuatro observaron déficit

por 331,117.3 millones de pesos. El autor considera que de no resolver los desequilibrios entre los derechos adquiridos en prestaciones y jubilaciones, y los pasivos contingentes de los sistemas de pensiones, podrían generarse graves consecuencias para los jubilados y el país en su conjunto. A medida que la magnitud y las implicaciones de la carga de la jubilación se vayan volviendo evidentes para los potenciales a jubilarse, es muy probable que esa población vea más conveniente aplazar el retiro, o bien –si ello es posible– no retirarse, porque el monto que recibirá de pensión implicará una caída drástica en su nivel de vida. Considera que ahora el debate se centra entre dos sistemas: el del ahorro individualizado en donde cada quien capitaliza según sus posibilidades, sobre la base de una línea mínima garantizada por el Estado; y, el sistema de reparto y con beneficios definidos, con reducción de los desequilibrios de caja y de reservas actuariales. ¿Cuál de los dos sería mejor para garantizar en el futuro las pretensiones y esperanzas de los trabajadores?

En el último trabajo de esta Sección, Capítulo VII, el actuario Carlos Contreras Cruz, académico de la Facultad de Ciencias de la UNAM, su autor, comienza realizando una definición del término pensión, a partir de la conceptualización realizada por la OIT en el Convenio 102, para concluir que se trata de un “beneficio monetario que se entrega a las personas de forma vitalicia o mientras cumplan los requisitos de una normativa, como una serie de pagos periódicos ciertos de monto real constante, ante la ocurrencia de una contingencia, específicamente las siguientes: vejez; muerte; y accidentes y enfermedades que imposibiliten de forma permanente que la persona protegida se pueda procurar a sí misma un ingreso con el cual vivir”. Teniendo en cuenta los aspectos fundamentales de la definición dada, el autor busca caracterizar cómo debe funcionar un seguro de pensiones, mal llamado “sistema de pensiones”.

Posteriormente, Contreras Cruz explica la diferencia entre ahorro y aseguramiento, que, aunque pareciera obvia, ha derivado en una confusión que equipara dos esquemas de origen diferente, con las consecuencias en términos de política en materia de pensiones. Por otra parte, en términos de

aseguramiento, el autor señala las características de un asegurador privado y la necesidad del aseguramiento social, para garantizar el acceso efectivo de las personas que no tienen posibilidades económicas de acceder al privado.

Por último, explica el por qué del fracaso de la Ley del Seguro Social de 1943 (que definía el sistema de primas promediales), y más adelante el de la Ley de 1973 (que buscó implementar un sistema de primas escalonadas), para terminar con una Ley en 1997, que usa la capitalización individual como sistema financiero para el seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.

La Sección Tercera se integra con trabajos que analizan los problemas que enfrentan los sistemas de salud en México, retomando también la experiencia latinoamericana reciente. Para el estudio de la situación en México se tiene básicamente como referencia la propuesta de campaña que hiciera Enrique Peña Nieto, de crear un Sistema Nacional de Salud Universal. Al respecto, el único intento por consolidarlo durante el sexenio, ha sido una propuesta de cambio constitucional realizada por el Partido de Acción Nacional en el Senado, en 2016, que también sigue sin discutirse hasta ahora. Es de señalar que el modelo básico de reforma para salud –el aseguramiento en salud con separación de funciones entre el financiamiento, la administración de fondos/compra de servicios, y la prestación de servicios, conocido como pluralismo estructurado—, es el mismo en la reforma del IMSS de 1997, en el Seguro Popular 2003 y en el ISSSTE en 2007. Sin embargo, no se ha podido instrumentar por problemas institucionales, financieros, de capacidad de prestación de servicios y de definición de los paquetes de beneficios. Aunque sigue siendo el modelo buscado, en México sólo se ha logrado un reducido “intercambio” de servicios entre las instituciones públicas. Existen múltiples propuestas para avanzar en este camino e incrementar la participación del sector privado, alentadas por Funsalud (Fundación para la Salud), AMIS (Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros) y la OCDE, entre otros.

Sobre la experiencia internacional, se examinan la forma como se proveen servicios de salud en tres países latinoamericanos: Colombia, Chile, Brasil. A través de una revisión de las trayectorias institucionales de los sistemas de sanidad en estas naciones podemos encontrar puntos en común que contribuyen al debate entre la conveniencia de universalizar la atención

médica, desde lo público o lo privado. La provisión deficiente e incompleta de servicios de salud es lo que en cada país ha predominado a pesar de la participación activa del Estado y el mercado, como se describe en cada capítulo. Se evidencian tanto los inconvenientes de la privatización de los servicios de salud, pero también se muestran las insuficiencias e incapacidades de los Estados para atender las necesidades de sus poblaciones, derivado de una falta de presupuesto y personal capacitado. En este sentido, los textos reflejan la discusión que ha habido en cada país sobre cómo asegurar el derecho humano a la salud en un ambiente con recursos limitados, instituciones nacionales de salud en proceso de construcción o reforma y, como antecedente, provisión de servicios de sanidad altamente mercantilizados. Establecer diversos sistemas que coordinen los esfuerzos públicos y privados implica enfrentar retos que han superado a los programas de gobierno en cada nación. Examinar las medidas de estos países ofrece a México la posibilidad de aprender de los aciertos y fallas en otras latitudes para mejorar el diseño, implementación, ejecución, control y evaluación de las políticas públicas nacionales, sobre salud.

Saúl Franco, médico sanitarista colombiano, que en el Capítulo VIII participa con su trabajo “Reflexiones desde la experiencia colombiana sobre los Sistemas de Salud y Seguridad Social en América Latina” plantea cuatro temas. Presenta un resumen del debate internacional sobre las reformas de salud y contrasta la posición de aquellos que parten del derecho a la salud como un derecho humano y social fundamental, con la de los que promueven su mercantilización, con seguros y paquetes de servicios restringidos y diferenciados sobre la base de monto de la prima pagada. En segundo término, analiza la sustentabilidad fiscal, donde el autor discute si el derecho a la salud es un derecho prioritario y por tanto debe cumplirse sin condicionamientos o si, por el contrario, debe estar supeditado al techo presupuestal que el Estado le asigne. En este caso se anula de facto el derecho a la salud y se deja a criterio del gobierno fijar sus límites. En este contexto, plantea la creciente judicialización del derecho a la salud, ya que las personas tienen que apelar ante el poder judicial para realizar sus derechos, vía la tutela o el amparo. En su tercer acápite aborda la reforma al Sistema de Salud y Seguridad Social colombiano, que tiene su origen en la Constitución de 1991, a partir de la cual surgió la Ley 100 que reforma todo el sistema de Seguridad Social, y que en

materia de salud toca lo que corresponde a la prestación y el financiamiento. Los servicios se brindan a través del aseguramiento individual, en un sistema con tres regímenes –el contributivo, el subsidiado y el de excepción para, por ejemplo, las fuerzas armadas y los miembros del Congreso de la República–. Existe además la medicina prepagada o el seguro privado de salud. Los distintos regímenes tienen paquetes diferenciados, donde el subsidiado es el más restringido. Se realizó una separación de la prestación de los servicios, su administración y el manejo financiero. Para ello se constituyeron Empresas Promotoras de Salud (EPS), privadas y públicas para la intermediación financiera, y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), privadas y públicas. Señala Franco que este sistema ha tenido saldos rojos en vidas, en una creciente indignidad e inequidad, y barreras de acceso económico, geográfico y administrativo. Así mismo se ha colapsado la red pública y se ha relegado la salud pública. Incluso está quebrado económicamente, en parte por una profunda corrupción. La Ley 100 ha sufrido varias reformas para ajustar el sistema, sin embargo, a pesar de que mejoró la ley, el modelo básico permanece. Concluye el texto diciendo que es necesario enfrentar la privatización, pero “si no hay conciencia social convertida en organización, propuestas y movilización, no es posible la conquista e implementación de otro tipo de iniciativas en salud y Seguridad Social”.

El trabajo sobre México intitulado “La crisis crónica del sistema nacional de salud y las posibles reformas” elaborado por Asa Cristina Laurell, Capítulo IX, médica-sanitarista y socióloga mexicana, analiza los planteamientos del debate actual sobre “Sistema Nacional de Salud Universal” de México. Inicia con una explicación de la concepción de las reformas de salud que se iniciaron con la del IMSS, siguió el establecimiento del Seguro Popular, para culminar con la del ISSSTE. Sostiene que se trata de una sólo reforma, por etapas, basada en el pluralismo estructurado; es semejante a la reforma colombiana, aunque adaptada a las condiciones político-institucionales de México.

De allí pasa a hacer un diagnóstico sobre las dificultades del sistema nacional de salud. Resalta los problemas de la ausencia de una cobertura universal del aseguramiento; de la falta de acceso a los servicios requeridos; de la desigualdad en el acceso y de los beneficios de cada seguro; la carencia de infraestructura y personal y el insuficiente financiamiento sistemático.

Demuestra además que el modelo de reforma no se ha podido instrumentar plenamente debido a estos problemas. Señala que los distintos actores, sean éstos oficiales, privados o académicos, coinciden en el diagnóstico de estas dificultades, aunque tengan visiones diferentes sobre cómo resolverlas. El trabajo continúa analizando las estrategias que se han intentado para construir el sistema universal de salud, desde el gobierno de Calderón (2006-2012) hasta hoy. La estrategia básicamente se ha construido sobre cuatro ejes: la “portabilidad del seguro”, la “convergencia de los servicios de salud”, el “desarrollo del mercado de salud” y la “libre elección”. Este esquema coloca al Estado-gobierno en el papel de regulador o modulador del sistema universal de salud y la responsabilidad de la salud pública o de la comunidad. Por los problemas políticos, institucionales y legales, no se ha avanzado más que en la reorganización de la Secretaría de Salud federal, mientras que el arreglo institucional del IMSS e ISSSTE no ha sufrido mayores cambios. Resultan particularmente controvertidos el financiamiento y los paquetes de beneficios. Por ello, estas estrategias se han visto reducidas actualmente a un simple intercambio de servicios, vía convenios específicos entre las instituciones públicas de salud. Simultáneamente, todas las instituciones públicas han utilizado diversas formas de subrogación de servicios con el sector privado.

La escasa incorporación de la iniciativa privada en salud –aseguradores o administradores/compradores de servicios y empresas prestadoras—, no significa que se haya abandonado el modelo mercantil y competitivo. Se exponen así las propuestas de actores privados, oficiales u oficiosos para avanzar en esta dirección. La autora sostiene que la frágil situación económica y política del país y del gobierno, hacen poco probable por ahora una profundización del pluralismo estructurado.

El texto termina exponiendo cuáles serían los elementos de una reforma alternativa y progresista en México. Enfatiza que sólo será posible con el abandono del modelo económico neoliberal. Requeriría de un vasto acuerdo social por una política social amplia y redistributiva, construido desde abajo, para favorecer el interés común o bien colectivo. Es además necesario reconocer la salud como una necesidad humana y social, y encargar al Estado garantizarlo. La solución práctica para lograrlo apunta al establecimiento de un sistema único de salud, financiado con recursos fiscales, que partiría

de la fusión por etapas de las instituciones públicas y un fortalecimiento y ampliación de la institución pública misma. Además, habría que lograr un acuerdo y una nueva práctica institucionales.

Así mismo, en esta sección se incluyó como Capítulo X, la participación de la Mtra. Angélica Ivonne Cisneros Luján, que es docente e investigadora en el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana con el texto “Hacia un nuevo esquema de financiación y de gestión pública de la salud”. En el ensayo, la autora reflexiona acerca de algunas debilidades que ha mostrado el Sistema de Protección Social en Salud de México, como alternativa de financiación dirigida a la población que no goza de seguridad social. Comienza explicando las contradicciones y debilidades del mencionado sistema: la tendencia a jerarquizar la atención parcial a la enfermedad a través de un paquete básico de servicios, en contraposición a la procuración de acciones preventivas y de educación para la salud, que apuntan hacia una población sana, sin descuidar desde luego, la atención de la enfermedad; el alto costo del Sistema, su complejidad administrativa y la duplicidad de funciones entre los diferentes niveles; así como la separación de funciones entre financiador y prestador de servicios, que no ha garantizado la aplicación adecuada ni transparente de los recursos públicos. Posteriormente, la autora retoma algunas evaluaciones realizadas por diferentes organismos y académicos al Seguro Popular, donde se visibiliza que este esquema de financiación y ejercicio de la salud, no necesariamente está resolviendo el propósito de lograr el derecho universal a la salud.

Finaliza el texto con la propuesta de la autora de motivar la construcción colectiva de alternativas viables que mejoren el esquema hasta hoy vigente, transitando hacia una visión solidaria de las finanzas públicas, a la par del fortalecimiento de la capacidad de gestión de las entidades federativas, sustentada en la construcción de una nueva ética pública y el impulso a la participación ciudadana en la vigilancia de la correcta aplicación de los recursos destinados a la salud.

También sobre la problemática de los servicios de salud en México, incluimos en el Capítulo XI el texto titulado “Frente a la “universalidad” no reclamada del peñismo, urge debatir siete prioridades para garantizar una, efectivamente integral y resolutive”, del Dr. Gustavo Leal, catedrático de la Universidad

Autónoma Metropolitana, Xochimilco. El autor señala que la universalidad es uno de los conceptos más poderosos en cuanto a la posibilidad de ofrecer servicios de salud pública en el mundo. Sin embargo, existe una amplia brecha entre lo que significa la universalidad para los tomadores de decisiones y para la ciudadanía. Narra cómo durante la campaña presidencial de Peña Nieto se ofreció un “sistema de seguridad universal” que contemplaba: un fondo único con financiamiento a través de impuestos generales, competencia entre prestadores del servicio -incluido el sector privado, con clara presencia de las aseguradoras-; subrogación de servicios; libertad de elección; y jerarquización de intervenciones y padecimientos bajo la forma de “paquetes” básicos, entre otros. En este marco, se firmaron acuerdos y convenios entre las principales instituciones de Seguridad Social del país y la Secretaría de Salud, para el intercambio de servicios, a fin de lograr la universalidad en algunos de los servicios. Empero, la realidad se impuso: el sector público en salud carece de las condiciones de suficiencia que establecen la OMS-OPS (Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud) para brindar un servicio digno. Su rasgo característico son sus patentes carencias: no cumple con los parámetros de suficiencia de personal capacitado y motivado, tampoco de los medios disponibles para brindar la debida atención médica y, además de todas estas carencias, existe un mar de corrupción nunca antes visto.

El autor sostiene que frente a este cuadro, es preciso abrir el debate ordenando de acuerdo con siete prioridades que propone, a fin de garantizar una universalidad efectivamente integral y resolutive: 1) mejora integral en la prestación de los servicios de salud; 2) operación integral de la atención primaria; 3) redes integradas con eje clínico; 4) integración regulada del sector privado; 5) integración de las tecnologías de la información y las comunicaciones; 6) humanismo en la operación; 7) universalidad efectiva, resolutive e integral.

Leal finaliza diciendo que no es poco lo que está en juego: el programa reformista de Peña Nieto, que ya suma catorce reformas, quiere incorporar a México al mundo global con protección social mínima, que afectará a la próxima generación, a nuestros jóvenes. Considera que el proyecto de modernización de este gobierno es socialmente excluyente y con altos impactos oligárquicos, y manifiesta que la salud de los mexicanos del siglo XXI merece, sin duda, otro futuro.

El texto “El sistema de salud chileno. Transición de público a privatizado” de Carolina Tetelboin, enfermera-comadrona y doctora en sociología chilena-mexicana, Capítulo XII de esta obra, tiene un interés especial porque hace el análisis del proceso chileno, donde se constituyó el primer servicio nacional de salud en la región latinoamericana, se instrumentó la primera reforma neoliberal de salud en el mundo con la dictadura pinochetista, y se ha intentado revertir esta reforma bajo los gobiernos democráticos de R. Lagos y M. Bachelet.

El punto de partida de su texto es una discusión sobre la salud como campo de lucha política, que ubica los modelos en pugna y sus diversos actores en el cambiante contexto político del país. Sostiene que, aunque Chile se anticipó a la transformación estructural neoliberal, lanzada en América Latina a mitad de los ochenta y los noventa del siglo pasado, las transformaciones en su sistema de salud y Seguridad Social son las mismas que en el resto de la región. Plantea que la clave para privatizar los servicios y transferir los fondos públicos a los privados, es segmentar la población e individualizar los beneficios. Es además una lucha por el control del Estado y la hegemonía ideológica en la sociedad.

El Servicio Nacional de Salud (SNS) en Chile se creó en 1952 con Salvador Allende como Ministro de Salud. Surgió para garantizar particularmente la atención hospitalaria a toda la población y se financió con las aportaciones de los trabajadores y con recursos fiscales, y llegó a abarcar un alto porcentaje de la población. El SNS avanzó particularmente durante el gobierno de la Unidad Popular e incluyó no sólo la atención médica, sino además la producción de insumos. Tenía instalaciones y personal propios, y la medicina privada se ejercía principalmente por médicos en sus respectivos consultorios. En cuanto institución pública centralizada, pudo hacer una planeación nacional que permitía su expansión sobre la base de las necesidades en salud.

Después del golpe en 1973 hubo un período de indefinición respecto al SNS y represión de sus trabajadores. La transformación y destrucción del SNS formó parte de múltiples reformas elaborados por un equipo de economistas bajo la conducción de Milton Friedman y se instrumentó a partir de 1981. El nuevo sistema de salud que se va delineando consta de dos subsistemas: el público y el privado. El subsistema público se deja en sistemática desventaja frente al privado, donde se forman las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) que

reciben toda clase de apoyos por parte del gobierno, que les permitió crecer y enriquecerse al grado de imponer su lógica en todo el sistema de salud. El sistema público a su vez fue segmentado entre los servicios de primer nivel, descentralizados a los municipios, y los hospitales desconcentrados en 28 regiones.

Durante los primeros años pos-dictadura no hubo mayores cambios en el sistema de salud, y es hasta los gobiernos de Lagos y Bachelet que se hacen reformas, pero sin cambiar de fondo el modelo anterior. La reforma más importante es el Plan AUGE o de Garantías Explícitas en Salud (GES), que la autora caracteriza como la segunda reforma estructural privatizadora por dos razones fundamentales. Una es que establece de hecho un paquete restringido de beneficios. La otra es que da un nuevo impulso a las ISAPRES frente a la incapacidad del desfinanciado sistema público, para ofrecer la atención garantizada.

El Capítulo XIII, último texto del bloque sobre salud “Brasil: grandes conquistas y enormes desafíos en salud” corresponde a Amélia Cohn, socióloga brasileña. Versa sobre el ejemplo más importante en la región de un sistema único, público y universal (SUS) con excepción del cubano. Empieza caracterizando el Movimiento de la Reforma Sanitaria, principal promotor del SUS, por su pertenencia al movimiento político democratizador de izquierda y por su contenido de crítica al pensamiento médico y de salud pública dominante. Estos dos orígenes lo llevaron a plantear la creación de un sistema único, público, universal, democrático, integral y descentralizado de salud. Su inclusión en la nueva Constitución de 1988 en el capítulo de Seguridad Social fue una victoria, pero a la vez se hicieron concesiones al sector privado, hasta entonces dominante en la prestación de servicios médicos. El mayor alcance constitucional fue plantear el derecho a la salud como un derecho ciudadano y social garantizado por el Estado.

Sigue describiendo la dimensión que ha alcanzado actualmente el SUS, la extensión de su red de servicios y de su atención. Llama la atención que el SUS proporciona la mayor parte no sólo de la atención primaria y la hospitalización, sino provee además un alto porcentaje de la atención de alta complejidad. Apunta que el SUS ha estado sistemáticamente subfinanciado y no ha logrado la equidad en salud, de manera que sigue habiendo diferencias

regionales, aunque decrecientes. El SUS ha conseguido, junto con otros programas sociales, mejoras en las condiciones de salud, a pesar de la carencia de recursos. Enfatiza la existencia de la participación social a todos los niveles del sistema, institucionalizada a través de consejos paritarios entre, por un lado usuarios, y por el otro autoridades y trabajadores de la salud.

Pese a sus innegables y grandes logros, el SUS enfrenta una serie de problemas que son tratados en el tercer inciso del texto. Un problema importante es la dificultad de incorporar médicos brasileños a los servicios en las zonas más pobres del país; problema que se ha ido acotando con el programa *Mais Médicos* (PMM), bajo un convenio OPS-Brasil-Cuba, y la formación de médicos de familia con condiciones de empleo favorables. Otra dificultad se refiere a los Consejos de Salud, que pese a ser deliberativos no tienen legalmente la responsabilidad del sistema de salud, lo que les ha quitado poder.

La autora destaca particularmente las cuestiones del subfinanciamiento y la carencia de infraestructura y personal propios, que se están supliendo con varias formas de subrogación de servicios, sean éstas directamente con el sector privado, con instituciones públicas de derecho privado o instituciones filantrópicas. Estos mecanismos se basan en convenios que tienden a introducir una dinámica gerencial-privada en su funcionamiento. Pero el problema más crítico es el crecimiento de los planes o seguros de salud privados, que hoy abarca un 25 por ciento de la población. Todavía más preocupante es que en su mayoría son prestaciones laborales negociadas por los grandes sindicatos, o como privilegio de la alta burocracia estatal. En este contexto, Cohn señala la falta de comprensión de las tres distintas dimensiones de la salud como derecho social universal: como bien de consumo o mercancía; como acceso; y como mercado con acumulación de capital. La insuficiente comprensión de la diferencia entre estas dimensiones explicaría que, por ejemplo, los grandes sindicatos negocien seguros privados pensando que es un bien de consumo.

El texto termina analizando las amenazas contra el SUS, que se pueden profundizar en la actual coyuntura política brasileña; predicción que posteriormente se ha confirmado. Invita a profundizar la resistencia a la destrucción en defensa del SUS, que a pesar de sus problemas ha ampliado y profundizado el derecho a la salud en Brasil.

La LXIII Legislatura de la Cámara de Diputados busca que este libro contribuya a ampliar la discusión pública de los temas que conforman la seguridad social mediante la publicación y divulgación de diferentes capítulos que, desde diferentes perspectivas de análisis, describen, comentan y evalúan parte de las experiencias nacionales e internacionales en este tema. Sólo a través del interés y participación de la población es que se podrán diseñar e implementar soluciones apropiadas a situaciones actuales y futuras. Aquí, a través de la discusión abierta y plural de ideas se intenta mostrar las múltiples aristas de un complejo tema, cuya relevancia trasciende la temporalidad de los tiempos políticos y está presente a lo largo de toda una vida humana. El objetivo final es invitar a la reflexión sobre los problemas que actualmente padecen nuestras instituciones y los retos que como sociedad y Estado enfrentaremos en los próximos años.

Este libro es producto de un esfuerzo colectivo. En primer lugar, agradezco el apoyo de mis compañeros diputados integrantes de la Comisión de Seguridad Social, por impulsar la organización de los Seminarios de la Semana de la Seguridad Social en 2016 y 2017. Quiero hacer un público reconocimiento al personal de la Comisión, quienes con dedicación y esfuerzo hicieron posible estos dos eventos. Destaco al Dr. Armando Rosales y a la Mtra. María Calvache, Secretarios Técnicos de la Comisión en 2016 y 2017, respectivamente; su trabajo infatigable permitió organizar y celebrar con éxito las actividades de la Semana de la Seguridad Social estos dos años. También agradezco a la Dra. Asa Cristina Laurell sus consejos, entusiasmo y generosas contribuciones para que los Seminarios y esta obra pudieran lograrse. Finalmente, quiero agradecer a los expertos participantes en ambos Seminarios, sus experiencias aportan valiosos elementos para el debate sobre los servicios de salud, los sistemas de jubilaciones y pensiones y, en general, los sistemas de seguridad social. Invito al lector a seguir la discusión desarrollada en las restantes páginas y a involucrarse activamente en estos apasionantes temas.

Araceli Damián

octubre de 2017

Sección Primera

**EXPERIENCIAS DE LOS
SISTEMAS
DE PENSIONES LATINOAMERICANOS**

I. La experiencia chilena en el derecho de la seguridad social⁴

Nadia Tobar

Para entender bien el proceso por el que pasa hoy Chile en materia de Seguridad Social, es importante hacer una breve historia de la introducción del sistema pensionario en términos generales, para posteriormente analizar la primera modificación más trascendente del año 2008 y concluir en el proceso en que estamos hoy.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos establece en su Artículo 22 que: “toda persona como miembro de la sociedad tiene derecho a la Seguridad Social y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.” Este Artículo debe ser considerado nuestra guía en materia de Seguridad Social, el que marca nuestro rumbo y nuestra meta. Pero no la debemos dejar solo en una declaración, tenemos que ser capaces de convertirla en realidad en todo el mundo. Desde esa perspectiva en este Capítulo hablaré del Derecho de la Seguridad Social como un derecho social y un derecho humano.

En las tres Constituciones Políticas que han regido a Chile, se puede analizar cómo se ha abordado el Derecho de la Seguridad Social. La Constitución Política

⁴ Versión estenográfica presentada en el panel “Los sistemas de pensiones latinoamericanos. Experiencias y alternativas” del Seminario Rumbo a la Semana Nacional de Seguridad Social el 19 de abril de 2016.

de Chile de 1925, que es una de las más antiguas y democráticas, contempló como deber del Estado el Derecho a la Seguridad Social. Se estableció la obligación del Estado dentro de las garantías constitucionales, a la protección del trabajo, a la industria y a las obras de previsión social.

En la siguiente modificación constitucional del año 1970, se consideró que no era suficiente. El Estado debería tener un mayor papel dentro del ámbito del Derecho de la Seguridad Social, por lo que se decidió elevar en el mismo rango de garantías constitucionales, las contingencias reconocidas universalmente.

Por tal motivo, el Estado tiene la obligación de adoptar medidas que tiendan a la satisfacción de los derechos sociales, económicos y culturales, necesarios para el libre desenvolvimiento de la personalidad y de la dignidad humana, para la protección integral de la colectividad y para propender a una equitativa redistribución de la renta nacional. Concepto que contempla todo lo que comprende la Seguridad Social.

El texto constitucional agrega que se deben cubrir los riesgos de pérdida, suspensión, disminución involuntaria de la capacidad del trabajo, muerte del jefe del hogar; el Estado mantendrá un seguro social de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Y es deber del Estado velar por la salud pública y el bienestar higiénico. El cambio constitucional no es casual, es con una visión distinta, que incorpora derechos garantizados constitucionalmente, dentro del ámbito de la carta fundamental a los cuales las leyes, los reglamentos y todo el sistema deben adecuar su regulación jurídica.

La Constitución Política del año 1980, cambia radicalmente el criterio con el gobierno de Pinochet, en su Artículo 19, número 18, sobre garantías constitucionales, prescribe que: “las leyes que regulen el ejercicio de este derecho serán de quórum calificado”.

Agrega que: “La acción del Estado estará dirigida a garantizar el acceso de todos los habitantes al goce de prestaciones básicas, uniformes, sea que se otorguen a través de instituciones públicas o privadas. La ley podrá establecer cotizaciones obligatorias”. El análisis de esta disposición constitucional nos permite concluir que se otorga al Estado un criterio garantista en el ámbito del Derecho de la Seguridad Social pero ya no asume una responsabilidad

directa, sino que sólo tiene que garantizar el acceso a las prestaciones básicas. El Estado pasa a ser un ente fiscalizador y permite entonces que los privados ingresen a la administración de este sistema y, por consiguiente, ya no tiene el deber de otorgar las prestaciones de Seguridad Social, sino que sólo vigilar que las entidades actúen dentro del rango constitucional.

Esto demuestra un cambio radical en Chile en materia de Seguridad Social, que se traduce en la promulgación del Decreto Ley (D.L.) Nº 2448, de 1979, para permitir la implementación del sistema de pensiones de capitalización individual, en el que se reducen las pensiones que tenía el sistema de reparto, a pensiones solamente de vejez, vejez anticipada, sobrevivencia e invalidez.

Suprime “la perseguidora” que es un concepto muy específico de Chile, y que consiste en la posibilidad de acceder a un aumento de su pensión cada vez que el trabajador activo aumentaba su remuneración. De este modo, el pensionado sabía que cada vez que aumentaba la remuneración automáticamente se reajustaba su pensión en los mismos términos.

Además, se suprimió el sistema de reparto y se generó un nuevo sistema previsional para tal efecto, se fusionan las ex Cajas de Previsión del sistema de reparto, a las cuales las personas se afiliaban de acuerdo a la actividad laboral que desarrollaban. Así se conforma un nuevo organismo denominado Instituto de Normalización Previsional (INP) y se dicta el D.L. Nº3.500, de 1980, que establece el sistema de pensiones de capitalización individual.

En 1990 se recupera la democracia y, por consiguiente, se empieza a implementar una gestión más eficiente del Instituto de Normalización Previsional, para los efectos de seguir otorgando las prestaciones del sistema de reparto; a pesar del D.L. Nº 3.500, de 1980, que establece que el sistema de capitalización individual impide afiliarse a cualquier otro sistema, es decir, la afiliación es única y permanente al sistema de capitalización individual.

Los fundamentos de la reforma y la crisis del sistema de reparto, apuntan entre otras causas, a la situación demográfica, la disminución de los activos para solventar las pensiones de los pasivos, una situación socioeconómica en que había un aumento de la evasión de las cotizaciones previsionales, aportes

fiscales permanentes (puesto que el Estado financiaba en promedio un tercio de los ingresos del sistema) y deficiencias administrativas que se manifiestan específicamente en la disparidad de organismos previsionales, sobrecarga de trabajo, ausencia de procedimientos racionales en las instituciones de previsión y numerosas desigualdades en el tratamiento a trabajadores de igual condición.

Las bases y características de la reforma se fundan en la capitalización individual de los fondos de pensiones, administración privada de los fondos, libre elección de la administración, es decir, posibilidad de elección entre diferentes Administradoras de Fondos de Pensiones, pero no entre sistemas, a diferencia del sistema de salud, en que se puede elegir entre una ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional) que es el sistema privado o FONASA (Fondo Nacional de Salud), que es el sistema público.

¿Cuál es el rol del Estado en este nuevo esquema? Acorde con la Constitución Política, le corresponde garantizar beneficios, supervisar y regular. Las características del sistema de pensiones son los aportes definidos, se separa el patrimonio o los fondos de la AFP (las Administradoras de Fondos de Pensiones) y el fondo individual de cada afiliado. Un sistema obligatorio para trabajadores dependientes y voluntario para trabajadores independientes, y voluntario para trabajadores del sistema antiguo de reparto e independientes.

A partir de 1980 el sistema cambia radicalmente en materia de Derecho de Seguridad Social: un subsistema Previsional de Pensiones de capitalización individual, un subsistema de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales que se regula por la ley N° 16.744, con un sistema de Seguro Social obligatorio. Un subsistema de Prestaciones o Asignaciones familiares, que otorgan la posibilidad de ingresar a los beneficios de salud. Un subsistema de Asistencia Social para otorgar cobertura a la población más vulnerable. Un subsistema de Servicio Social a cargo de los Servicios de Bienestar del sector público y privado, y de las Cajas de Compensación de Asignación Familiar; un subsistema de Salud y un Subsistema de Seguro de Cesantía.

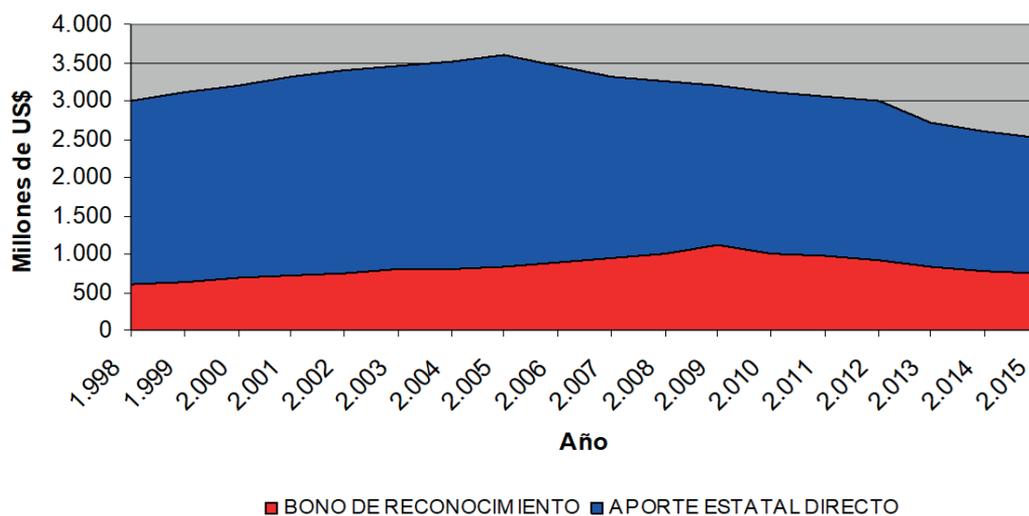
El rol fiscalizador del Estado se manifiesta a través del Ministerio del Trabajo, la Subsecretaría de Previsión Social, superintendencias de Pensiones, de

Seguridad Social, de Salud, Contraloría General de la República, Ministerio de Salud, Ministerio de Economía y Superintendencia de Valores y Seguros. El Ministerio del Trabajo es el encargado de generar las políticas públicas, específicamente en materia de Seguridad Social, a través de la Subsecretaría de Previsión Social, y se relaciona con el Ejecutivo a través de esta Subsecretaría, la Superintendencia de Pensiones, el Instituto de Previsión Social –con la modificación del 2008–, el Instituto de Seguridad Laboral y la Superintendencia de Seguridad Social.

Los organismos que están fiscalizados por esta superintendencia son: las Administradoras de Fondos de Pensiones, la Comisión Económica Nacional, el Instituto de Previsión Social, el Instituto de Seguridad Laboral, las Mutuales de la Ley N° 16.744 y las Cajas de Compensación de Asignación Familiar.

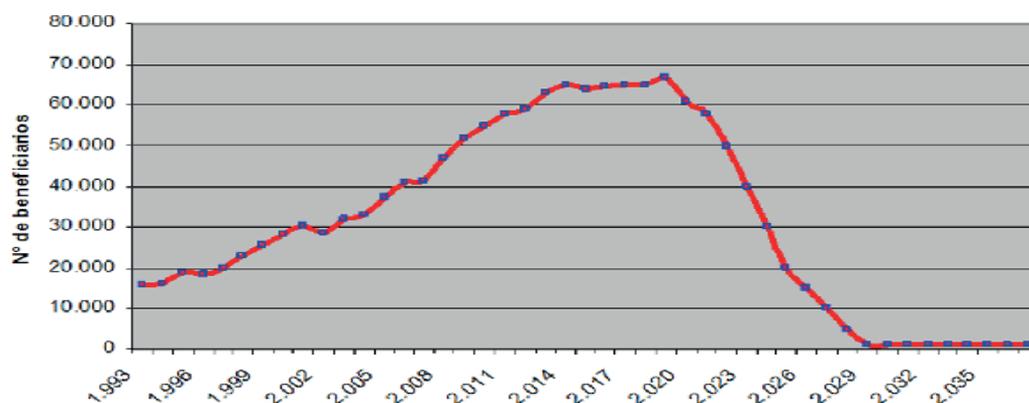
En lo relativo al subsistema de pensiones, es importante destacar que la transición al sistema de pensiones de capitalización individual significó un costo para el Estado, de millones de dólares, desde el año 1998 está hasta el 2015. En efecto, por una parte, el aporte estatal directo y, por otra, el bono de reconocimiento, que fue el documento que se entregó a los afiliados del Sistema de Reparto que se pasaron al Sistema de Capitalización Individual. (véase Gráfico 1.1). El Estado tuvo en consecuencia un costo que asumir para esta transición.

Gráfico 1.1 — Transición al Sistema de Capitalización Individual. Proyección de los Costos de la Reforma



Fuente: Proyecciones de Pago de Beneficios (INP) y Ministerio de Hacienda

Gráfico 1.2 — El Bono de Reconocimiento y la Evolución de Beneficiarios



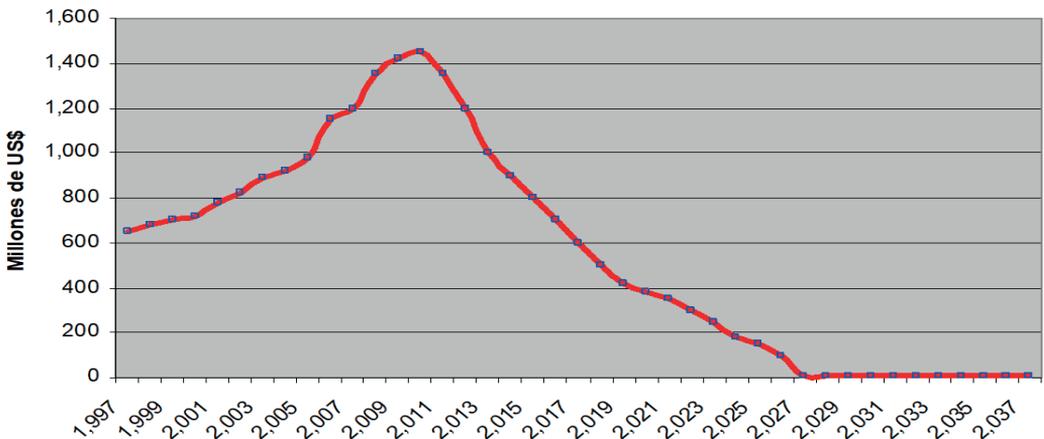
Fuente: Proyecciones de Pago de Beneficios (INP).

En el Gráfico 1.2 se puede apreciar el número de beneficiarios desde 1993 hasta 2029, que cumplen con los requisitos legales para tener derecho al bono de reconocimiento. De acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 3º del DL. N° 3.500, de 1980, las instituciones de previsión del régimen antiguo emiten un título de deuda expresado en dinero, que se denomina Bono de Reconocimiento y es representativo de los períodos de cotizaciones que registren en dichas instituciones de previsión los imponentes que se incorporen al sistema de capitalización individual.

Por su parte, el Artículo 4º del mismo cuerpo legal, señala que tendrán derecho al bono de reconocimiento las personas que opten por el sistema de capitalización individual y que registren a lo menos doce cotizaciones mensuales en alguna institución de previsión, en los cinco años anteriores a la publicación del DL N° 3.500, año 1980.

Ahora bien, situados en el año 2016, en el Gráfico 1.2 se puede apreciar que todavía no se presenta el mayor número de beneficiarios de este título de crédito; ello ocurrirá el año 2021.

Gráfico 1.3. — Distribución de los montos que ha tenido que pagar el Estado por bono de reconocimiento.



Fuente: Proyecciones de Pago de Beneficios (INP) y Ministerio de Hacienda.

Cabe señalar que el pago del bono de reconocimiento por parte del Estado, no significa que sea entregado al afiliado que se incorporó a la Administradora de Fondos de Pensiones; ese dinero se paga a la administradora de fondos de pensiones cuando el afiliado cumple la edad legal para pensionarse, o bien cuando hubiere fallecido o se acogiere a pensión de invalidez de acuerdo con las normas que establece la ley.

En el Gráfico 1.3, se aprecia el costo que el bono de reconocimiento ha significado al Estado en millones de dólares, desde el año 1997 hasta el año 2037.

Esta situación provocó un desequilibrio de los tres pilares típicos de la Seguridad Social reconocidos por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, puesto que el pilar solidario o redistributivo del Estado debió asumir el principio subsidiario de garantizar lo mínimo, lo básico, a los más vulnerables, por lo que el Estado se ha transformado en pagador de pensiones mínimas, a través del Instituto de Normalización Previsional; de garantías estatales, cuando los fondos de pensiones no son suficientes o se acaban en el sistema de capitalización individual; de los bonos de reconocimiento; de las pensiones asistenciales, antes de la reforma de 2008, y después del 2008 las pensiones básicas solidarias y de los aportes previsionales solidarios del pilar solidario.

El efecto del desequilibrio de los tres pilares significó que el pilar solidario aumentara y el pilar contributivo disminuyera, puesto que se compone solo del sistema de capitalización individual y lo que queda del sistema de las ex Cajas de Previsión.

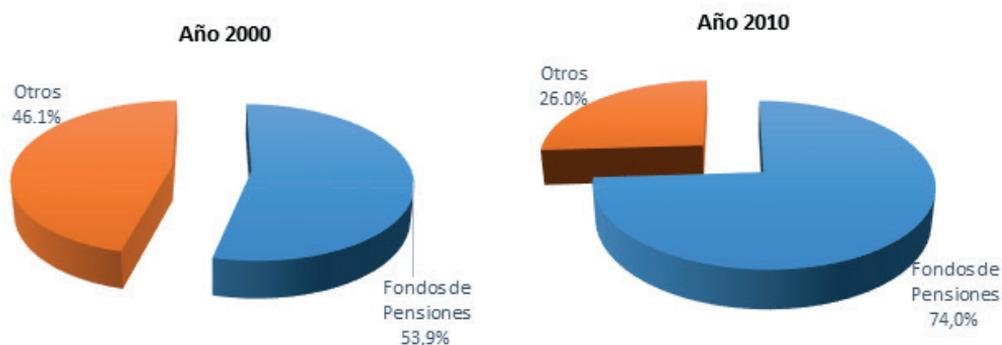
Por último, el pilar de ahorro complementario, que comprende evidentemente los seguros y todo aquello que las personas en condición de capacidad de ahorro, pueden lograr por si mismas, individualmente o a través de convenios colectivos o de depósitos convenidos de los empleadores. Este pilar se redujo a su mínima expresión.

Si de 1990 a 2000, las políticas de Derecho de Seguridad Social se dedicaron específicamente a la protección social destinada a la reducción de la pobreza

y de la indigencia, cabe preguntar ¿por qué tenemos pobreza?. La respuesta tiene que ver única y exclusivamente con los sistemas que creamos. La pobreza es el resultado de las políticas públicas que aplicamos como Estado.

En este contexto, el Gráfico 1.4, describe la evolución de los fondos de pensiones con relación al producto interno bruto; en el año 2000 representaba 53.9%, el cual proyectado al año 2010 suponía que los fondos de pensiones iban a aumentar hasta significar un 74 % PIB.

Gráfico 1.4 — Evolución de Fondos de Pensiones en AFP con relación al PIB



Fuente: Arenas de Mesa y Hernández, 2001

Lo anterior, motivó la necesidad de ocuparse del tema. Por tanto, se hizo un diagnóstico en el año 2006 y se creó una Comisión Asesora Presidencial, presidida por el señor Mario Marsell, la cual hizo el análisis pertinente y las propuestas que consideró adecuadas, lo que posteriormente generó la reforma del año 2008 a través de la Ley N° 20.255.

El diagnóstico de la época arrojaba un alto porcentaje de la población con remuneraciones inadecuadas, por no decir bajas o insuficientes; personas desempleadas, con cobertura a través del Seguro de Cesantía, contemplado en la Ley N° 19.728, que establece también la incorporación de un fondo solidario. Esta constatación de la realidad no es menor, ya que existía un mayor número de personas desempleadas debido a la inestabilidad en el empleo, elemento que no fue considerado en el momento en que se sostuvo

que las pensiones de AFP, iban a dar mejores ingresos con base en dos factores: uno, la estabilidad en el empleo durante 40 años y, dos, los montos de las remuneraciones serían altos. Ninguno de esos dos elementos se ha presentado en Chile; las remuneraciones percibidas en su mayoría son bajas y, por otro lado, el desempleo hoy día es lo que caracteriza a la globalización; un mundo globalizado, que ha generado cambios radicales en el mercado laboral y que ha implicado que la estabilidad en el empleo no exista. En la actualidad han disminuido los contratos de duración indefinida y han aumentado los contratos a plazo fijo, este fenómeno se constata fácilmente en los jóvenes que constantemente deambulan de un empleador a otro.

Cabe hacer presente que gran parte de lo que no está en los datos conocidos de nuestras estadísticas, obedece al aumento de la informalidad; en efecto, tenemos trabajadores independientes que en este momento podrían cotizar voluntariamente, pero que en su mayoría no lo hacen; trabajadores que se desempeñan en el trabajo temporal o a tiempo parcial; trabajadores temporeros, trabajadores agrícolas. Evidentemente que todo esto implica una deficiente capacidad de ahorro, no hay posibilidad de generar ahorro y eso implica que los fondos sean insuficientes para pensionarse. Al tener fondos insuficientes para pensionarse, se generó como consecuencia, una permanencia del sector poblacional de 60, 65 años y más en el mercado laboral. Evidentemente, si tengo la edad, pero no tengo un monto en mi pensión que cubra mis gastos esenciales, debo seguir trabajando.

Eso necesariamente imposibilita la renovación laboral, es decir, los jóvenes que intentan ingresar al mundo laboral no pueden hacerlo, porque los adultos mayores permanecen en sus puestos de trabajo ante la dificultad de pensionarse dignamente.

De conformidad con el diagnóstico analizado anteriormente, era indispensable nivelar o equilibrar los tres pilares de la Seguridad Social, porque evidentemente, el pilar solidario o redistributivo debiera disminuir en la medida que tenemos un sistema que mejora las condiciones en el pilar contributivo y en el pilar de ahorro o voluntario. Si se tiene la capacidad de ahorro, si se tiene la capacidad de contribuir al sistema, no hay motivo alguno para trasladarse al pilar solidario.

La reforma previsional del año 2008, que se tradujo en la Ley 20.255, generó un cambio radical e importante; si bien no estructural, sí permitió incorporar un pilar que es muy trascendente. A continuación abordaremos un resumen de las diez grandes transformaciones que esta ley considera como las más relevantes.

- 1.- La incorporación de un sistema de pensiones solidarias. El Pilar Solidario, que comprende la pensión básica solidaria y el Aporte Previsional Solidario por la causal de vejez o invalidez, establece ciertos requisitos para acceder y está destinado al sector más vulnerable: al 60% de la población más vulnerable de Chile. Tienen que cumplir ciertos requisitos de focalización para que se les otorgue este beneficio. En principio, los que tenían las pensiones asistenciales que, en consecuencia, ya estaban evaluados por las respectivas municipalidades como con un nivel de pobreza alto, fueron los que accedieron en primer término a esta Pensión Básica Solidaria (PBS).

El Aporte Previsional Solidario (APS) se otorga mensualmente, es financiado por el Estado, incrementa las pensiones base inferiores a \$304.062 pesos chilenos, con lo cual aumenta el monto de la pensión final. Este beneficio **está sujeto a un proceso de revisión por parte del Instituto de Previsión Social (IPS)**, destinado a verificar que el beneficiario mantiene todos los requisitos exigidos por la ley.

El aporte no está contemplado para toda la población, sino solamente para el 60 por ciento más vulnerable, entonces, ¿qué sucede con el que quedó en el 61 por ciento, es rico? No. Es solamente un corte arbitrario, pero no ha cambiado su condición de pobreza.

- 2.- Se establece una nueva institucionalidad, a través de un Instituto de Normalización Previsional (INP), que se divide en un Instituto de Previsión Social —para seguir con la administración de las ex-Cajas de Previsión del sistema de reparto—, y un Instituto de Seguridad Laboral, entidad estatal que se dedica a la administración de la Ley del Seguro Social de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

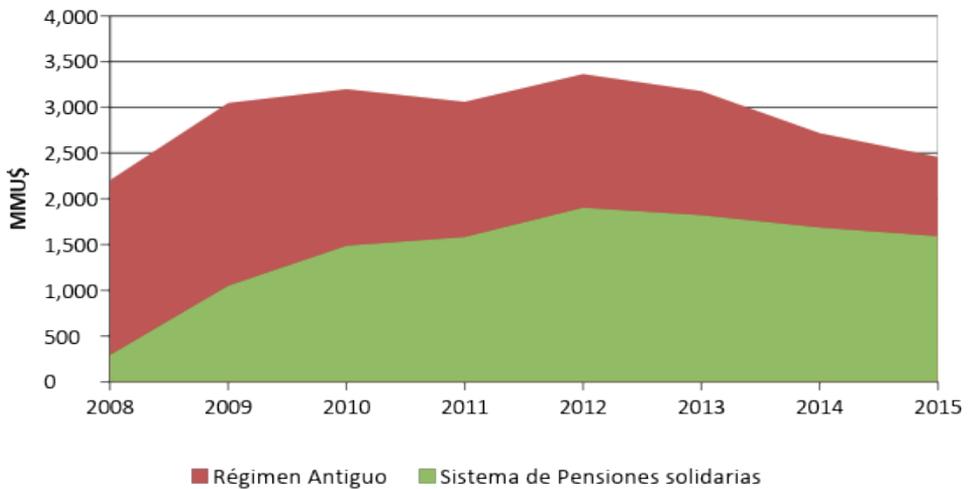
- 3.- Se contempla también la necesidad de una participación ciudadana, que hasta la promulgación de esta ley no existía.
- 4.- Se introduce el principio de Equidad de género, porque evidentemente en todo este sistema las mujeres han sido las más perjudicadas, porque presentan lagunas previsionales por el hecho de ser madres, y preferir la educación o el cuidado de los hijos. Situación que exige cubrir esas diferencias que se manifiestan, obviamente, en los montos de las pensiones a percibir. Se establece el Bono por Hijo como compensación.
- 5.- Mayor cobertura para los trabajadores independientes. En donde se estableció un mecanismo para incorporar en forma obligatoria a los trabajadores independientes, que no ha dado muy buenos resultados todavía, y que amerita resolver a futuro.
- 6.- Mayor cobertura para los trabajadores jóvenes. Evidentemente importa el momento a partir del cual se inicia la cotización, puesto que cuando se es más joven existe mayor posibilidad de generar rentabilidad en su fondo, para que tengan una mejor pensión en el futuro.
- 7.- Otorgar subsidio al empleo joven. Se incentiva al empleador para la contratación del trabajador joven, mediante el otorgamiento de un subsidio equivalente al 50% de la cotización, que es del 10% calculado sobre un ingreso mínimo mensual; se incentiva también al propio trabajador joven, que recibirá mensualmente igual cantidad.
- 8.- Mayor competencia en la industria previsional. De alguna manera intervienen las compañías de seguros en forma más directa, dentro de las modalidades en la industria previsional. El retiro programado ha generado una serie de dificultades en su aplicación y, por consiguiente, la persona que obtiene una pensión por retiro programado disminuye sus fondos en el transcurso del tiempo, pero es dueño de los fondos, es decir, fallece y esos fondos son de la herencia.

En cambio, en la renta vitalicia no existe esta disminución, pero se extingue el dominio de los fondos al momento de fallecer, los fondos se traspasan a la compañía de seguros. Entonces, la idea de la mayor competencia en la

industria previsional es generar opciones de fondos que efectivamente se traduzcan en mejorar las pensiones.

- 9.- Fomentar el ahorro previsional voluntario, es decir, dar todas las facilidades para que aquellas personas que están generando una cuenta o dos de ahorro voluntario, puedan tener exenciones tributarias o de impuestos.
- 10.- Por último, obtener una disciplina fiscal que permita regular de mejor forma el sistema.

Gráfico 1.5. — Gasto del sistema de pensiones solidarias (incluye PBS y APS) y sistema de reparto (mm U\$)

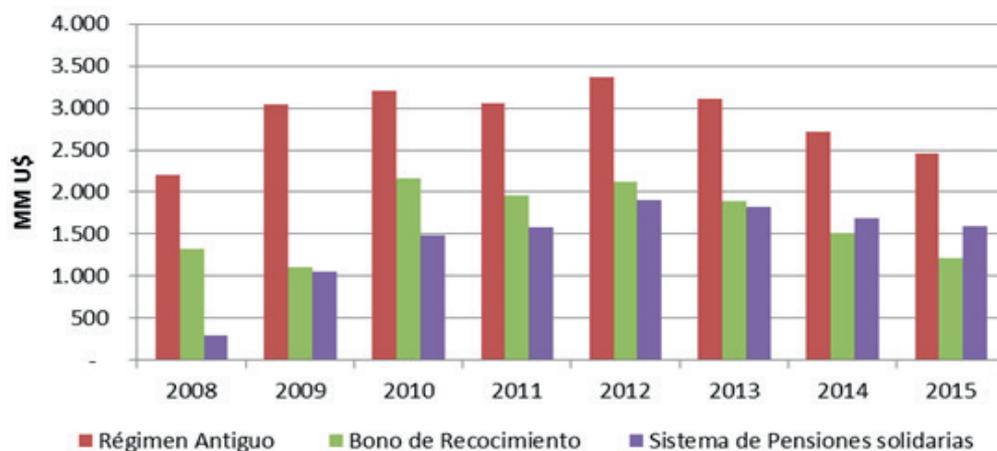


Fuente: elaborada por SPS sobre la base de información de la SP, IPS.

En el Gráfico 1.5, se muestra el monto del gasto del sistema de pensiones solidarias —que incorpora la pensión básica solidaria y el aporte previsional solidario— y del sistema de reparto, en miles de millones de dólares. Se aprecia que el régimen de reparto sigue implicando un mayor gasto que el sistema de pensiones solidarias (pensión básica solidaria y el aporte previsional solidario).

En el siguiente Gráfico 1.6, se presenta el gasto del sistema de pensiones solidarias, más el sistema de reparto (ex Cajas de Previsión), más el bono de reconocimiento, todo de cargo al Estado, al Presupuesto de la nación.

Gráfico 1.6 — Gasto del sistema de pensiones solidarias (incluye PBS y APS), sistema de reparto y bono de reconocimiento (mm U\$)

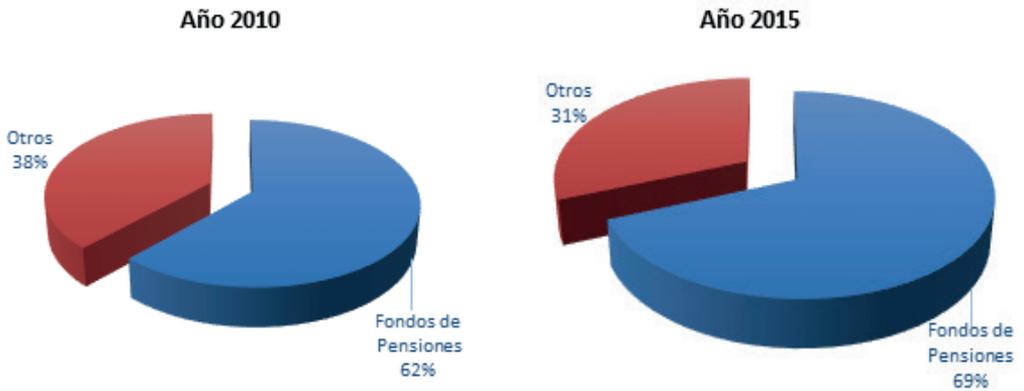


Fuente: Subsecretaría de Previsión Social.

Entre el año 2010 y el 2011 el bono de reconocimiento crece y la pensión solidaria o el pilar solidario empieza a adquirir una relevancia notable a través del tiempo.

En el Gráfico 1.7 veamos el valor de los fondos de pensiones como porcentaje del PIB, ¿qué pasó con la reforma del 2008? ¿Fue efectiva o no fue efectiva?

Gráfico 1.7 — Valor de los fondos de pensiones como % del PIB (2010 y 2015)

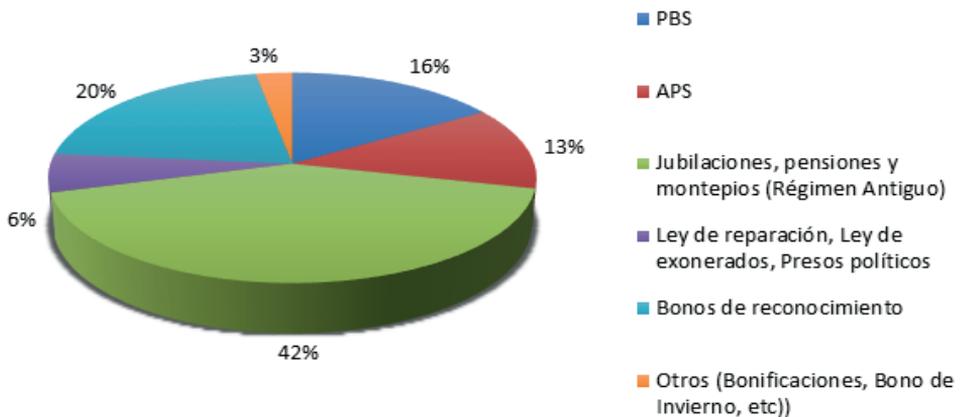


Fuente: Subsecretaría de Previsión Social.

La proyección que teníamos al 2010 del 74 por ciento bajó a un 62 por ciento. Lo que tenemos en el 2015 es un 69 por ciento, o sea, vuelve a subir.

En el Gráfico 1.8 podemos ver la distribución del gasto en pensiones solidarias y sistemas de reparto al año 2015.

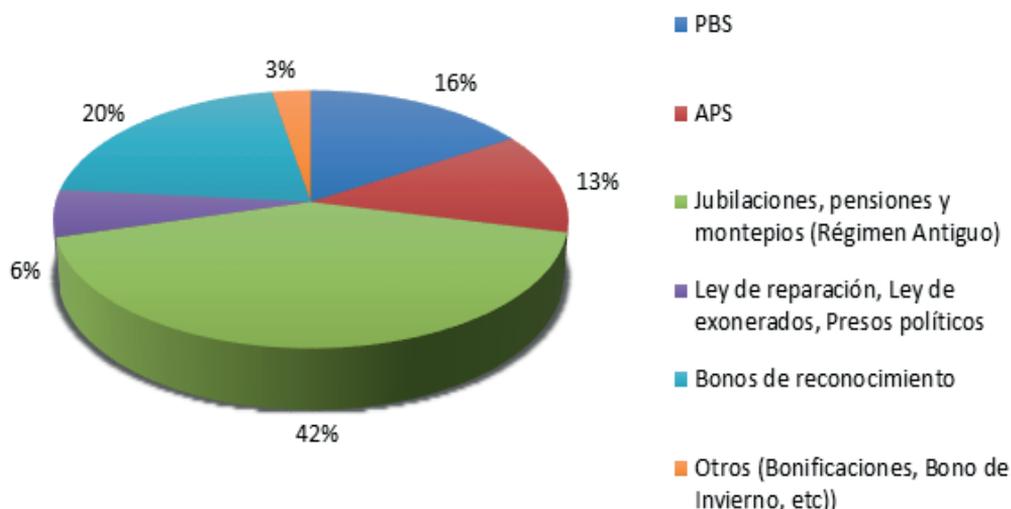
Gráfico 1.8 — Distribución porcentual del gasto en pensiones (Sistema de pensiones solidarias y sistema de reparto) (2015)



Fuente: Subsecretaría de Previsión Social.

El 42% corresponde al sistema de reparto, el 49% es la suma del bono de reconocimiento, la Pensión Básica Solidaria y el Aporte Previsional Solidario, lo que resulta del todo contradictorio con lo dispuesto en la Constitución Política, que prescribe que el Estado debe garantizar el acceso, bajo el principio subsidiario. No obstante, los efectos que está generando la reforma son contradictorios, porque en la realidad el Estado está asumiendo un rol preponderante, que no coincide con lo que dice la Carta Fundamental.

Gráfico 1.9 — Porcentaje del PIB en el gasto en pensiones (sistema de pensiones solidarias y régimen antiguo) (2015)

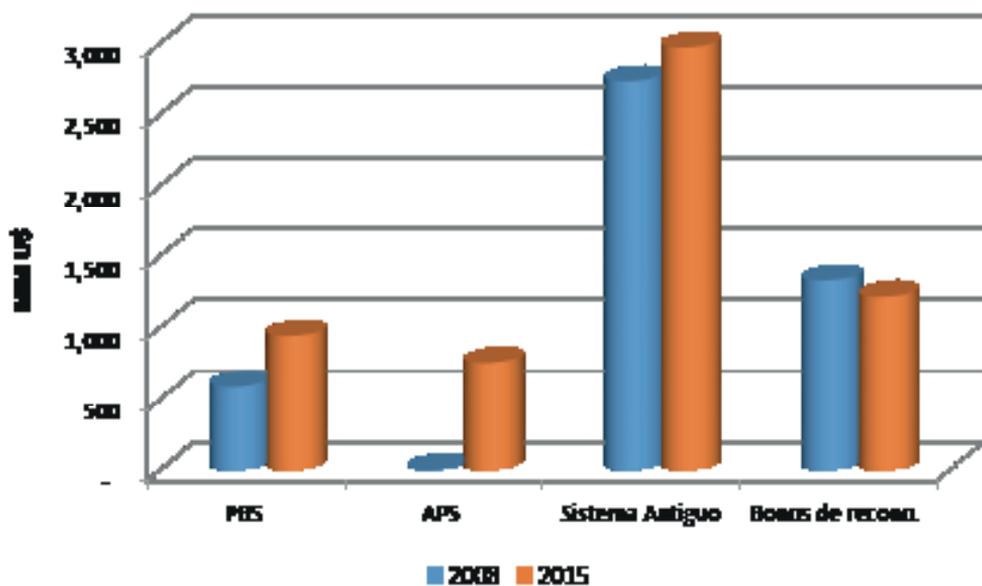


Fuente: Subsecretaría de Previsión Social.

En el Gráfico 1.9 vemos el porcentaje del producto interno bruto destinado al gasto de pensiones, tanto el régimen de reparto, como las pensiones solidarias o el pilar solidario, que en suma es un aproximado de un 2.5 por ciento.

En el Gráfico 1.10 tenemos el comparativo del gasto previsional con la reforma de la Ley 20.255, año 2008 versus año 2015. En el 2008 la pensión básica solidaria, es mucho más alta y el aporte previsional solidario es bajo. Sin embargo, empieza a aumentar en el 2015.

Gráfico 1.10 — Comparativo gasto previsional - Reforma Ley 20.255 (2008 vs 2015)



Fuente: elaborada por SPS sobre la base de información de Dipres.

En el Gráfico 1.11 Las tasas de reemplazo son los sensores que indican cómo está funcionando el sistema Al ver la evolución de las tasas de reemplazo —el último ingreso disponible— observamos que desde el año 2007 al 2014 van en descenso.

El promedio no significa que todas las personas accedan a esos montos, hay montos mucho más bajos. En 2007 el promedio fue de 50 por ciento, mientras que 2014 es de 43%.

Cuadro1.11 — Tasas de reemplazo del último ingreso gravable

Tasa de reemplazo	Promedio	Número de personas
2007	50%	41 216
2008	39%	48 753
2009	30%	50 786
2010	46%	61 717
2011	42%	60 955
2012	42%	59 604
2013	41%	71 005
2014	43%	72235

Nota: Se excluyen pensionados afiliados posterior 2008
Fuente: Comisión Asesora Presidencial, septiembre de 2015.

Como se puede apreciar, estos son los ingresos de los últimos 10 años; varía un poco, pero la tendencia siempre es a la baja en la tasa de reemplazo, respecto del monto de las pensiones.

El año 2014 la Presidenta de la República, Dra. Michelle Bachelet, en su programa de gobierno, prometió la creación de una comisión asesora presidencial que se abocara al estudio de esta situación, porque evidentemente las pensiones bajas, son un tema no sólo de las personas que indudablemente se ven afectadas, sino es un problema del país, porque nos genera un efecto inmediato en el tema laboral. Como señalaba anteriormente, los jóvenes no pueden ingresar a trabajar porque los adultos mayores continúan haciéndolo, porque éstos no pueden vivir con el monto de las pensiones que van a percibir.

La Comisión Asesora Presidencial, trabajó durante un año y medio y no pudieron llegar a consensos. En un informe muy interesante, hacen un

desarrollo de cómo ven este sistema y cómo ven el Derecho de la Seguridad Social hoy en Chile.

Dividen su informe en diez capítulos: la introducción y los tres primeros capítulos tratan del trabajo de la comisión, los antecedentes, la creación de esta comisión a través de un decreto presidencial, los integrantes que la componen, cómo iba a funcionar, los estudios que ellos encomendaron, la colaboración solicitada a organismos públicos, seminarios internacionales efectuados justamente para ver experiencia en los otros países, un análisis en los sistemas de pensiones y la calidad de vida en la vejez.

El cuarto capítulo, describe el sistema chileno de pensiones; el quinto presenta la evaluación del actual sistema de pensiones chileno, el contexto en el que opera el sistema actual y los resultados que ha generado. El capítulo seis se refiere a la naturaleza de la reforma necesaria al sistema de pensiones chileno, la discusión de la comisión respecto de las propuestas globales y la descripción de las propuestas globales.

El capítulo siete, presenta las propuestas y recomendaciones específicas de la comisión. El capítulo ocho, trata del impacto esperado de un costo fiscal de las recomendaciones de la comisión, el efecto sobre las pensiones futuras y los compromisos fiscales de esas recomendaciones, la bibliografía en el capítulo nueve y en el diez los anexos que comprenden todo el material.

Esta comisión debió escuchar a la ciudadanía a través de diálogos ciudadanos efectuados a lo largo de todo el país, planteamientos de las asociaciones gremiales, los sindicatos, los dirigentes y las personas individualmente consideradas que se veían afectadas por este sistema.

Lo primero que señala esta comisión es que hay un diagnóstico lapidario del sistema. ¿Por qué es lapidario? Porque Chile vive un proceso de descenso de la fecundidad y un envejecimiento de la población.

Planteó la relevancia de considerar los temas de género, al buscar soluciones al problema de pensiones bajas, porque evidentemente las mujeres son las más afectadas. Señaló que es un sistema muy deslegitimado por la ciudadanía,

evidentemente como sistema impuesto, no se discutió, no hubo una comisión, no hubo un análisis, sino que fue impuesto.

Se identificó un decrecimiento preocupante de la rentabilidad de los fondos de pensiones, que si bien son buenos, históricamente van a la baja. Aquí hay que tener claridad, los fondos de pensiones aumentan, pero no aumentan las pensiones y ese es el problema.

El análisis que efectúa del pilar solidario implementado con la reforma del año 2008, indica que ayuda de manera importante a mejorar las pensiones actuales de los jubilados. Es decir, el pilar solidario de alguna manera permitió amortiguar este golpe de las pensiones bajas en el sistema de capitalización individual.

El valor mediano de las pensiones de vejez autofinanciadas que se han otorgado entre los años 2007 y 2014 es de \$37.667 y cuando se les suma el aporte previsional solidario es de \$ 82.650. O sea, el aporte previsional solidario tiene un impacto fuerte en todas las pensiones del sistema de capitalización individual.

La mediana de tasa de reemplazo efectiva para pensiones autofinanciadas de las mujeres es del 24%. La de los hombres alcanza el 48%.

Hacia el futuro se pronostica que un 50% de los pensionados entre los años 2025 y 2035, obtendrían tasa de reemplazo igual o inferior al 15% del ingreso promedio de los últimos 10 años. Edad promedio de retiro real de 69.1 años para los hombres y 64.8 años para las mujeres. De qué sirve entonces aumentar la edad de jubilación, si los 60 ó 65 años que son la edad legal de retiro por vejez no está operando en la práctica.

I.1 Análisis general de las tres propuestas globales de la Comisión

La propuesta global A es una propuesta de continuidad con mejoras paramétricas. ¿Por qué se dice que es una propuesta de continuidad? Porque no plantea elementos que permitan mejorar las pensiones, sino que es una propuesta que tiene muchas coincidencias con las medidas que solicitan las

asociaciones de Administradoras de Fondos de Pensiones que han participado en todo este proceso, dando información y entregando propuestas de solución al problema.

La propuesta se construye a partir de la reforma de 2008, por medio de políticas que refuerzan a la Superintendencia de Pensiones, fortalecen el pilar solidario a fin de que el sistema entregue mayores pensiones, a partir básicamente de mayores aportes del Estado.

Aquí estamos cambiando un poco el principio de subsidiariedad, al considerar que el Estado debe garantizar los recursos faltantes, tiene que asumir las responsabilidades de una mayor parte. Se financia a través de impuestos generales y de una nueva cotización del dos por ciento a cargo del empleador (que no aporta actualmente) destinado a un fondo solidario. La cotización solo corresponde al trabajador.

Uno de los cambios que se generó con la Constitución de 1980 en el sistema, fue justamente que la cotización tripartita que hacían el Estado, el empleador y el trabajador en las ex-cajas del sistema de reparto, desapareciera, para que la cotización sólo sea con cargo al trabajador.

En la propuesta de la Comisión se considera necesaria la cotización del empleador. Se introduce además la necesidad de una Administradora de Fondos de Pensiones Estatal. Se proponen medidas para reducir las comisiones y mejorar la equidad de género. Equipara las edades legales de jubilación entre hombres y mujeres en el tiempo, e implementa tablas de mortalidad.

Se dice que una de las grandes diferencias en el tema de género es producto de las tablas que se aplican. Si se considerara una tabla unisex, se evitaría esta distorsión respecto de las pensiones que reciben las mujeres.

En cuanto a la administradora pública de fondos de pensiones, lo que se busca es diversificar los fondos. Que haya un organismo distinto al sistema privado, que pueda entrar a competir en las mismas condiciones que los privados.

La propuesta global B, propone un cambio más estructural. Considera la creación de un sistema integrado de naturaleza mixta, en el cual convivan las Administradoras de Fondos de Pensiones con un sistema de Seguridad Social.

La propuesta trata de cumplir el mandato de la Presidenta de dar soluciones a las bajas pensiones que hoy entrega el sistema, y se hace cargo de la deslegitimación del mismo. Para ello, transforma el actual esquema de pensiones solidarias en un seguro social, que pasa a ser la parte central del sistema de pensiones, con financiamiento tripartita. Este sería el punto de partida básico.

Se organizará a través de cuentas ciudadanas de Seguridad Social que podrán tener la forma de cuentas nocionales; se mantienen tanto la pensión básica solidaria como el componente de capitalización individual para los ingresos más altos, de aproximadamente el 50% de los trabajadores.

Es una combinación que mezcla una parte en que el Estado asegura una pensión mínima, más universal y no solo a los más vulnerables, y esa pensión mínima universal se aumenta con lo que se puede reunir en el fondo de capitalización individual.

Esta propuesta permite elevar los ingresos de los actuales pensionados, al construirse un fondo solidario con aporte de trabajadores, empleadores y recursos del Estado. Se universaliza la cobertura de la pensión básica solidaria, excepto para aquellas personas de muy alto ingreso.

El nuevo seguro social se financia con la contribución del 10% de todos los cotizantes con un tope de \$350 mil y un 4% de incremento en la cotización de cargo a los empleadores y complementado por aportes fiscales. El nuevo componente del seguro social permite facilitar la inclusión de trabajadores independientes, aliviar las desigualdades de género, mejorar la solidaridad intra e intergeneracional del sistema, diversificar la exposición al riesgo y centralizar la administración de cuentas. Mejoraría sustancialmente las pensiones de chilenos y chilenas.

La propuesta global C, es también una propuesta de cambio estructural, que sugiere reemplazar el sistema actual convirtiéndolo en un sistema de reparto,

y asume que los afiliados actuales del sistema de pensiones son transferidos a éste, junto a sus contribuciones y fondo, a cambio de una pensión mejor definida de por vida y no discriminatoria.

La Pensión Básica Solidaria y las pensiones muy bajas del sistema de reparto, serán incrementadas de forma inmediata al menos en un 100%. El monto completo de contribución será usado como ingreso para pagar las pensiones contributivas, sin usar subsidios estatales, que son esencialmente transitorios.

En promedio, la edad de retiro efectiva actualmente es de 70 años. Se reduce a sus límites legales de 65 y 60, y se mantiene así en un escenario alternativo; se aumenta gradualmente por dos años a partir del año 2030.

En promedio, los beneficios de pensión se incrementarán entre un 75% y un 100%. Las tasas de contribución no se aumentan hasta el año 2035, y luego se incrementan a un 25%. No se requieren impuestos adicionales, todo lo contrario, como se pone fin a los subsidios monetarios, entonces bajan.

Como no hubo unanimidad en el sentido de un consenso, y en votación hubo un empate a 12 votos entre quienes quieren cambios importantes, que es la propuesta B con 11 votos, más un voto de la propuesta C —que se refiere a cambios estructurales—, y quienes quieren solo cambios paramétricos, que es la propuesta A con 12 votos. No hay propuesta con mayoría absoluta.

La comisión no logró un acuerdo, solo una propuesta, lo cual es reflejo de la opinión que hay sobre esta materia a nivel nacional. En realidad, la opinión no es casual, obedece a la proyección del Estado dentro de la Seguridad Social, y cómo se construye un sistema para que el Derecho de la Seguridad Social opere en mayor o menor sentido o amplitud. Posterior a la entrega de este trabajo en Chile se optó por la opción A.

Existen propuestas específicas destinadas a fortalecer y ampliar el sistema de pensiones solidario, aumentar el ahorro para el pilar contributivo; reducir los riesgos a los que son expuestos los afiliados. Dado que mejorar la rentabilidad depende del mercado bursátil internacional, actualmente cualquier problema en la bolsa afecta inmediatamente los fondos de pensiones y tenemos casos dramáticos de personas afectadas en este aspecto.

Otra medida es incentivar la competencia en la administración de las cuentas individuales. Ahí está el tema de la AFP estatal, el cobro de comisiones de intermediación de las inversiones, que deben ser asumidas por las AFP y no por los afiliados, disminuir las brechas de género, equiparar las edades legales, extender quizá el periodo de cotización obligatorio hasta la edad de retiro efectivo del mercado laboral. Reducir la incertidumbre en los mecanismos de asignaciones de pensiones, reestructurar el actual sistema de consulta y oferta del monto de pensión. Reducir esta incertidumbre en los mecanismos de asignaciones de pensiones es necesario, para lograr que no sigan bajando; eso sería a través de la evaluación del uso de las tablas de expectativas de vida, diferenciadas por nivel educacional o ingreso promedio, revisar las tablas actuales de mortalidad, ajustándolas a las expectativas de vida en nuestro país, porque cuando se utilizan tablas de otros países evidentemente hay diferencia.

Resguardar y uniformar derechos previsionales, porque se generan incompatibilidades entre unas leyes y otras. Por ejemplo, el DL N°3.500 establece la pensión de vejez y, si una persona tiene una pensión de invalidez calculada por la Ley de Accidentes del Trabajo, que es mucho mejor porque es más completa, al cumplir los 65 años de edad, tiene obligatoriamente que pasar a la pensión de vejez y baja el nivel de ingreso por el cálculo que tiene en el sistema de capitalización individual.

Sin perjuicio del mandato de la comisión, en lo que se refiere al DL. N° 3.500 y a la Ley 20.255, se estima que el régimen especial que tienen las fuerzas armadas, carabineros, policía de investigaciones –PDI-, gendarmería y asimilados, debiera tener en general un igual trato de incorporación y cotizaciones que el resto de los trabajadores, atendiéndose a las características específicas de su ocupación.

Ahora bien, desde mi perspectiva, el sistema de las fuerzas armadas sigue siendo un sistema de reparto eficiente y al cual debiéramos aspirar todos los habitantes de este planeta, por consiguiente, debiéramos mejorar los recursos fiscales para solventar los gastos que genera, pero que sin duda apuntan a mejorar la calidad vida de las personas cuando más lo necesitan, en su proceso de envejecimiento.

Creo que hemos recorrido en forma muy resumida un espacio bastante complejo y que amerita toda la dedicación de todos nosotros, no solo del Ejecutivo, del Legislativo, del Poder Judicial, sino que de todas las organizaciones sociales que a través de la participación ciudadana, pueden entregar la experiencia que permite, siempre digo yo, el cable a tierra y conectar a los que de alguna manera tienen que tomar las decisiones para legislar o para elegir uno u otro sistema, de acuerdo con la realidad de cada país.

II. El Sistema pensional: fortalecimiento financiero y vulnerabilidad en el ámbito social

Óscar Rodríguez Salazar

En las dos últimas décadas del siglo XX, en gran parte de los países del globo se inició un proceso de transformación a los sistemas de protección social, y particularmente al sistema pensional. En el marco de las políticas de ajuste o de reformas estructurales de ese periodo, a la nueva política social se le impuso como línea directriz su viabilidad financiera, al tiempo que la aparición de los fondos de pensiones ponía de manifiesto la puesta en marcha de los procesos de privatización. La justificación teórica de esos cambios políticos fue aportada por la economía neoclásica, en su versión neoinstitucional, que busca garantizar el funcionamiento del sistema de mercados autorregulados, acompañados de mercados financieros eficientes⁵ y de la expansión económica a través de la competencia internacional y del disciplinamiento de los salarios.

5 “El mundo académico que difunde la buena palabra financiera, ha permanecido imperturbable delante del cataclismo de la crisis financiera de septiembre del 2008. La finanza siempre se supone eficiente. Esta “verdad” se enseña en todos los departamentos financieros de las grandes universidades y escuelas de comercio ignorando maravillosamente el cataclismo financiero que debería suscitar alguna preocupación para todo investigador que respete el método científico. El dogma de la eficiencia ha ganado a la política económica... No es posible hacer una carrera académica si no se casa con este credo” (Aglietta, Ould Ahmed, Ponsot 2016, 10). En el credo de los economistas, como lo analiza Rodrik (2012), la globalización financiera se construye sobre los siguientes dogmas: los mercados son eficientes, la innovación financiera traslada el riesgo a quienes están mejor capacitados para afrontarlos, la autorregulación es lo que mejor funciona y la intervención del gobierno es ineficaz y dañina.

Con esa carta de “navegación” el Banco Mundial y la OCDE han recomendado ajustes a los sistemas pensionales. Este último organismo ha preconizado un conjunto de reformas tendientes a conferirle mayor viabilidad financiera a los regímenes pensionales y generar “mayor permanencia en el mercado de trabajo, con las siguientes medidas: 1) aumentando la edad para tener derecho a una pensión; 2) restricciones para tener una pensión anticipada; 3) incremento a los incentivos financieros para trabajar más allá de la edad requerida, para tener derecho a la pensión y aumento de los recortes para pensiones anticipadas; y 4) mayores posibilidades para asociar trabajo y pensión” (OCDE, 2016, 26).

La viabilidad financiera se ha contrapuesto al mejoramiento de las condiciones de vida de la población que llega a la tercera edad, y que tiene “el privilegio” (expresión usada por estos organismos) de estar cubierto por los sistemas de jubilación. Los problemas sobre la concentración de capital que se derivan de los procesos de privatización, y de los cuales se benefician los fondos de pensiones y que inevitablemente inciden en las construcciones democráticas de los países, no merecen mayor atención en los análisis de estos organismos.⁶

El objetivo de este artículo, es presentar un análisis del funcionamiento del sistema pensional en Colombia, elaborado desde una perspectiva que considera los sistemas de protección social como mediaciones sociales, y que tienen como eje la búsqueda de la inclusión social de las personas que por la edad se retiran del mercado de trabajo y la disminución de las inequidades sociales que sufre este segmento de la población.

II.1 La deuda de vida y las mediaciones sociales como directrices para analizar los sistemas de protección social

La organización del sistema de protección social (SPS) para atender las necesidades de las personas en aquella época de la vida en que no tienen capacidad para trabajar, porque que en razón de la edad salen del mercado

⁶ “La mayor parte de los países de la OCDE han acumulado una gran cantidad de activos con el objeto de hacer frente a los compromisos de las pensiones futuras. El promedio ponderado de los activos de los fondos de pensiones de países de la OCDE representa el 83% del PIB en 2013” (OCDE 2015, 202).

de trabajo, ha pasado históricamente por diferentes momentos y diseños institucionales. En una primera etapa se implementa una política social-asistencial, que en términos de Castel (1996, 41) resulta de una intervención de la sociedad sobre ella misma, enmarcada en la sociabilidad secundaria, es decir, se trata de la construcción de “sistemas relacionales independientes de los grupos de pertenencia familiar, de vecindario, de trabajo”; en el caso colombiano esta política asistencial será respaldada por la Iglesia y los poderes locales (Rodríguez Salazar 2006).

Con los procesos de urbanización, industrialización y salarización, bases sobre las cuales se erige un sistema de aseguramiento social, la protección al adulto mayor se sustenta en el sistema pensional. No obstante, adoptar el modelo de aseguramiento bismarckiano circunscribe la protección al grupo de individuos que por más de 20 años tienen un trabajo formal, quedando excluida la masa de trabajadores informales que no logran cotizar el número de semanas requeridas para obtener una pensión; por tanto, este sector de la población debe acudir a la solidaridad intergeneracional, ser auxiliados por la asistencia social o finalizar su vida en condición de pobreza extrema.

Investigar la forma cómo en el siglo XXI el Estado y la sociedad toman medidas para proteger a la vejez requiere, en primer lugar, partir de un programa de investigación que dé cuenta de las dinámicas económica, social y política que determinan la arquitectura institucional, y en segundo lugar, optar por una perspectiva histórica con miras a explorar los condicionamientos históricos del modelo y analizar conjuntamente tanto los problemas del aseguramiento en pensiones, como las características de las políticas asistenciales desarrolladas para atender la pobreza en la tercera edad.

La protección a la vejez podría ser estudiada a partir de la creación de la deuda de vida, la cual da sentido a la relación entre lo individual y lo colectivo⁷. En

7 Para Graeber (2013, 71) “El centro de la teoría de la deuda de vida es claro: toda tentativa de separar la política monetaria y la política social es en últimas un error. Siempre estas dos políticas no son más que una sola.... Según los autores es esta teoría, este sentimiento de estar siempre en deuda, en primer lugar se expresa por medio de la religión y no por el ángulo del estado”. Aglietta, Ould Ahmed y Ponsot (2016, 81) sostienen que “Por su naturaleza inalienable, la deuda de vida mediatiza la relación entre moneda y soberanía. El soberano es el representante de la inmortalidad de la sociedad. Es el acreedor absoluto de la deuda de vida por cuanto todo ser humano reconoce la muerte como poder supremo. En el universo mercantil, la deuda de vida (deuda vertical) hacia el soberano, se distingue y se opone a las deudas privadas incluso dentro de un sistema de equivalencia. La moneda es la institución que hace la mediación entre estas dos especies de deuda... El soberano político es el representante de la inmortalidad de la sociedad frente a la mortalidad de sus miembros”.

una primera fase histórica esta clase de deuda corresponde al reconocimiento de una dependencia de los seres vivos con relación a poderes soberanos: dios y los ancestros, porque se entiende que la vida es un don, es dada, recibida y devuelta; este otorgamiento de un capital de vida crea deudas y créditos que se satisfacen a través de relaciones sociales o bien se compensan en moneda (Rospabe 1995). Los pagos para las deudas de vida garantizan que el capital de vida global del grupo (la sociedad) sea mantenido a través del tiempo, aunque sus miembros mueran y las generaciones cambien” (Therét 2013, 45). Así, el nacimiento de un individuo presenta un endeudamiento original con poderes temporales soberanos y de manera inmediata con sus vínculos familiares, siendo los padres el primero de ellos.

De acuerdo con Théret, se pueden distinguir dos formas de la deuda de vida: a) diagonal, que se presenta en la esfera doméstica y está asociada con relaciones de alianza y filiación entre grupos familiares en que operan transferencias de capital de vida; b) vertical, que asocia a todo miembro de la sociedad con sus autoridades superiores “supuestamente inmortales y consideradas dadoras iniciales del don de la vida, autoridades soberanas que acreditan haber fundado y/ o representar el conjunto de la sociedad (divinidades, ancestros, el Estado, la sociedad, la nación, etc.)”⁸. La deuda de vida vertical se opone a la deuda horizontal de reciprocidad. La deuda horizontal es alienable, transferible a terceros, al interior de una sociedad bajo la forma de don o contra don, o bajo la forma mercantil por medio del sistema de pagos. Contrario a la deuda horizontal que es contractual, la deuda de vida es un pacto que se concibe en oposición a la muerte y que funda la autoridad del soberano, es un pacto transhistórico (Aglietta, Ould Ahmed y Ponsot, 2016)

8 Esta reflexión sobre la deuda de vida es un elemento central dentro del programa de la moneda formulada por la Escuela de la regulación, que en una controversia con la economía neoclásica plantea que la moneda se construye sobre la deuda, confianza y soberanía; la primera función de la moneda sería pagar la deuda de vida (Ver Aglietta y Orléan 1998). Graeber (2013) cuestiona la categoría utilizada por la Escuela Francesa de la regulación a propósito de la deuda de vida (o de deuda primordial). Por su parte Pierre Billaudot (2016, 99) al responder al debate que sobre la deuda de vida propone el primer autor expresa que “La principal crítica que se puede hacer a Graeber y que en su lectura sobresale, y que es igualmente un mito –el de la existencia en los tiempos prehistóricos, de “economías humanas”– parece considerar que las relaciones económicas que han existido antes del advenimiento de las instituciones monetarias eran exentas de violencia, a diferencia de las relaciones establecidas en moneda que para él “tienen en común la violencia”. La “economía humana” de Graeber es un “estado contra factual de la misma naturaleza que el estado de naturaleza de Rousseau o la economía del trueque en Adam Smith.

Una forma de saldar la primera forma de deuda, es que los hijos se responsabilicen de sus padres cuando éstos lleguen a la tercera edad; es una manera de retribuir los esfuerzos realizados por los progenitores en la crianza, nutrición, educación de sus descendientes. En sociedades precapitalistas una familia de gran tamaño no solo asegura la disponibilidad de mano de obra, sino que es una forma de garantizar que la vejez de sus progenitores no discurra sin protección. La forma moderna de la segunda clase de deuda es la deuda fiscal, el impuesto que debe pagar cada ciudadano al Estado, como forma de reconocer el beneficio que se tiene por acceder al conocimiento, la tecnología y el capital social del cual se favorece cada persona en el momento de nacer y en el transcurso de su vida. Conviene distinguir que la deuda de vida no exime a la sociedad del pago de la deuda social, entendida como un conjunto de requerimientos de la población con mayor vulnerabilidad en materia de empleo, salud, educación, a los cuales no tuvieron acceso por cuanto los gobiernos tuvieron otras prioridades en materia de gasto público, o porque las políticas de ajuste generaron exclusión social.

Bajo esta perspectiva, un sistema de protección social (SPS) se puede definir como el conjunto de instituciones, organismos y prácticas a través de los cuales la sociedad se protege contra los elementos que amenazan su cohesión, y ampara a los individuos que la componen frente a los riesgos derivados de su existencia. Corresponde al Estado poner en funcionamiento el SPS porque se trata de una decisión política, y es el resultado de un compromiso político entre los diferentes grupos sociales, agenciado por el Estado; en conclusión, cualquier SPS busca legitimar proyectos políticos (Théret 1995).

Entre las instituciones más importantes del SPS estarían las encargadas del aseguramiento social y aquellas orientadas a la asistencia pública. Situar el aseguramiento social en la perspectiva de la protección social, implica reconocer que su estudio desborda el tema de la sostenibilidad financiera y se ubica en el terreno de la política, pues se trata de determinar la manera como la sociedad quiere restaurar el tejido social y hacer permanentes los lazos de solidaridad que la sustentan.

Toda vez que la protección social se enfoca como un resultado de la interacción entre los grupos de la sociedad, es preciso recurrir al análisis histórico con

el fin de establecer los elementos estructurales que definen el sistema de protección social, así como dilucidar la lógica con la que cada grupo social acude a la negociación. Los SPS son históricamente determinados por compromisos que se elaboran entre las exigencias propias del régimen de acumulación, y los requerimientos que surgen del proceso de legitimación y del régimen político.

II.2 La economía política de la forma como en Colombia se construyó el sistema pensional

En Colombia el sistema de aseguramiento en salud y pensiones llega tarde si se le compara con el instaurado en los países del cono sur. En estos países los sistemas de Seguridad Social se crearon y pusieron en funcionamiento entre la segunda (1911 Uruguay) y la tercera década (1925 en Chile) del siglo XX, y en la década de los cuarenta en la mayor parte de los países de la región ya tenían un sistema consolidado. En Colombia, con la Ley 6 de 1945 y la Ley 90 de 1946, organizaron las dos principales entidades aseguradoras de ese siglo: Caja Nacional de Previsión Social (CAJANAL) y el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS), pero más adelante se crearon muchas más. Para el establecimiento del modelo de aseguramiento en el país se cuenta con asesoría internacional, se tiene el sustento de la firma de los pactos con la OIT y se sigue una perspectiva bismarckiana, cuyas características son el régimen contributivo y la financiación por cotizaciones proporcionales al salario⁹. Es preciso recordar que en la sección XIII de tratado de Versalles —que tomó como base la Asociación para la Protección legal de los trabajadores que había sido fundada en Basilea en 1901—, dio lugar a la Organización Internacional del Trabajo. Para tal efecto, se diseñó una organización tripartita y que tuvo como áreas de intervención: la duración de la jornada laboral, salario digno y pensión de vejez e invalidez, así como la contratación laboral; el gobierno colombiano se adhiere a este organismo en 1919.

El trámite parlamentario de las leyes mencionadas se hace en relación directa con la necesidad de lograr alianzas con categorías sociales claves

⁹ Esping-Anderson (1990) lo denomina conservador-corporativista, porque no tiene vocación redistributiva, a diferencia del Beveriano, que tiene como objetivo la solidaridad nacional y se realiza con financiamiento fiscal -redistribuidor si la fiscalidad tiene una vocación universalista-. La historia del sistema de seguridad puede ser consultada en Rodríguez Salazar y Arévalo Hernández (1994), Rodríguez Salazar (2006), Arévalo Hernández (2006) y Mario Hernández (2003). La historia europea sobre esta temática en Castel (1996).

de asalariados: la función pública en primer lugar (militares y civiles), los educadores, los trabajadores del petróleo, los asalariados del transporte (ferrocarriles, trabajadores de los puertos), después los de la energía, más tarde los trabajadores mineros y de las finanzas (Rodríguez Salazar 2006). El modelo fragmentado¹⁰ instaurado en el país, se ancla en la búsqueda de una táctica política tendiente a ampliar las bases de apoyo del poder gubernamental, y no se constituye en una reivindicación en términos de derechos sociales y/o de ciudadanía (Lautier 2012). Una característica del modelo colombiano es que excluyó del aseguramiento a los campesinos, trabajadores independientes y micro empresarios, por no considerarlos fuerzas sociales estratégicas, por ello solo serán beneficiados con políticas asistenciales en coyunturas en que representen un peligro político latente.

La última década del siglo XX y el inicio del siglo XXI parecen trazar en toda América Latina las líneas comunes de la “hegemonía del neoliberalismo”. El análisis de la retórica, tanto de los gobiernos como de las instituciones internacionales, refuerza la impresión en torno a la homogenización a escala continental: el discurso sobre la pobreza (a comienzos del 2000 centrado en la vulnerabilidad), se convierte en hegemónico mientras que el de los derechos sociales pasa a un segundo plano. América Latina toda entera parece conducida por una corriente mundial caracterizada por la sucesión de “consensos”: el de Washington (1989), Copenhague (1995) sobre el desarrollo social; consenso sobre los objetivos del Milenio (2000), el de Monterrey sobre el financiamiento del desarrollo (2003), entre otros.

La reforma al sistema de aseguramiento, en donde la privatización es uno de sus rasgos centrales, se adopta en el contexto de las políticas de ajuste implementadas en toda América Latina, que en Colombia sustentan el Plan de Desarrollo *La revolución Pacífica*, formulado por el presidente César Gaviria (1990-1994) y su cuerpo tecnocrático. En el discurso de la tecnocracia nuestro sistema de aseguramiento se presenta como limitado en su cobertura, inequitativo y excesivamente costoso -en especial el pensional-, al punto de afirmar que podría llevar al país a una crisis fiscal; con todo ello se justifica

10 Con las particularidades del modelo colombiano –sensible a presiones corporativistas- se establecieron 1,214 cajas de previsión; en 1993 se detectaba una limitada cobertura y una gran inequidad entre ellas, tanto en los servicios de salud como en el otorgamiento de pensiones.

la necesidad de articular el aseguramiento a un nuevo modelo de desarrollo. En este nuevo régimen de acumulación con dominación financiera, los parafiscales son percibidos como impuestos a la nómina, los salarios como costos que no juegan ningún papel en el crecimiento de la demanda interna, en tanto la dinámica económica descansa sobre las exportaciones y en particular en la extracción minera.

El presunto impacto fiscal explica el interés de la tecnocracia por centrarse en reformar el sistema pensional, y de ahí la prioridad otorgada a la presentación del “Proyecto de Ley por la cual se crea el ahorro pensional y se dictan otras disposiciones sobre Seguridad Social” (Gaceta del Congreso 01/10/1992). Uno de los aspectos centrales del proyecto era que, mientras los trabajadores antiguos podían elegir entre el sistema de prima media y el de ahorro individual, los nuevos trabajadores (quienes entraban al mercado laboral a partir de 1993) solo podían afiliarse al sistema de ahorro individual (Fondos Privados de Pensiones).

La reforma al sistema de salud se constituye en otra posibilidad para la privatización del conjunto de la Seguridad Social, y de contera permite actuar sobre el desequilibrio de las finanzas públicas, en una época en que se sentía el coletazo de la deuda externa en América Latina, y las políticas de ajuste de primera generación que empezaban a imponer la disciplina fiscal. Al mismo tiempo, se busca ajustar el sistema de aseguramiento al régimen de acumulación de dominación financiera, y propiciar una mayor articulación al mercado mundial en el marco de la globalización¹¹. Por esta razón las transformaciones al sistema de protección social formaron parte de la segunda fase de la reforma financiera, y fueron auspiciadas por los conglomerados económicos nacionales que vislumbraban un buen negocio en el aseguramiento social (Salama y Valier 1994).

11 La globalización financiera, las políticas de desregulación de los mercados en Europa o de ajuste estructural en América Latina modifican medularmente los SPS. La mundialización financiera “designa las interconexiones muy estrechas entre los sistemas monetarios y los mercados financieros nacionales que resultaron de las medidas de liberalización y desreglamentación, adoptadas en primer lugar en los Estados Unidos y el Reino Unido entre 1979 y 1982 y por otros países industrializados en los años siguientes” (Chesnais 1996, 10). Para la CEPAL (2202, 20) “La globalización financiera ha sido más rápida que la comercial y productiva, y se puede argumentar, con razón, que vivimos en una era de hegemonía de lo financiero sobre lo real (CEPAL, 2001a). Ambos procesos tienen como telón de fondo un profundo reordenamiento institucional a nivel mundial, cuyo elemento esencial ha sido la liberalización de las transacciones económicas internacionales, corrientes y de capital. Sin embargo, el diseño de nuevas reglas económicas globales sigue siendo insuficiente y muestra claros vacíos institucionales”.

Tales modificaciones tienen como contexto un cambio en el régimen de acumulación que ha sido caracterizado como de financiarización¹², categoría que expresa la superposición de la lógica financiera sobre la productiva (Giraldo 2007). Tres resultados se destacan en este proceso: en primer lugar, los empresarios, por diferenciales en la tasa de ganancia, son más proclives a buscar rentas financieras que a realizar inversiones en el sector real de la economía, situación que tiene consecuencias en la magnitud del desempleo; en segundo término se gesta una política macroeconómica que conduce al empobrecimiento laboral pues, frente a la magnitud del endeudamiento del empresario con el sector financiero, la disminución en los costos se logra mediante la reducción salarial o la alta rotación laboral; por último, la economía especulativa impacta las finanzas del Estado vía el endeudamiento público, incrementado el déficit fiscal.

Las modificaciones al sistema de Seguridad Social —SSS— forman parte del cambio de modelo económico. Los reformadores insisten en la idea del agotamiento del modelo de sustitución de importaciones y, además, lo responsabilizan del déficit fiscal, la caída del ritmo de crecimiento económico, la inflación y, en últimas, los niveles de exclusión que registra la sociedad colombiana. Por lo tanto, la apertura y en general las desregulaciones, o en forma más amplia la “retirada del Estado” de la regulación del mercado, eran las directrices de los cambios que finalmente se llevaron a cabo (reforma fiscal, financiera, laboral, monetaria con la independencia del Banco de la República, entre otras).

Además del régimen de acumulación consolidado por las reformas pro-mercado, el SSS está determinado por el tipo de Estado y el régimen político construido en Colombia¹³. Una de las principales diferencias entre los

12 Por régimen de acumulación se “designa al conjunto de regularidades que aseguran una progresión general y relativamente coherente de la acumulación de capital, es decir, que permite reabsorber o proponer distorsiones y desequilibrios que nacen del mismo proceso” (Boyer 1989, 15). El régimen de acumulación predominante en los países industrializados durante los años de la posguerra —denominado fordismo— estuvo acompañado de un modo de regulación que incluía la contratación colectiva de los salarios, el incremento de los salarios indirectos, el dinero-crédito de curso legal y políticas económicas de tipo Keynesiano.

13 “Tradicionalmente el régimen político se ha definido, en términos estrechos, como el conjunto de reglas e instituciones que regulan la lucha por el poder político y las relaciones entre las distintas ramas del poder público. Sin embargo, el régimen debe incluir, también, las reglas que regulan las relaciones entre las clases sociales y sus expresiones organizativas, y entre éstas y los partidos políticos y el Estado. Por tanto, la principal función del régimen

procesos de desregulación de los mercados en los países desarrollados y las políticas de privatización en América Latina, es la forma como se configuró el Estado y se dio poder a la sociedad civil. En los primeros se podía mitigar la retirada del Estado, toda vez que se sentía la herencia del Estado de Bienestar, contaban con instituciones maduras, y la ciudadanía, asentada en el ejercicio de los derechos sociales e inclinada a ejercer un fuerte control social organizado, podía enfrentar la retirada del Estado de ciertos mercados. En los segundos, con Estados clientelistas o regímenes populistas, donde el ejercicio de los derechos sociales se concibe como una contraparte de los favores políticos, se produce un debilitamiento o un retiro de los procesos de inspección, vigilancia y control por parte de las entidades gubernamentales y de los individuos (Rodríguez Salazar 2005).

Entre los limitantes en la construcción del Estado de Bienestar en América Latina se encuentran: la forma en que se legisla sobre los derechos sociales, la débil extensión de la relación salarial y el incumplimiento a las leyes, que han conducido a que la subordinación del trabajo no esté ligada al ejercicio de los derechos sociales. Dos elementos permiten observar los efectos: a) las garantías jurídicas sólo cubren algunos segmentos de los trabajadores mientras que otros quedan al margen, tal es el caso de las normas de protección social que tienen carácter obligatorio para relaciones salariales y voluntario para otro tipo de acuerdos laborales; b) en el sector formal de la producción, los mecanismos de evasión y elusión a los sistemas de protección social —que son concomitantes con la aparición institucional del aseguramiento social—, limitan el ejercicio de los derechos sociales e inducen a la aceptación tácita del dominio del empleador.

En el caso del productor independiente, llamado trabajador por cuenta propia, se observa que está dotado de derechos civiles y políticos, pero carece de derechos sociales. Para este tipo de trabajadores la ausencia de una relación de trabajo dependiente y la falta de conocimiento sobre el sistema de contraprestación entre capital y trabajo, hacen que el acceso a los bienes y servicios que expresan los derechos sociales sean percibidos como derechos

político es actuar como elemento de articulación entre el Estado y el modelo de desarrollo en cuanto principio organizativo de la sociedad, es decir, como la posibilidad de realizar alianzas entre distintos sectores sociales, a fin de imprimir una dirección al proceso social” (Orjuela 2011, 371).

individuales. Esta individualización de los derechos sociales conduce a que el productor se margine de su reivindicación, la cual tiene una naturaleza colectiva (Lautier 1995).

La relación entre lo privado y lo público muestra cómo la ciudadanía, en tanto categoría, experimentó una evolución muy diferente en estos dos continentes. En nuestro continente la interacción entre lo público y lo privado no dio lugar a un espacio intermedio como el generado en Europa, ni a una clara delimitación de estas dos esferas. En muchos países del continente, y en particular en Colombia, la participación de lo privado en la esfera de lo público está más orientada a la apropiación privada de ventajas o recursos públicos (la economía neoinstitucional los cataloga como “*Renk Sekeers*”), que a la ampliación del campo de acción de lo privado. Igualmente, en muchas oportunidades los conflictos privados pretenden ser dirimidos en el ámbito de lo público. A la vez se aprecia que algunos campos regulados por el Estado o que pertenecen a lo público, quieren ser administrados en forma privada, lo que significa la absorción de lo público por la esfera privada (Rodríguez Salazar 2002). Este conjunto de características conduce a que fenómenos como el nepotismo, la corrupción, el clientelismo y el gamonalismo, trastornen la aplicación de los mecanismos de regulación estatal. Tales ingredientes, sumados al incumplimiento de las leyes, generan una apropiación privada de elementos públicos y un ejercicio privado de los asuntos sociales.

En la medida en que el régimen de acumulación informaliza y hace más precario el trabajo, o que un porcentaje substancial de la población se encuentra en condiciones de pobreza laboral, la “lucha” contra este flagelo va acompañada de un ingrediente político. Vale la pena recordar que la lucha contra la pobreza en los períodos antiguos, principalmente en Europa, —del siglo XVI al XIX—, no servía solamente para ayudar a los pobres, sino que también era utilizada para controlarlos. El objetivo de esta lucha no era erradicar la pobreza, sino contenerla dentro de límites aceptables políticamente y permitir el cumplimiento de la función política de la pobreza (Lautier 2006). Este sería el caldo de cultivo para las prácticas clientelistas, y una forma particular de garantizar la gobernabilidad y legitimidad de las transformaciones en el régimen político.

En este contexto se va imponiendo una concepción del Estado que el Banco Mundial ha liderado a partir de las reformas neoliberales. Para esta institución las llamadas “Fallas de Estado” son un asunto netamente “administrativo”, que oculta la nueva correlación de fuerzas entre las diferentes fracciones del capital, y el ataque a los derechos sociales vinculados al mundo del trabajo. En opinión de ese organismo internacional, la “reforma del Estado” debía cumplir con una doble tarea: “blindar” las instituciones estatales encargadas de conducir las políticas macroeconómicas, de las reivindicaciones democráticas (autonomía de la banca central, sin que los codirectores tuviesen responsabilidad política), y ampliar el propio Estado de manera selectiva, por medio de un conjunto de “arreglos público-privados” responsables de desarrollar funciones que antes sólo eran desempeñadas por instituciones públicas. Este es el caso de la participación del capital privado en el sistema de Seguridad Social (Mendes Pereira 2005).

En el siglo XXI en Colombia, la política social, en sus componentes de subsidio al aseguramiento y asistencia social, ha contribuido a reforzar las prácticas clientelistas y a extender la corrupción en la vida política¹⁴. Un ejemplo de ello lo provee el trámite de la Ley 1751 del 2015 conocida como ley estatutaria en Salud, presentada como una forma de conjugar la actual crisis del sistema de salud, que tanto el gobierno como sectores políticos y sociales catalogan como de “suma gravedad”, pues el presidente del Senado, Roy Barreras, y la ponente de la Ley, Karime Mota, fueron denunciados por el Superintendente de Salud, Gustavo Morales, por tratar de influir a través de visitas y del envío de hojas de vida a su despacho, trataron en el “cambio de intervención [o en el] cambio en el nombre del interventor”. Otra característica del modelo

¹⁴ La “sana política macro económica” se ha logrado, según la tecnocracia, gracias al clientelismo. Para Alejandro Gaviria, actual Ministro de Salud: “Desde los años setenta al menos un arreglo pragmático, un pacto implícito ha caracterizado el ejercicio del poder en Colombia: los partidos políticos tradicionales han permitido o tolerado un manejo tecnocrático, centralizado de la macro economía a cambio de una fracción del presupuesto y la burocracia estatal, de auxilios parlamentarios, partidas regionales y puestos. Para bien o para mal, el clientelismo ha sido el costo pagado por la ausencia del populismo” *El Espectador* 6 de mayo del 2012. En esta misma perspectiva se expresa el ex Ministro de Hacienda de la Administración de Gaviria: “El clientelismo ha sido una decisión consciente de las élites, y es un mecanismo que se utiliza para comprar respaldos, preservar el sistema y debilitar a los adversarios políticos (...) el clientelismo puede verse como una forma deliberada de extraer recursos para la élite y sus colaboradores” (*Portafolio* 17 de septiembre del 2012). El clientelismo como política de Estado nuevamente se expresó en las elecciones para el Congreso colombiano del 2014, donde se repartieron más de tres billones de pesos a los congresistas, con el fin de garantizar la “gobernabilidad” de la reelección de Santos.

implantado en salud es la corrupción y la forma como se manejan los flujos de recursos que llegan al sistema de Seguridad Social en salud¹⁵.

II.3 Ajustes al sistema pensional como resultado de la globalización financiera

La estructura de los sistemas de protección social se puede asociar con las características que el capitalismo adquiere en el caso colombiano¹⁶. Las variables que permiten definir las variedades de capitalismo en América Latina están dadas por la definición de su sistema político, la inserción económica internacional, la capacidad y autonomía del Estado, y la definición de sus políticas monetarias y económicas. En la obra de Bizberg (2015) se caracteriza el caso Brasileño como un capitalismo orientado por el Estado y dirigido hacia el mercado interno (aunque de un apoyo importante a las exportaciones); Chile representa un capitalismo regulado por el Estado (de manera subsidiaria al capital privado) y dirigido hacia el mercado externo; México muestra uno desregulado, subordinado hacia el mercado externo, lo que deriva en un capitalismo de subcontratación internacional, y Argentina lo considera como un híbrido inestable en distintos períodos, de acuerdo con la coalición gubernamental y la relación socio política dominante que se ordena con uno u otro tipo de capitalismo.

Las formas de capitalismo determinan y se retroalimentan del sistema nacional de protección social (SNPS)¹⁷. La trayectoria histórica del SPS y las

15 La Procuraduría indagó a 37.000 funcionarios investigados, donde el 70% son por corrupción (revista semana edición 1505); la Contraloría investiga la pérdida de recursos por 42 billones de pesos en procesos de responsabilidad fiscal.

16 “Autores como Bruno Amable, Boyer, Théret analizan los capitalisms en Europa: el Americano (determinado por el mercado), el Alemán (coordinado por actores sociales), el Francés (definido por el Estado), Japón, Corea y Taiwán (los grandes conglomerados, constituidos por los bancos y las empresas productoras y comercializadoras, los que dominan la economía) y los pequeños países de Europa del Norte (donde el estado de Bienestar se convierte en el eje del capitalismo)” (Bizberg, 2015, 473).

17 En la discusión sobre variedades de capitalismo en los países avanzados se plantea que en *un capitalismo liberal* un SNPS segmentado y residual, aunado a una débil organización sindical y a relaciones industriales poco reguladas, permite la existencia de un mercado de trabajo flexible, complementario a la dinámica propia de este tipo de capitalismo, basado en un mercado financiero sofisticado, una fuerte competencia entre las empresas, una débil regulación estatal y un sistema educativo orientado a la adquisición de conocimientos generales. En los *capitalismos europeos un SNPS estatal o corporativo* más generoso y universal, en el que las relaciones industriales están muy reguladas y son muy dependientes de la ubicación de los obreros en ramas económicas específicas y en sus propias carreras individuales, es complementario de un tipo de capitalismo coordinado. En el *capitalismo social demócrata* el SPS no sólo es complementario al tipo de capitalismo, sino que es uno de los sectores principales del

distintas modalidades que ha tenido el régimen de acumulación en Colombia, pueden explicar por qué el sistema pensional se privatizó, la manera como esa decisión política fortaleció los procesos de financiarización, y simultáneamente los grupos económicos se convirtieron en hegemónicos en el campo del poder. Es decir, que esta nueva correlación política “determina las políticas económicas y sociales y en última instancia la configuración de los SNPS. De hecho, la acción económica del Estado (la política económica y presupuestal) no depende de su mera voluntad, ni responde a coyunturas, sino a un compromiso institucionalizado” (Bizberg, 2015, 484).

Las políticas de protección social se modificaron substancialmente con las reformas pro-mercado de la década de los noventa, diseñadas bajo la influencia del pensamiento neoliberal. Tanto el componente de Seguridad Social como la política asistencial fueron reformados para dar cabida a la privatización, la focalización, los subsidios a la demanda y la descentralización. En este contexto con la Ley 100 de 1993 aparecen los fondos privados de pensiones, las administradoras de riesgos laborales; y en el campo de la salud, las empresas promotoras de salud (EPS) y el Régimen Subsidiado en Salud (RSS) orientado para atender la población pobre previamente identificada.

En materia de la política asistencial, se presentan algunos programas que intentan “innovar” la acción del Estado en materia social, tales como: las transferencias condicionadas, que en Colombia reciben el nombre de familias en acción (FA); el Fondo de Solidaridad Pensional PROSPERAR y un nuevo proyecto conocido con el nombre de Beneficios Económicos Periódicos (BEPS), que mediante un ahorro programado acompañado de un subsidio del Estado, intenta dar protección a la población que llegue a la tercera edad.

Estas transformaciones encuentran justificación en el discurso de la tecnocracia. La privatización del sistema pensional se hizo a nombre del equilibrio de las finanzas públicas, de la necesidad de fortalecer el mercado

régimen de producción y de acumulación en los países del Norte de Europa. Las definiciones de los SNPS incluidas en esta tipología de los capitalismos derivan de las elaboraciones por Esping-Andersen, definidas con base en sus trayectorias históricas (Bizberg, 2015, 474-475).

de capitales¹⁸, generar condiciones para un mayor crecimiento económico y de remate para extender la relación salarial, lo que impactaría en una mayor tasa de afiliación al sistema pensional (Rodríguez y Arévalo 1994).

Tanto para el caso colombiano como para los otros países, el problema de la Seguridad Social se percibe como una seria desarticulación de las finanzas públicas, responsable en parte del déficit fiscal, y no ajustada al equilibrio macroeconómico que deben tener los diferentes componentes de la política económica¹⁹. Esta especie de dictadura fiscal está presente en la exposición de motivos que tienen las diferentes leyes reformadoras de la Seguridad Social en América Latina²⁰. De otra parte, la reforma previsional chilena, llevada a cabo durante la dictadura militar, servía como modelo ideal para articular la Seguridad Social al fortalecimiento del mercado de capitales y por esta vía favorecer el desarrollo económico.

El interés primordial de la administración Gaviria (1990-1994) era que al transformar el sistema pensional se avanzaba en la reforma financiera, se fortalecía el ahorro y de paso se permitía la presencia de los fondos privados

18 A finales de la década de los “ochenta, la presión de los organismos financieros (FMI, Banco Mundial) para restaurar el equilibrio fiscal, llevó a identificar a la Seguridad Social como causa del déficit, pero también como una fuente potencial de financiamiento y desarrollo de los mercados de capitales” (Mesa Lago 1996, 78).

19 Los fundadores de la Sociedad Mont-Pelerin son críticos de los sistemas de Seguridad Social construidos sobre el dominio de lo público y por ende de los Estados de Bienestar. Para Milton Friedman “Las falacias del Estado de bienestar” se asocian a que los diferentes programas desarrollados por esta forma de organización política en vez de beneficiar a los más pobres se orientan a los grupos de ingresos medios y altos, y que por los trámites que tienen que hacer las transferencias, la cantidad recibida por el destinatario se ve disminuida significativamente (Friedman 1980, 170). Como fiel representante del pensamiento neoliberal, este economista como todos los integrantes de esta Sociedad, pretenden imponer más que una política económica una norma de vida caracterizada por la competencia entre los seres humanos y ordena un conjunto de relaciones sociales que a juicio de Dardot y Laval (2009, 5) “Las circunstancias de este éxito normativo han sido descritas, tanto bajo su aspecto político (la conquista del poder por las fuerzas neoliberales), tanto por su aspecto económico (auge del capitalismo financiero mundial) tanto por su aspecto social (la individualización de las relaciones sociales a expensas de las solidaridades colectivas, la polarización extrema entre ricos y pobres) tanto aún por su aspecto subjetivo (la aparición de un nuevo sujeto, el desarrollo de nuevas patologías síquicas)”. En esta perspectiva se debía dar paso a los sistemas de Seguridad Social en donde se redujeran los lazos de solidaridades colectivas como el del sistema pensional de prima media.

20 “El cambio más radical que se dio en Chile y de hecho en muchos países de América Latina, fue el giro de un sistema político generador de derechos a la Protección Social basada en el empleo, hacia un modelo en el que la intervención pública en el Sistema de Seguridad Social (SSS) ya no es un derecho, sino una acción asistencial enfocada hacia categorías sociales particulares. El Estado ya no se ocupará de garantizar el derecho al SSS—esto será básicamente una cuestión particular—; sólo se abocará a asistir a los que no sea capaces de integrarse al mercado” (Bizberg, 2015, 506).

de pensiones, ligados a los grandes grupos económicos. Sin embargo, con la expedición de la Constitución de 1991, que en sus artículos 48 y 49 define los lineamientos del sistema de Seguridad Social (servicio público de carácter obligatorio y bajo los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia), la reforma tuvo que ser ampliada a salud y a riesgos profesionales.

La transformación del sistema de Seguridad Social llevada a cabo con la promulgación de la Ley 100 de 1993, está signada por un contexto en el que el orden político tenía necesidad de legitimidad, dado el elevado nivel de violencia suscitada en la sociedad colombiana, expresión de un conjunto de intereses que abarcaban desde la insurrección armada, hasta el surgimiento de un nuevo grupo social vinculado a los dineros del narcotráfico.

Esta búsqueda de legitimidad tuvo como resultado la expedición de la constitución de 1991, donde la obligación estatal de proveer la protección social a sus ciudadanos recibió su carta de naturaleza y se consignaron los principios y los lineamientos del sistema de protección social. La nueva concepción que se impone sobre la manera de administrar la protección social, se construye sobre un discurso que Lautier (1993) ha caracterizado como de “modernista tecnocrático”, que consiste en concebir la pobreza como una especie de patología que es necesario erradicar. Para cumplir con esta meta es necesario diseñar un conjunto de estrategias para los pobres, buscando su integración al sector formal de la economía ya sea mediante la valorización de sus activos, a través de microempresas, o haciendo políticas para valorizar su capital humano.

La Ley 100 de 1993 indujo la aparición de nuevos intereses económicos, apalancados en el sistema político. Favoreció la inversión de los grupos económicos en el negocio del aseguramiento, el mayor protagonismo de las Cajas de Compensación y la posibilidad de que los capitales pequeños y medianos intervinieran en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). También mostró la debilidad del Estado frente a los capitales privados. Finalmente, puso de manifiesto la poca efectividad de los sistemas de inspección, vigilancia y control, que favorece la corrupción, la generación de utilidades perversas en el sistema de salud y la falta de transparencia política, fenómenos que contribuyen a la reproducción del clientelismo moderno.

Los cambios operados en el sistema de Seguridad Social propiciaron una transformación profunda en el campo del poder. Esta categoría la precisa el sociólogo francés Pierre Bourdieu (2013, 369) como “un campo de fuerzas definido en su estructura por el estado de relación de fuerzas entre formas de poder o distintos tipos de capital. Es también inseparablemente, un campo de lucha por el poder entre portadores de poderes diferentes, un espacio de juego donde agentes e instituciones que tienen en común poseer una cantidad de capital específico (económico o cultural especialmente), y suficiente para ocupar posiciones dominantes en el seno de sus respectivos campos, se enfrentan en estrategias destinadas a preservar o a transformar esa relación de fuerzas”. El Estado²¹ en esta línea de pensamiento, podría ser analizado como “campo de instituciones públicas” y como sector del “campo de poder”; el primero aparece frente a la sociedad como neutral ante los conflictos de la sociedad y que siempre está en búsqueda del interés general, cuando estas instituciones no son más que el resultado de las transacciones entre clases (Bourdieu 2012).

Al lograr una representación en el Congreso, las aseguradoras (EPS) tanto del régimen contributivo como del subsidiado, no sólo obtuvieron una legislación favorable para sus intereses, sino que determinaron el funcionamiento de la regulación estatal. En materia pensional, como se analizará posteriormente, se presenta un proceso de monopolización, en donde los grupos económicos controlan la mayor parte del ahorro pensional de los colombianos. Estos grupos participan activamente en la financiación de las campañas políticas, particularmente en las presidenciales, y su influencia se deja sentir en el diseño de la política económica —como se pudo observar en la pasada reforma tributaria (Ley 1607 del 2012) y la que actualmente se discute en el congreso—;²² además que algunos de sus cuadros tecnocráticos rotan entre la

21 “El Estado no se reduce ni a un aparato de poder al servicio de los dominantes ni a un lugar neutro de reabsorción de los conflictos: él constituye la forma de creencia colectiva que estructura el conjunto de la vida social en las sociedades fuertemente diferenciadas” (Bourdieu 2012, 601). Para este sociólogo el Estado es el resultado de un “proceso de concentración de diferentes especies de capital, capital de fuerza física o de instrumentos de coerción (ejército, policía), capital económico, capital cultural o, mejor informacional, capital simbólico, concentración que, en tanto tal, constituye al Estado en detentor de una suerte de meta-capital que da poder sobre las otras especies de capital y sobre sus detentores” (Bourdieu 1995, 78).

22 Mediante esta ley y argumentado la necesidad de generar mayores niveles de empleo se logró reducir los tributos a cargo de las empresas: renta y complementarios (del 33% al 25 en la tarifa nominal), las contribuciones parafiscales al SENA (2%), ICBF (3%) y el aporte patronal a la salud (8,5%).

dirección de empresas pertenecientes a esos grupos y puestos de dirección en las instituciones estatales.

El discurso tecnocrático que acompañó las reformas en el SSS forma parte del ejercicio de violencia simbólica, es decir, que se hace responsable de la desafiliación y de la exclusión social a la población vulnerable. Las relaciones de fuerza, las más brutales, son al mismo tiempo relaciones simbólicas y los actos de sumisión, de obediencia, son actos cognoscitivos, que ponen en funcionamiento estructuras cognoscitivas, formas y categorías de percepción, principios de visión y de división: los agentes sociales construyen el mundo social por medio de estructuras cognoscitivas.

Un caso típico de esta práctica lo constituye la categoría de miopía al analizar el sistema pensional; en la propuesta liderada por la Dirección de Protección Social del BM, Holzman, al hacer énfasis en la individualización de la PS²³, se promueven los valores individuales y se hace responsable al individuo que asuma las consecuencias de una vejez desprotegida, por no haber ahorrado en el sistema pensional, independientemente que la sociedad haya generado trabajo formal, o que la dinámica económica haya precarizado el empleo. En últimas es un discurso de inspiración liberal, que tiene como epicentro la promoción de los valores individuales, conduce a una concepción minimalista de la PS, en la que su rol principal es focalizar, con miras a centrar la protección en los más vulnerables, y promover una drástica disminución de las tareas del Estado. Se argumenta que la reducción de los recursos asignados a los SPS, sustentada en la búsqueda de equilibrios macroeconómicos, logra una mayor competitividad de la economía, al reducir los costos laborales originados en el pago de los aportes a la Seguridad Social (Rodríguez Salazar 2011).

II.4 La privatización del régimen pensional fortalece a los grupos económicos, reduce la tasa de reemplazo, liquidando pensiones bajas

23 “La concepción originaria de la Seguridad Social era combatir la inseguridad y la pobreza protegiendo, colectivamente, en primer lugar, a los trabajadores y después al conjunto de los ciudadanos, contra la incertidumbre de la existencia. Sobre la base de la cotización, ellos se beneficiaban de prestaciones homogéneas que valían como un derecho incondicional y garantizado por el Estado. El estar protegido hoy en día depende de más en más de situaciones particulares: falta de recursos, estar sin trabajo, pertenecer a una familia disociada o especialmente desfavorecida, vivir en espacios urbanos degradados sin contar las diferentes formas de invalidez o de deficiencias que demuestren la necesidad de la ayuda social” (Castel 2009, 250).

El sistema pensional diseñado para proteger a la población que llegue a la tercera edad, ha favorecido la concentración del capital y ha tenido un débil impacto sobre la cobertura tanto de afiliación como de protección a la tercera edad, es decir el número de mayores de 60 años que gozan de una jubilación. En 1994, al comenzar el proceso de privatización de la Seguridad Social en pensiones, diez fondos controlaban el sistema pensional en Colombia; veinte años más tarde, el proceso de monopolización se ha consolidado: cuatro fondos manejan el principal ahorro de los trabajadores colombianos, que para el mes de diciembre del 2015 ascendía a la suma de \$166,6 billones de pesos. El Fondo más importante es el denominado Fondo Moderado (142 billones de pesos) dos conglomerados administran el 81.1% del valor de esta clase de fondo: Porvenir controla el 45.3% y Protección el 35.8%, el cuarto fondo privado en importancia es Colfondos con el 13.3% (Datos tomados de la Superintendencia financiera de Colombia).

De acuerdo con el Plan de Desarrollo (2014-2018) *Todos por un nuevo país*, y según las cifras de la Superintendencia financiera, “el ahorro en los fondos de pensiones en 1996 era del orden del 4.4% del PIB mientras que en el 2010 alcanzó el 19.5% y en el 2014 el 19.6%. A nivel desagregado, el rubro más importante es el de Fondos de Pensiones Obligatorias, el cual ha pasado de 1.6% en 1996 al 12.9% del PIB en 2006, al 19.5% en 2010 y al 18.1% en el 2014; mientras que los fondos de pensión individual han pasado de 0.5% al 1.5% del PIB”²⁴.

Fondo de Pensiones Porvenir el mayor de estos fondos y filial del grupo Aval, adquirió el Fondo de Pensiones Horizonte²⁵, filial del banco español BBVA; el valor de esta transacción, que incluía las cesantías y las otras clases de fondos (conservador, de mayor riesgo y de retiro programado) de los trabajadores, ascendió a US\$541,4 millones y se realizó el 31 de diciembre del 2013. El Grupo Aval de Luis Carlos Sarmiento Angulo (Propietario del Diario el Tiempo)

24 Departamento Nacional de Planeación 2014, página 699.

25 La *Revista Dinero* del 1 de febrero del 2014 informó sobre esta transacción lo siguiente: “El Banco de Bogotá S.A., informó al mercado que su subsidiaria Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A, mediante Escritura Pública No. 2250 del 26 de diciembre de 2013 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., registrada en la Cámara de Comercio de Bogotá el 31 de diciembre, perfeccionó la fusión por absorción de AFP Horizonte Pensiones y Cesantías S.A. Para todos los efectos, se tendrá como fecha de la fusión la del registro, esto es, el 31 de diciembre de 2013, y, en consecuencia, a partir de la misma, la Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. como entidad absorbente, adquiere de pleno derecho la totalidad de los bienes, derechos y obligaciones de AFP Horizonte Pensiones y Cesantías S.A.”.

adquirió a Horizonte de la siguiente manera: AFP Porvenir compro el 64.3%, Banco de Bogotá 16.8%, Banco de Occidente el 11.8% y el holding el 7.14%. Entre Luis Carlos Sarmiento Angulo y el Sindicato Antioqueño controlan el 86% del mayor ahorro de los trabajadores colombiano, como lo es en efecto el ahorro pensional.

Es conocido que en el sistema de ahorro individual, la forma como se liquidan las pensiones depende de los aportes de los asalariados y de la rentabilidad de las inversiones. La cotización para pensiones es del orden del 16% de los ingresos reportados por los trabajadores; a esta suma se le debe deducir un conjunto de descuentos que depende de cada uno de los Fondos. La Superintendencia Financiera en su carta circular 15 del 18 de febrero de 2014, estableció la distribución de las cotizaciones para las pensiones obligatorias tal y como se observa en el Cuadro 2.1.

Cuadro 2.1. — Fondo de Pensiones Obligatorias. Distribución de las Cotizaciones

Fondo	Comisión de administración por aportes obligatorios	Seguros previsionales	Fondo de garantía de pensión mínima	Porcentaje abonado en la cuenta individual	Total cotización (*)
Protección	1.20%	1.80%	1.50%	11.50%	16.00%
Skandia	1.67%	1.33%	1.50%	11.50%	16.00%
Colfondos	1.20%	1.80%	1.50%	11.50%	16.00%
Porvenir	1.40%	1.60%	1.50%	11.50%	16.00%
Horizonte	1.20%	1.80%	1.50%	11.50%	16.00%
Promedio	1.33%	1.67%	1.50%	11.50%	16.00%

() Los afiliados con ingreso mensual igual o superior a (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes (smlv), aportarán un 1% adicional sobre el IBC, destinado al fondo de solidaridad pensional. Afiliados con ingreso igual o superior a 16 (smlv), harán un aporte adicional sobre el IBC, así: de 16 a 17 smlv de un 0.2%, de 17 a 18 smlv de un 0.4%, de 18 a 19 smlv, de un 0.6%, de 19 a 20 smlv, de un 0.8% y superiores a 20 smlv de 1% destinado exclusivamente a la subcuenta de subsistencia, del Fondo de solidaridad Pensional.*

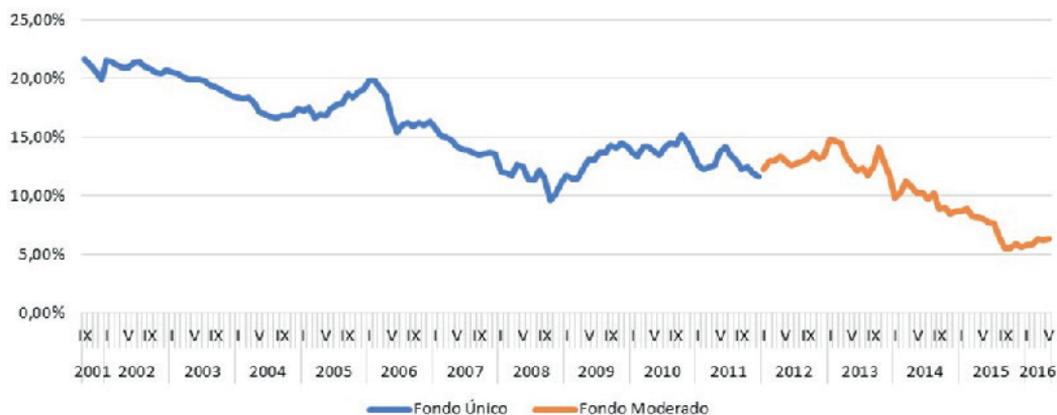
Fuente: Elaboración propia

En realidad, lo que ingresa a la masa de ahorro de los afiliados de la AFP para obtener una pensión, es el 11.50%, lo que significa que el sólo el 71% de la

cotización se destina a incrementar las reservas pensionales, en la cuenta individual de cada uno de los afiliados²⁶.

Con base en los informes mensuales de la Superintendencia Financiera, dedicados a los Fondos de Pensiones y Cesantías, se puede observar el comportamiento de la rentabilidad. En el Gráfico 2.1 se construyó este cálculo, destacando que existe una tendencia hacia el descenso, a partir del momento en que se diversifican las opciones sobre el tipo de inversión denominada Fondo Moderado. Si bien se presenta una leve recuperación, en el 2013 el descenso de ese indicador se acentúa. Lo más significativo es que para el primer período en consideración, la rentabilidad real del fondo moderado fue en promedio del 2.39%, la cual se ubicó en -0.49% de la rentabilidad mínima exigida por el ente regulador y estipulada en el artículo 2.6.5.1.10 del Decreto 2555 de 2010.

Gráfico 2.1 — Rentabilidad fondos privados de pensiones a cinco años, Colombia (2001/01--2016/05)



Fuente: Superintendencia Financiera. Cálculos propios.

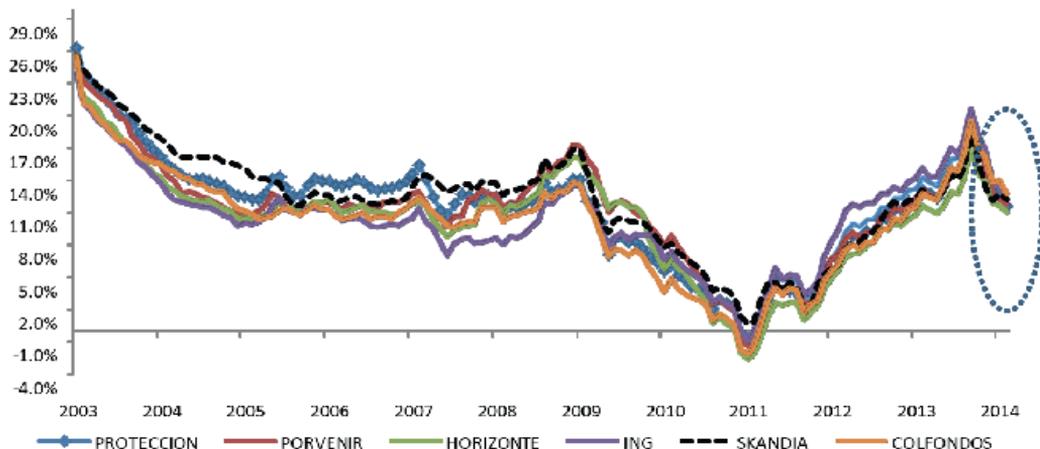
26 De acuerdo con la OCDE (2015,29) “En los regímenes de prestaciones definidas, el mejoramiento de la eficiencia administrativa y consolida las finanzas públicas. En efecto, el vínculo entre prestaciones pensionales y los costos administrativos es frecuentemente menor en un régimen de cotizaciones definidas por que éstos reducen directamente el monto ahorro pensión acumulado”.

Cuando una AFP no pueda alcanzar la rentabilidad mínima está obligada a responder con su propio patrimonio por las rentabilidades dejadas de obtener: lo más delicado de esta situación es que, frente a esta eventualidad, lo único que deben reconocer las AFP al afiliado es una pensión mínima, esto significa que, frente a una pérdida de recursos, los afiliados que durante los últimos diez años estuvieron cotizando por diez salarios mínimos legales vigentes (smlv), tan sólo recibirán una pensión equivalente a dos smlv.

Como se puede observar en el Gráfico 2.2, entre el 2003 y el 2011, se presentó una tendencia al descenso de la rentabilidad para el conjunto de los fondos de pensiones: Porvenir, Protección, Horizonte, ING, Skandia y Colfondos. En el último trimestre del 2013 y los dos primeros meses del 2014 se reduce substancialmente la rentabilidad de los Fondos Privados. Frente a esta situación el presidente de Asofondos (Asociación Colombiana de Administradoras de Fondos de Pensiones y de Cesantía), Santiago Montenegro, frecuentemente ha reiterado que lo que debe interesar a los afiliados es la rentabilidad a largo plazo, sin embargo, todos aquellos afiliados que cumplan con los requisitos para obtener una pensión en el corto plazo, verán que su tasa de reemplazo entre salario y pensión se disminuirá significativamente y que sin saberlo han contribuido vía sus ahorros, al proceso de monopolización del capital en el país²⁷.

27 El Superintendente Financiero, Gerardo Hernández, expresó que, por efectos de la volatilidad internacional, en el primer semestre del 2013 los fondos de pensiones y cesantías perdieron “\$4.9 millones de pesos en sus resultados acumulados; las fiduciarias y los fondos administrados, perdieron \$2.6 billones. Las pérdidas hubieran sido mayores si no fuera porque los establecimientos de crédito ganaron \$3.9 billones en los primeros seis meses (incluidos los bancos), las aseguradoras 197 mil millones, los intermediarios de valores \$91 mil millones, los proveedores de infraestructura \$65 mil millones y las instituciones oficiales especiales \$118 mil millones”. Ver el diario *El Espectador* 21 de agosto del 2013.

Gráfico 2.2. — Evolución rentabilidad acumulada (24 meses) de los fondos de pensiones – portafolio de largo plazo



Fuente: Superintendencia Bancaria febrero del 2014

Según la OCDE (2015, 122) las tasas de rendimiento en los regímenes de cotizaciones definidas son, en general, más sensibles a los cambios de los valores paramétricos, en comparación con los regímenes de prestaciones definidas o globales. Como resultado de la disminución de la rentabilidad, la masa de ahorros se ve afectada, lo que impacta la tasa de reemplazo. Tal vez el comportamiento de este indicador explica por qué se presenta una substancial diferencia entre el monto de las pensiones obtenidas en el sistema de prima media (administrado por Colpensiones), y las liquidadas en un Fondo Privado, además que los Fondos privados no garantizan el derecho a una pensión equivalente a un smlv.

De acuerdo con los cálculos actuariales de la Contraloría General de la República (CGR)²⁸, en 2013, para tener derecho a una pensión igual a un salario mínimo en el RAIS (régimen de ahorro individual con solidaridad), un

28 El documento de la CGR se titula Instituto de los Seguros Sociales en Liquidación. Administradora Colombiana de Pensiones Colpensiones. Vigencias 2009-2013. Aparece con el número CGR—CDCSS. Número 78 mayo 2014. Página 54.

hombre de 62 años debe tener en su cuenta de ahorro individual la suma de \$153.565.721, y una mujer de 57 años un total de \$124.493.490. Estas sumas sólo las completa el 2% de la población afiliada en edad de pensión; por tanto, al 97% le deberán devolver los saldos porque no cumplen con las semanas de cotización y la edad correspondiente, y apenas el 1.5% tendrá derecho a la garantía de pensión mínima (GPM). Entre 1996 y el 2013 se pensionaron en el RAIS 45,941 y se les devolvieron los saldos a 46,251. Solo en el 2012 se pensionaron 5,707 afiliados y se devolvieron saldos a 9,319 es decir al 62% de los afiliados.

Cuando las personas llegan a la edad de pensionarse (62 años para los hombres y 58 años para las mujeres) y no tienen el número de semanas cotizadas, o la masa de ahorros no le alcanza para tener derecho a una pensión, se les reintegran los dineros acumulados en su cuenta individual, esta operación se denomina devolución de saldos. En el sistema de prima media (administrado por Colpensiones) si no cumple con el número de semanas se les restituye el ahorro realizado por los aportes obrero patronales, esta acción se cataloga como indemnización sustitutiva. En el primer régimen (de acuerdo con el Documento CGR) el 34% recibe la indemnización mientras que en el RAIS es el doble, es decir el 68%, lo que significa que en estas instituciones existe una forma de ahorro financiero que no cumple su papel de protección social a la tercera edad. Es mayor el número de personas con devolución de saldos, que aquellas que logran obtener una pensión: desde 1996 hasta el 2013 se pensionaron 45,941 afiliados y se les devolvieron saldos a 46,251; sólo el año 2012 se pensionaron 5,707 personas y se les devolvieron saldos a 9,319 es decir al 62%. Esta cifra señala otro aspecto preocupante: los aportes más la rentabilidad ofrecida por los fondos privados no son suficientes para obtener una pensión.

Para el 2012 en el RAIS, el promedio de la devolución de saldos para los hombres fue del orden de \$36 millones de pesos y para las mujeres de \$31 millones; esto significa que si se sumaran estos aportes, el capital sería del orden de \$67 millones, lo que en el mejor de los casos representa el 50% del capital requerido para obtener el derecho a una pensión.

La población que inspiró esta medida está conformada por aquellos que recibieron indemnización sustitutiva (466.408 hasta agosto del 2013) y a quienes se les devolvieron saldos en el RAIS (46,251), en total 512,659 afiliados. En el Cuadro 2.2 se presenta el cálculo de la Contraloría: entre los años 1992 y 2013 los afiliados del RPM (régimen de prima media) que tuvieron indemnización sustitutiva, y los del RAIS a quienes se les hicieron devolución de saldos.

Cuadro 2.2. — Población con indemnización sustitutiva o devolución de saldos según régimen 1992-2013

Año	RPM	RAIS	Total
1992	3,761		3,761
1993	3,849		3,849
1994	3,942		3,942
1995	5,840		5,840
1996	6,521	21	6,542
1997	10,604	91	10,695
1998	10,045	182	10,227
1999	13,137	284	13,421
2000	16,125	529	16,654
2001	18,201	601	18,802
2002	16,870	810	17,680
2003	19,887	1,060	20,947
2004	24,859	1,295	26,154
2005	23,767	1,502	25,269
2006	30,301	1,566	31,867
2007	32,970	2,149	35,119
2008	38,233	2,681	40,914
2009	35,892	4,384	40,276
2010	38,854	5,124	43,978
2011	41,651	8,268	49,919
2012	39,277	9,319	48,596
2013	31,822	6,365	38,207
Total	466,408	46,251	512,659

Fuente CGR. CGR—CDCSS. Número 78 Mayo 2014. Página 6.

De acuerdo con la Contraloría, quienes recibieron la indemnización sustitutiva tenían una edad promedio de 67 años en mujeres y 71 años en hombres. No está de más mencionar que la edad de quienes recibieron una pensión oscilaba alrededor de 65 años para las mujeres y 68 años para los hombres. El panorama para la población que llegue a la tercera edad no es halagüeño, y reviste diferencias según el régimen al cual esté afiliado. De acuerdo con la información de la CGR “en el RPM el 74% de la población indemnizada tenía menos de 500 semanas cotizadas y el 80% recibió un monto inferior a los \$4 millones, en promedio de \$2.6 millones de pesos para mujeres y de \$3.1 millones para hombres”, mientras en el RAIS “al 36% de esta población (46,251 afiliados) se le devolvió en promedio un monto inferior de \$4.2 millones; al 64% entre \$4.2 millones y \$37 millones y, al 10% un monto superior a los \$37 millones”. Parece ser que el sistema se ha distorsionado, es más una estrategia de ahorro financiero que una protección vía el sistema pensional. Estas sumas además de mostrar la inequidad al interior del sistema pensional, se pueden agotar en el corto plazo, lo que representa que al llegar a la tercera edad los viejos tendrán que acudir a la solidaridad intergeneracional o acceder a programas de asistencia social con recursos muy limitados y con altos rasgos de miserabilismo.

Una de las cifras preocupantes del sistema pensional es el bajo porcentaje de pensionados: de quienes cumplen los requisitos de edad en el RPM el 66% tienen derecho a pensión y en el RAIS de quienes cumplen con los requisitos solo el 36% puede recibir pensión por haber acumulado las reservas requeridas. En el RPM, de quienes recibieron indemnización sustitutiva (por no cumplir con el número de semanas cotizadas, a causa de la rotación en el mercado de trabajo asociada a la informalidad y al trabajo precario), el 74% tenía menos de 500 semanas cotizadas y el 80% recibió un monto inferior a los \$4 millones de pesos en promedio (\$2.6 millones para las mujeres y de \$3.1 millones para hombres)²⁹. La población con menos de 1,226 semanas de cotización y que se encuentra como inactiva en el RPM asciende a 1.364,572 afiliados, ellos podrían ser objeto de la indemnización. A 46,251 afiliados se les realizó la devolución de saldos en el RAIS.

29 *Ibid.* p. 8

La Contraloría General de la República (CGR) estableció la diferencia –según smlv de ingreso base de liquidación (IBL) y género–, entre el valor promedio de la pensión recibida en Colpensiones y la obtenida por un fondo privado como Skandia (Cuadro 2.3). Los datos muestran la inequidad entre los dos regímenes y adicionalmente la discriminación contra la mujer que, salvo en el primer rango de IBL, siempre recibe una suma inferior en el RAIS de la que obtendría si estuviera afiliada a Colpensiones. Los afiliados de ingresos medios, por ejemplo los hombres con IBL entre 5 y 6 smlv recibirían en el RAIS el 67% de lo que hubieran percibido en Colpensiones, y con un IBL de 6 y 7 smlv este porcentaje sería del 61%.

Cuadro 2.3. — Valor Promedio de pensión 2012 por IBL por sexo. Colpensiones Vs Skandia

SMLV	Colpensiones		Skandia	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
>1 y <2	725,108	716,851	669,500	765,000
>=2<3	1,241,330	1,213,884	1,194,750	925,000
>=3<4	1,750,196	1,709,108	1,500,500	1,485,900
>=4<5	2,264,867	2,217,908	2,294,714	2,156,750
>=5<6	2,786,062	2,719,640	1,865,909	1,336,333
>=6<7	3,286,058	3,195,287	2,022,266	2,192,200
>=7<8	3,825,212	3,747,720	2,916,500	1,527,500
>=8<9	4,264,658	4,189,527	3,437,583	1,647,500
>=9<10	4,672,800	4,626,824	4,373,000	1,226,857
>=10<11	5,320,516	5,099,527	2,715,000	NA
>=11<12	5,802,272	5,750,265	3,305,000	NA
>12	8,046,489	7,427,678	3,360,500	1,404,000

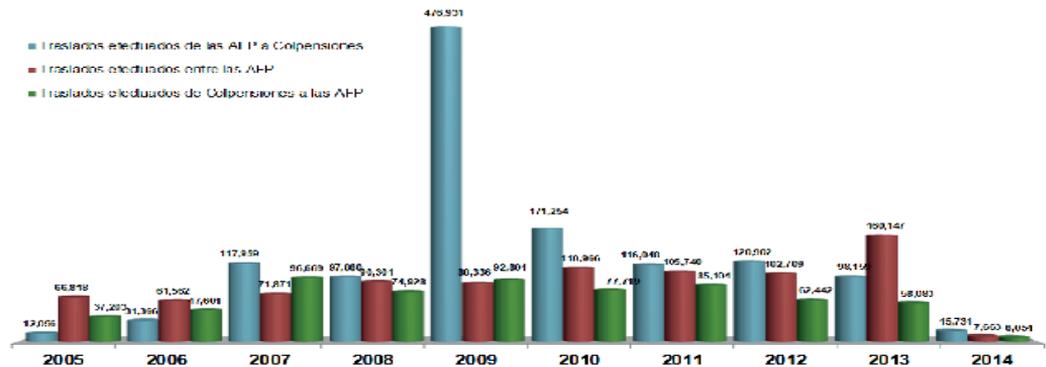
Fuente: Contraloría General de la República.

En el documento en mención, la Contraloría trae a colación la situación de una “afiliada a Colfondos de 45 años de edad, quien llevaba 20 años afiliada a esta administradora, con un Ingreso Base de Cotización (IBC) de \$7.895.140, y que por la información suministrada por este mismo Fondo se pasó a COLPENSIONES. En la comunicación que le envían a la afiliada le realizan un estudio pensional en el cual le muestran dos cuadros: en el primero se le

señala el monto de pensión que recibirá con retiro programado para el 2022, 2024, o 2027, valores éstos respectivamente de \$1.903.209, \$2.220.985 y \$2.786.271, en tanto que para el 2024, la pensión por Colpensiones sería de \$5.282.820”³⁰.

Esta situación se explica en parte porque se realiza el traslado desde los Fondos Privados hacia Colpensiones³¹. En el Gráfico 2.3 se presentan estos traslados entre las AFP y Colpensiones, al interior de las AFP, y entre Colpensiones y las AFP. A partir del 2007 los traslados hacia Colpensiones de quienes estaban afiliados en AFP aumentan, llegando a 476,831 traslados en el 2009, en comparación con 82,801 realizados en sentido contrario; esto significa un crecimiento neto de 390,030 afiliados al sistema público, como producto de los traslados. Entre julio del 2014 y julio del 2015 los traslados a Colpensiones fueron de 145,999, de un total de cotizantes de 1.96,.754. Esta información la reportó el Ministerio de Trabajo en el Informe de Actividades del sector trabajo al Congreso de la República.

Gráfico 2.3 — Traslados de afiliados entre AFP a COLPENSIONES



Fuente: Información remitida por las AFP s. formatos 493. Cifras a diciembre de cada año. Las cifras del 2014 al cierre de febrero.

30 Documento de la CGR, *op.cit.* p. 5.

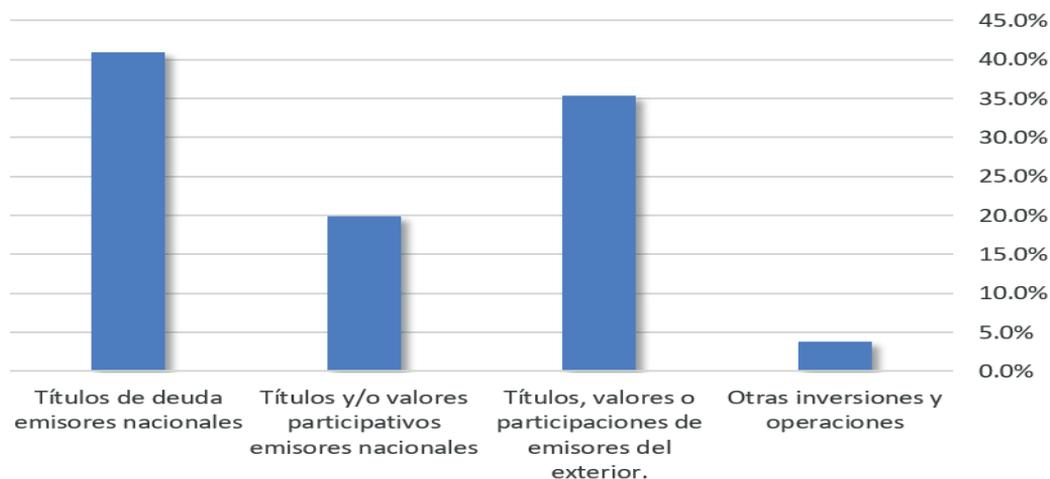
31 El Grupo AVAL de Luis Carlos Sarmiento Angulo, por medio de su periódico *El Tiempo*, está preocupado por el número de personas que se trasladan de las AFP a Colpensiones, por cuanto en promedio esa cifra es de 130.000 personas en promedio para el período comprendido entre el 2009 y el 20013. En un artículo del 9 de abril del 2015 titulado *95% de traslados en pensiones fue un error*, apoyándose en un trabajo elaborado por la Dirección Económica del Ministerio de Hacienda; el periodista sostiene que el traslado significó que la indemnización sustitutiva recibida fuese menor comparada con la devolución de saldos del RAIS. La idea central no era que la pensión liquidada en Colpensiones hubiese sido mayor que la del RAIS, sino que se cotiza en el sistema pensional para recibir saldos y no para tener derecho a una pensión.

No se puede dejar de mencionar que el crecimiento de la afiliación a los fondos privados de pensiones, se realizó fundamentalmente por el traslado de afiliados del sistema público de pensiones hacia las AFP.

Entre las razones que se adujeron para privatizar el sistema pensional colombiano y ponerlo a competir con el sistema de prima media, administrado en ese entonces por el Instituto de Seguros Sociales, estaba el fortalecimiento del mercado de capitales³². La idea nuclear de la propuesta liderada por el Banco Mundial, giraba en torno a que la acumulación de capital favorecía la inversión, y por esa vía la demanda de empleo se incrementaba y con ello la cobertura de afiliación al conjunto del sistema de Seguridad Social. Sin embargo, al analizar en el Gráfico 2.4 el portafolio de inversiones registradas —ante la superintendencia financiera en diciembre del 2015, de los Fondos Privados— se observa que la inversión en títulos de deuda constituye el rubro más significativo para el caso de los Fondos de Pensiones Obligatorias: en el Fondo Moderado representa el 41% del total de las inversiones realizadas, los Títulos, valores o participaciones de emisores del exterior, es decir capital que sale de Colombia y no se puede invertir en el mercado interior, es del orden del 35.4% y solo el 19.9% en Títulos y/o valores participativos de emisores nacionales.

32 El documento del Banco Mundial *Envejecimiento sin crisis*, publicado en 1994, sostenía que un modelo sustentado en el ahorro individual tenía una serie de ventajas asociadas a los efectos positivos en la acumulación de capital, al desarrollo del mercado de capitales, a impulsar la inversión en capital productivo. Para la persona que coordinó esta investigación, Estelle James (1996), las ventajas del sistema de capitalización se podían observar en tres campos: a) los costos aparecen claramente, de modo que los gobiernos no se ven tentados a formular promesas que no pueden cumplir; b) el sistema impide las transferencias intrageneracionales involuntariamente grandes, entre trabajadores jóvenes hacia los de mayor edad; y c) el ahorro dinamiza el crecimiento económico.

Gráfico 2.4 — Portafolio de Inversiones Fondo Moderado (Diciembre del 2015)



Fuente Superintendencia Financiera.

Esta situación era previsible teóricamente, tal como se puso de presente en la discusión que se desarrolló entre los economistas redactores del documento *Envejecimiento sin crisis* del Banco Mundial —que se constituyó en el manual para justificar las reformas privatizadoras del sistema pensional—, la OIT, la Asociación Internacional de Seguridad Social, Orzag y Stiglitz. De acuerdo con estos dos últimos economistas, el informe se había construido sobre un conjunto de mitos, y uno de ellos era que la privatización incrementaba el ahorro nacional. Sin embargo, al producirse el traslado de afiliados del sistema público hacia el privado, además de convertir una deuda social en una privada, “el gobierno decide transferir a cada afiliado el valor completo de sus aportes acumulados, se puede incrementar el ahorro. Pero para financiar los aportes, el Estado pide prestado al público. El ahorro es constante: todo lo que ocurre es que el Estado ha alterado la forma de deuda” (Orzag y Stiglitz 1999, 7).

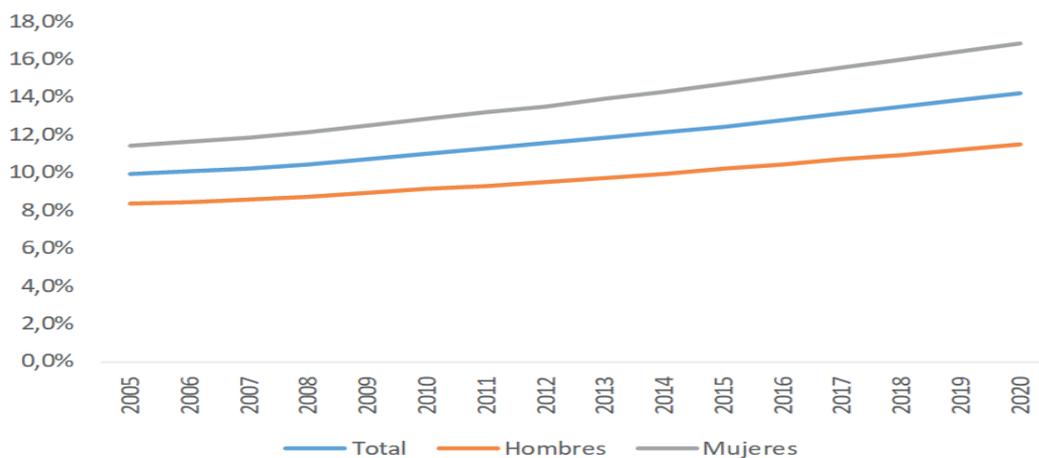
II.5 Cobertura de protección y de afiliación del sistema pensional

El sistema pensional se convierte en una forma de seguridad económica para afrontar la vejez, sobre todo para aquellas personas que durante el transcurso de su vida no lograron acumular un conjunto de activos. El comportamiento

del mercado de trabajo resulta el determinante principal para explicar la manera como funciona el sistema de Seguridad Social, especialmente en su componente de pensiones y de riesgos profesionales. Ahora, la respuesta a esta cuestión debe consultar la cobertura de afiliación: personas que trabajan y están cotizando en alguna de las modalidades del sistema pensional, y la cobertura de protección que, como se mencionó, es el indicador que se construye a partir del número de pensionados sobre el total de la población mayor de 62 años, en el caso de los hombres y mayores de 58 años en las mujeres.

Un primer elemento a tener en consideración, es el desafío que tiene la sociedad colombiana para crear formas de protección social para los adultos mayores, que en el mediano plazo representarán un porcentaje significativo de la población total. De acuerdo con las proyecciones de población de la Dirección Nacional de Estadística (DANE,) (ver Gráfico 2.5), en el censo del 2005 los mayores de 60 años representaban el 9.9% del total de la población (8.3% hombres y 11.5% mujeres); en el 2014 esta participación es del orden del 12.1% (10% hombres y 14.3% mujeres) y en el 2020 será del 14.2% (11.5% hombres y 16.9% mujeres).

Gráfico 2.5. — Participación de la población mayor de 60 años en el total de la población colombiana.



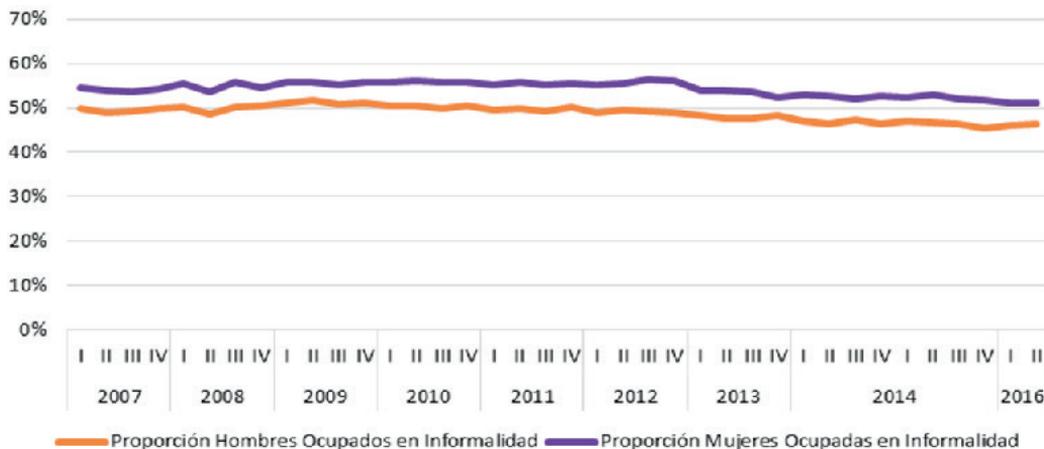
Fuente: DANE proyecciones de población.

En la Encuesta SABE (Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento realizada por el Ministerio de Salud y Colciencias) y aplicada en el 2015, se calculó que los adultos mayores representan el 11% del total de la población colombiana, y se estima que para el año 2020 por cada 100 personas menores de 15 años, habrá 50 mayores de 60 años. En esta encuesta los adultos mayores manifestaron que trabajaron en promedio 36.6 años, y el 60% de los que continúan trabajando lo hace por necesidades de dinero. Respecto a los ingresos percibidos por este segmento de población el 30.9% manifestó que los suyos corresponden a mesadas pensionales, el 29.2% a aportes de familiares que viven en Colombia, el 3.9% de familiares que residen en el exterior, el 11.9% de rendimientos financieros y el 29.1 de ingresos laborales; esto significa que la protección para este segmento de la población se adquiere, ya sea por medio de la ampliación de su permanencia en el mercado de trabajo, o por la solidaridad existente al interior de la familia; una quinta parte de los encuestados manifestó recibir ayudas estatales.³³

La protección a este segmento de la población se asocia a la solidaridad intergeneracional y a las ayudas limitadas brindadas por el Estado. La baja cobertura de afiliación, referida al número de personas que en su vida activa cotizaron al sistema pensional, muestra que solo un poco más del 36% de los adultos mayores tiene el derecho de acceder a una pensión. Entre las explicaciones que se pueden dar a la baja cobertura de afiliación, está la informalidad laboral, que según el Gráfico 2.6 siempre es mayor en las mujeres que en los hombres. En los dos primeros trimestres del 2016, se reportó que entre el 48% y el 49% de los ocupados eran informales, y durante el período de análisis la informalidad representa, en promedio, más del 50% de la población ocupada.

33 Los porcentajes no suman 100% ya que algunos pensionados reportan más de un tipo de ingreso.

Gráfico 2.6 — Informalidad en hombres y mujeres en Colombia (marzo 2007 - junio 2016)



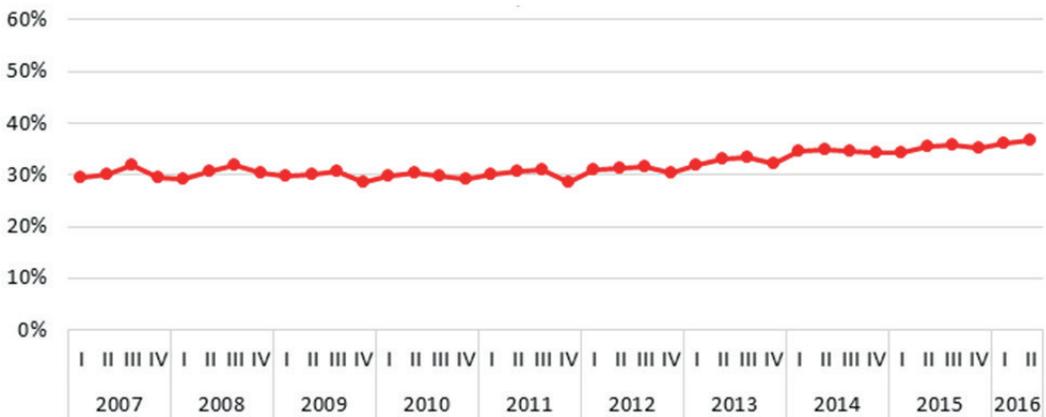
Fuente: *Elaboración propia con base en información del DANE, Gran Encuesta Integrada de Hogares. La información se presenta en trimestres.*

El análisis de la cobertura de afiliación se puede llevar a cabo mediante la información del DANE (Departamento Nacional de Estadística), en la Gran Encuesta Integrada de Hogares -GEIH- y con los datos administrativos proporcionados por Colpensiones y las AFP a la Superintendencia Financiera. En la primera fuente de información se destacan los datos sobre el mercado laboral, que en Colombia se caracteriza por la existencia de un régimen de bajos salarios, donde las ganancias en productividad laboral no se reflejan en incrementos salariales, y por la precariedad laboral que se expresa en los altos niveles de informalidad³⁴. La cobertura para marzo del 2015, en la cual la población económicamente activa (PEA) ascendía a 23.762,979 y los ocupados eran 21.657,434; la cobertura afiliados-cotizantes/PEA llegaba al 31,80%, y la de cotizantes /Ocupados del 34,89%.

³⁴ Según el informe de Trabajo Decente en América Latina de la Red Latino Americana de investigaciones sobre las compañías multinacionales (RedLat), recurriendo a la Gran Encuesta Integrada de Hogares en el 2014 el 23.2% de los ocupados recibían hasta medio smlv y el 25.4% entre más de medio y un smlv. Mientras en Colombia el 48.6% de la población ocupada ganaba hasta un smlv, en Argentina esa participación era del 28.8% de la población ocupada, en Brasil el 25.4% en Chile el 20.1%, en México el 20.2% y en Uruguay del 8.5%. En este indicador solo Perú superaba a Colombia por cuanto en ese país el 50.1% de los asalariados estaba en ese rango salarial. Por lo tanto, estos dos últimos países se caracterizan por un alto grado de inequidad (Diario *El tiempo* 21 de agosto del 2016.)

En el Gráfico 2.7 se aprecia la cobertura de afiliación, calculada con base en el módulo de informalidad y Seguridad Social, que la DANE tiene en la encuesta GEIH. Esta cobertura oscila entre el 28.54%, obtenida en el cuarto trimestre del 2011 y el 36.7% en el segundo trimestre del 2016. Estos indicadores ponen en cuestión el “sistema de creencias” con el cual se privatizó el sistema pensional, en el sentido que la reforma fortalecía el mercado de capitales y se dinamizaba la inversión, lo que permitiría la extensión de la relación salarial y por ende la afiliación al sistema pensional.

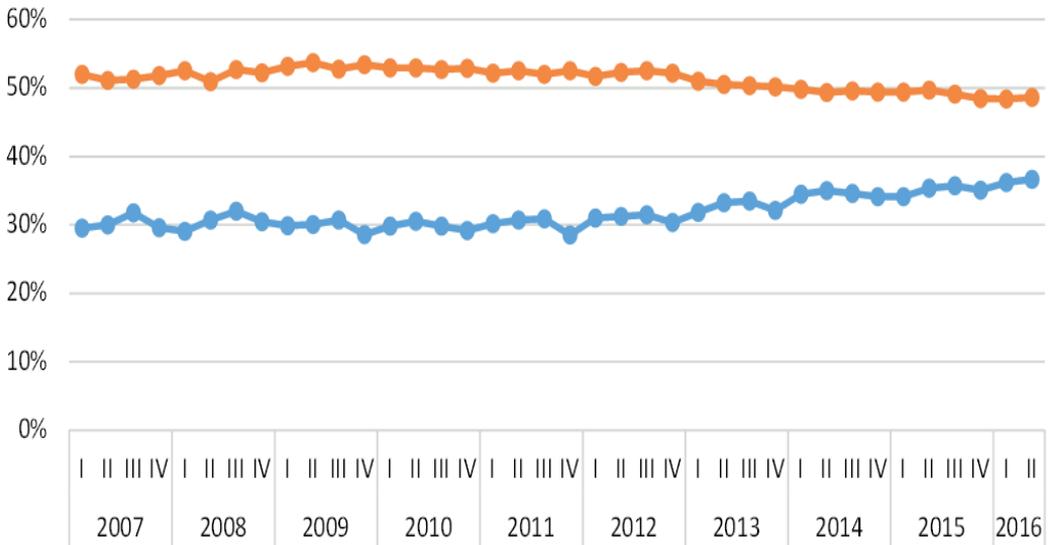
Gráfico 2.7 — Población afiliada al SGSS en pensiones en Colombia (marzo 2007 - junio 2016)



Fuente: *Elaboración propia con base en información del DANE, Gran Encuesta Integrada de Hogares. La información se presenta en trimestres.*

A partir de la misma la información, se puede establecer una relación entre la población afiliada al sistema de pensiones y la población ocupada clasificada como informal, entre el 2007 y el segundo trimestre del 2016 (Gráfico 2.8). Con relación a los ocupados que cotizan a pensiones existe una leve tendencia hacia el incremento, y para el 2015 el promedio de los cuatro trimestres señala que el 35% de quienes tenían una actividad remunerada estaba afiliado al sistema pensional y en los dos primeros trimestres del 2016 el promedio se ubicó en 36.4%.

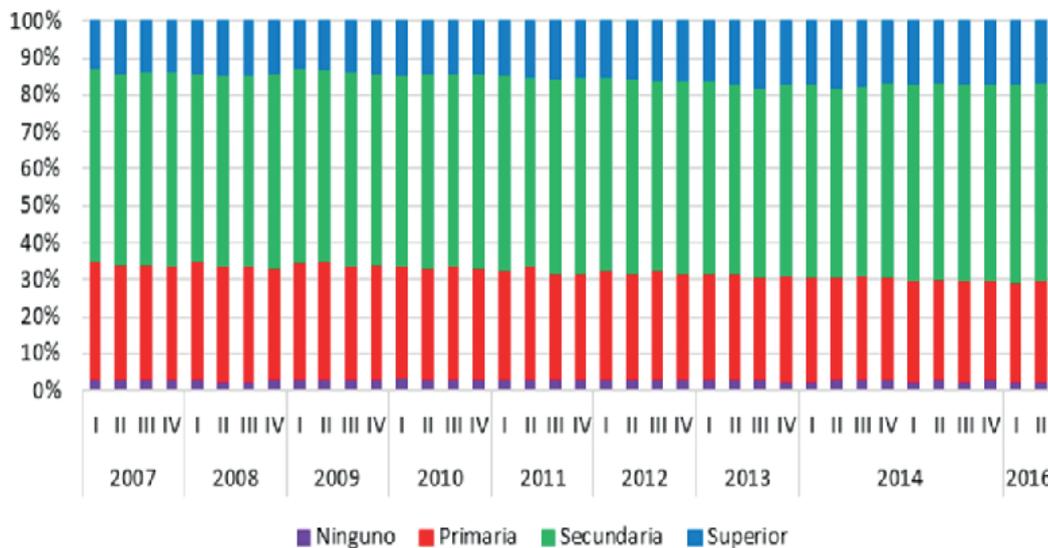
Gráfico 2.8— Población afiliada al SSGS en pensiones vs Tasa de informalidad en Colombia (2007-I / 2016-II)



Fuente: *Elaboración propia con base en información del DANE, Gran Encuesta Integrada de Hogares. La información se presenta en trimestres.*

Al tener a más de la mitad de la población ocupada en condiciones de informalidad, se impone analizar qué proporción de esta población cotiza al sistema pensional. Entre las razones de la no afiliación obviamente se podría señalar el nivel de ingresos y otra podría ser de orden educativo. En el Gráfico 2.9 se presenta el nivel educativo alcanzado por los ocupados informales, destacándose que la mayor proporción manifestó haber cursado la secundaria, en promedio el 50.9%, y el 28.5% cursó estudios de primaria; esto, para el periodo comprendido entre el primer trimestre del 2007 y al segundo trimestre del 2016.

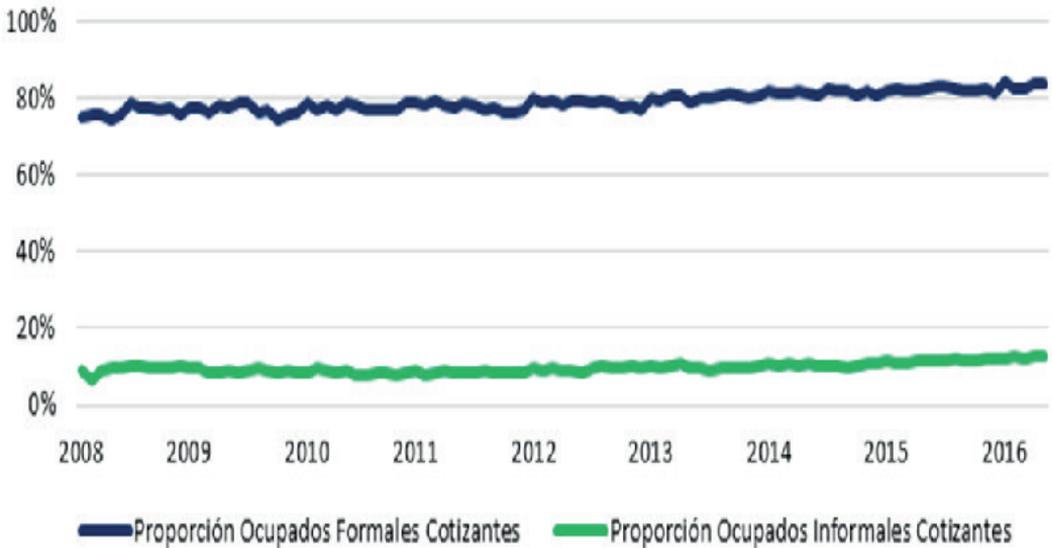
Gráfico 2.9 — Informalidad según nivel educativo en Colombia (2007-I / 2016-II)



Fuente: *Elaboración propia con base en información del DANE, Gran Encuesta Integrada de Hogares. La información se presenta en trimestres.*

Al tomar en consideración el módulo que tiene la DANE en la GEIH sobre Seguridad Social e informalidad, se puede estudiar el componente de pensiones (Gráfico 2.10) para el período comprendido entre el 2008 y el 2016 (segundo trimestre). De los informales, que representan más del 50% del total de la población ocupada, su afiliación al sistema pensional oscila entre el 6% cobertura y el 13%, el primer indicador corresponde al año del 2008 y el segundo al segundo trimestre del 2016. Como observación positiva se podría hacer mención a que la afiliación de los informales se duplicó durante este período. Con relación a los afiliados caracterizados como formales, el problema sería de evasión y de elusión al sistema, por cuanto se esperaría que la afiliación estuviese cercana al 100%; sin embargo, en el 2008 estaban afiliados el 75% y en el segundo trimestre del 2016 la cobertura llegaba al 84%.

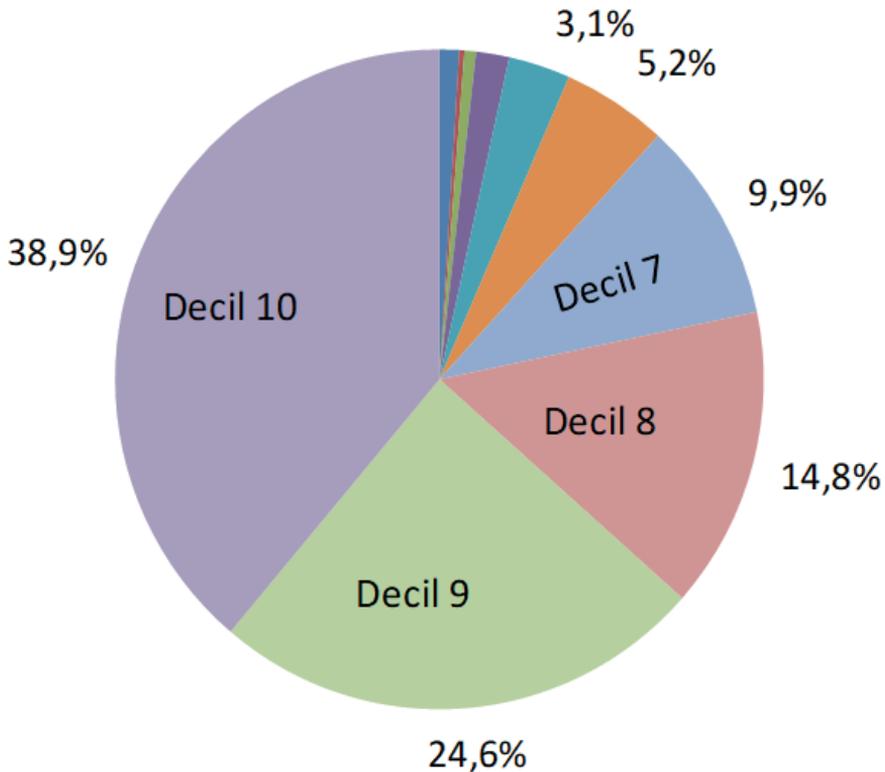
Gráfico 2.10 — Informalidad y afiliación al SSGS en pensiones en Colombia (enero 2008 – mayo 2016)



Fuente: Elaboración propia con base en información del DANE, Gran Encuesta Integrada de Hogares

La baja cobertura de afiliación, y sobre todo que la población trabajadora que se encuentra en la informalidad no esté afiliada a la Seguridad Social en Colombia, augura una situación de pobreza para la tercera edad. Esta afirmación puede ser corroborada al analizar la afiliación por deciles de ingreso, que aparece en el Gráfico 2.11 para diciembre del 2013. El último decil participa con el 38.9% en el total de la afiliación, en total con 2.633,257 afiliados; entre el decil 8 a 10 se tiene el 78.3% de la afiliación, es decir en total 5.304,703 trabajadores que cotizan al sistema pensional. Estos datos contrastan con los primeros deciles: en efecto, entre los tres primeros deciles se encuentra el 2.2% es decir 122,333 trabajadores cotizan a pensiones, y entre los cuatro primeros el 4.3% del total de la afiliación, para un total de 234,200 afiliados a pensiones. Vale la pena señalar que al clasificar la población por deciles de ingreso, los tres primeros se encuentran por debajo del smlv.

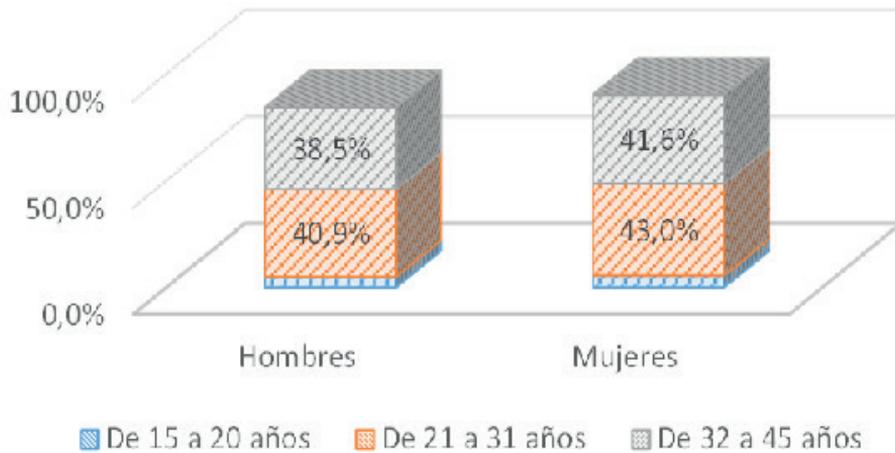
Gráfico 2.11 — Afiliación a pensiones por deciles de ingreso. Diciembre del 2013



Fuente DANE. GEIH diciembre del 2013.

En materia de grupos por edad en las AFP para mayo del 2016, de un total de 4.918,266 de afiliados, el 75.2% de los hombres estaban en los intervalos de edad comprendidos entre 21 a 45 años; en las mujeres, cuya afiliación alcanzaba la cifra de 3.631,385, el 84.6% correspondían al mismo rango de edad (Gráfico 2.12). En el régimen de prima media, para febrero del 2014 el 29.8% de los afiliados tenían más de 50 años, lo cual significa que cuando se está ante la posibilidad de tener una pensión, se prefiere el sistema de prestaciones definidas.

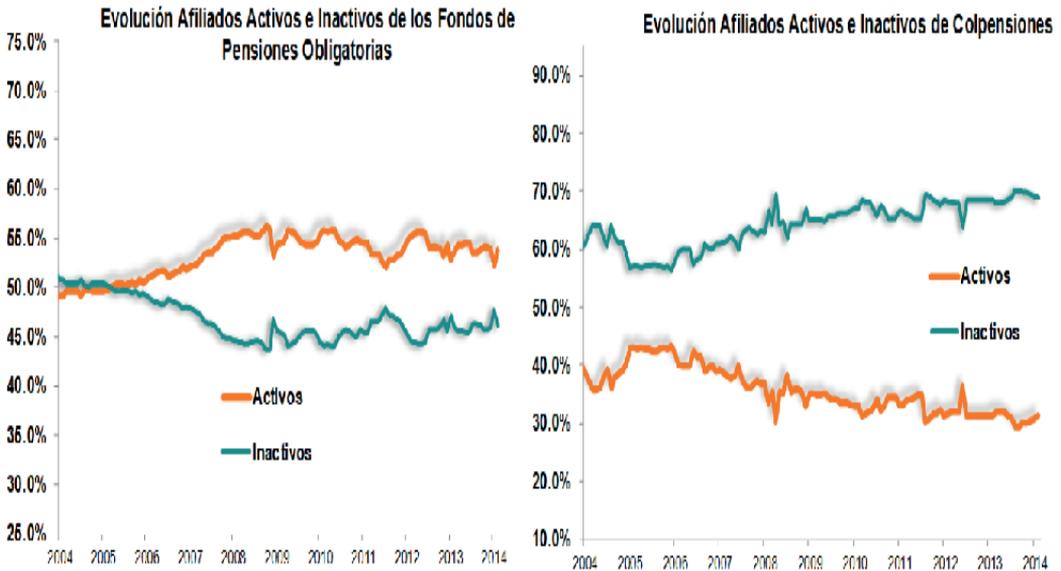
Gráfico 2.12 — Colombia, AFP. Distribución (%) de los afiliados por rango de edad



Fuente: Superintendencia Financiera.

La información sobre afiliación debe tener en cuenta los afiliados activos e inactivos; los primeros son aquellos trabajadores que cotizaron alguna vez en los últimos seis meses. La evolución de la afiliación entre afiliados activos e inactivos en el sistema pensional en Colombia 2004-2014 es presentada en el Gráfico 2.13, en donde se observa que en Colpensiones, a partir del 2012 se acentúa esa diferencia: obviamente es mayor el número de cotizantes inactivos que los activos, explicado en parte por el funcionamiento del mercado de trabajo, que conduce a una alta rotación entre empleo formal e informal; cuando un trabajador pierde su estabilidad en el empleo pasa a la informalidad; esta situación impacta sus ingresos y no cuenta con recursos para cotizar al sistema pensional.

Gráfico 2.13 — Evolución de la afiliación entre afiliados Activos e Inactivos en el sistema pensional en Colombia 2004-2014



Fuente Superintendencia Financiera.

En el Cuadro 2.4 se presenta el número de afiliados al sistema pensional, según régimen, para marzo del 2015. De un total teórico de 18.822,712, los activos representaban el 50% y los cotizantes 40%. En el sistema de ahorro individual esta participación es de 43.3% y 55.4% respectivamente. La diferencia entre afiliados activos cotizantes y no cotizantes, es que éstos últimos representan a quienes no efectuaron la cotización obligatoria durante el mes para el cual se reporta.

**Cuadro 2.4 — Número de afiliados al sistema pensional según tipo de Régimen.
Marzo del 2015**

Régimen	Prima Media	Ahorro Individual	Total
Cotizantes	2,039,799	5,516,026	7,555,825
No cotizantes	4,062,519	7,204,368	11,266,887
Activos	2,370,157	7,056,795	9,426,952
No activos	3,732,161	5,663,599	9,395,760
Total	6,102,318	12,720,394	18,822,712

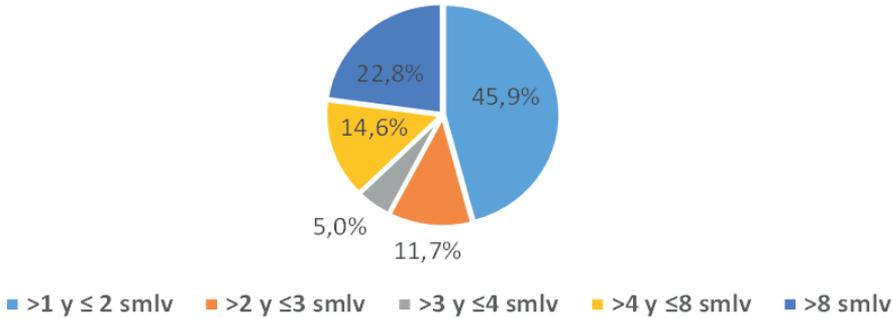
Fuente: Superintendencia Financiera.

La existencia de un régimen de salarios bajos y que se traduce en situaciones de inequidad, se puede analizar bajo una óptica comparativa³⁵. Los datos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares de la DANE, para el 2014, señalan que en Colombia el 23.3% de los ocupados recibían hasta medio smlv, y el 25.4% entre más de medio y un smlv. Este indicador, si se le compara con el de Uruguay, es vergonzoso por cuanto en ese país esa participación era del 8.5%, Chile con el 20.1%, México con el 20.2%, Brasil con el 25.4% y Argentina con el 28.8%. Solo nos superó Perú con el 50.1%.

Otra forma de comprobar la existencia de un régimen de bajos salarios es analizando, por medio de las estadísticas administrativas, la afiliación por rango salarial medido por smlv. En el Régimen de Prima Media, administrado en la actualidad por Colpensiones, para febrero del 2014 el 51% de los afiliados devengaban hasta dos smlv. En los Gráficos 2.14 y 2.14 A, se presenta la afiliación para mayo del 2016 de los afiliados activos y cotizantes de las AFP. De los activos, el 45.9% devengan entre uno dos smlv, y entre los cotizantes para este mismo rango salarial la participación es de 54.3%. Como se mencionó, este régimen pensional tiene un nicho de mercado preferencial entre los afiliados de mayores ingresos, esta afirmación se puede corroborar si se analiza el dato para los hombres que están activos dentro del sistema pensional y que ganan más de 8 smlv, su participación es del 22.8%, y para las mujeres del 27.8%.

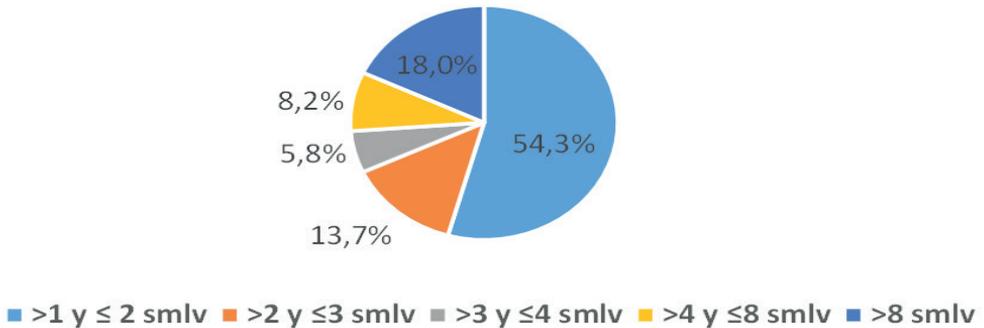
35 Esta información fue tomada del informe *Trabajo Decente en América Latina* de la Red Latino Americana de Investigaciones sobre Compañías Multinacionales (RedLat).

Gráfico 2.14 — Colombia. AFP, afiliados activos (%) por rangos de salarios mínimos legales vigentes (Mayo 2016)



Fuente: Superintendencia Financiera.

Gráfico 2.14 A — Colombia. AFP, afiliados cotizantes (%) por rangos de salarios mínimos legales vigentes (mayo 2016)



Fuente Superintendencia Financiera.

El número de pensionados a marzo 31 de 2015 fue de 2.002,362 de los cuales, el 80.26% pertenecen al Régimen de Prima Media, el 15.65% corresponde al Régimen Exceptuado y el 4.08% al Régimen de Ahorro Individual (ver Cuadro 2.5). En cuanto a los pensionados del Régimen de Prima Media, que es la mayor participación en el número total de pensionados, a marzo 31 de 2015 presentaron un incremento de 3,48% equivalente a 55,963 nuevos pensionados, el Régimen Exceptuado se incrementa en 5.09% que equivale

a 15,949 nuevos pensionados, y en el Régimen de Ahorro Individual el incremento fue de 13.17% equivalente a 10,775 nuevos pensionados con relación a 31 de marzo de 2014. (Informe de Actividades del sector trabajo al Congreso de la República. Ministerio de Trabajo Julio del 2015).

Cuadro 2.5 — Total de pensionados. Marzo de 2015

Régimen	Número de Pensionados
Prima Media	1,607,145
Ahorro Individual	81,787
Regímenes exceptuados	313,430
Total de pensionados	2,002,362

Fuente: *Superintendencia Financiera*.

A partir de las cifras de la GEIH del DANE, se puede construir el indicador de protección en pensiones —ver Cuadro 2.6—: en promedio sólo el 18.8% de los mayores de 60 años tiene derecho a una pensión (total nacional exceptuando a Bogotá), y para la capital del país el 34.5%. El régimen de bajos salarios existente

en el país, la informalidad y la alta rotación de los trabajadores, explican el ciclo de vida laboral del trabajador colombiano que pasa del trabajo formal al informal, sin llegar a cotizar el número de semanas requeridas para obtener una pensión³⁶. La baja cobertura de protección es un fenómeno que caracteriza a la mayoría de los países latinoamericanos: “el promedio simple de los países de la región en 2009, muestra que apenas 4 de cada 10 latinoamericanos de 65 años y más (40%) recibía jubilaciones o pensiones, incluso en un contexto en el que se registran aumentos considerables de la proporción de la población cubierta por jubilaciones y pensiones, en la última década. Esta cifra contrasta

36 En declaraciones dadas por el ex Ministro de Trabajo Rafael Pardo, al periódico *Vanguardia* el 6 de diciembre del 2012 expresaba que, “El ministro de Trabajo, Rafael Pardo, presentó este jueves un estudio que revela que el 30% las personas afiliadas al sistema de pensiones que están actualmente activas, es decir que han aportado en los últimos seis meses, no podrán pensionarse porque no alcanzará los requisitos de tiempo y dinero establecidos. Cada año a 45,000 personas se les rechaza la solicitud de pensión. Es decir, que una de cada tres puede acceder a esta renta”. En la información suministrada por Colpensiones, el 60% de las personas que llegan a la edad de pensionarse retiran sus ahorros por cuanto al no cumplir con el número de semanas cotizadas no tiene el derecho a una pensión.

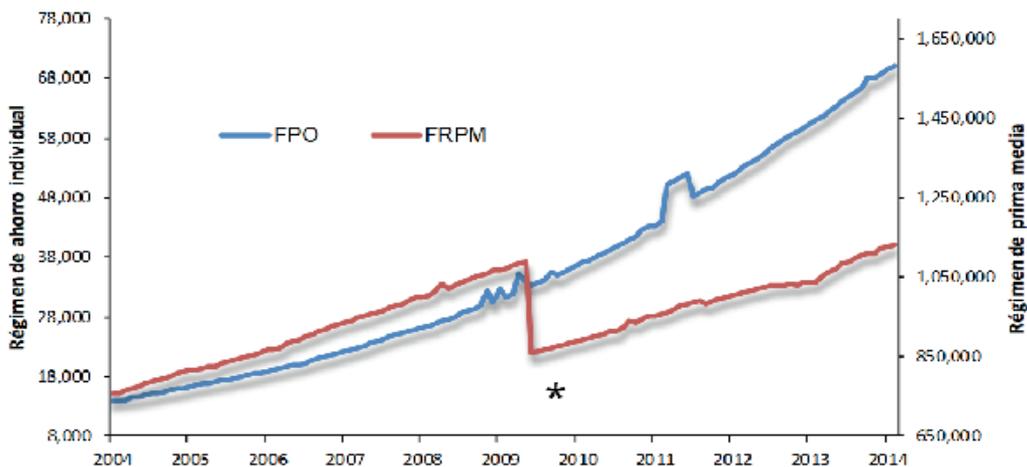
con la exhibidas por los países desarrollados donde el 75% de la población recibe algún tipo de pensión” (Huenchuan 2012, 68).

Cuadro 2.6. — Población (%) que recibe una pensión 2008-2013

Años	Bogotá	Total nacional (sin Bogotá)
2008	36.6	18.2
2009	34.4	18.3
2010	35.9	18.5
2011	34.0	19.2
2012	32.8	19.4
2013	33.7	19.6

Fuente: Superintendencia Financiera.

Gráfico 2.15 Evolución de los pensionados Fondos Obligatorios de pensiones y Fondos del Régimen de Prima Media



Fuente: Información remitida por las entidades, formatos 495 y 205. Corte a Diciembre de cada año (*) Excluye información que transmitía Cajanal, liquidada Mediante Decreto No. 2198 de 2009.

Es probable que el número de pensionados se incremente gracias a la pensión familiar creada por medio de la Ley 1580 del 2012, y reglamentada por el decreto 288 del 12 de febrero del 2014. Esta pensión podrá ser recibida por los esposos o compañeros permanentes afiliados a cualquiera de los dos regímenes del sistema pensional, siempre y cuando lleven, en el momento de hacer la solicitud, cinco años o más de relación conyugal o convivencia permanente, iniciada antes que cada uno de los cónyuges o compañeros hubiera cumplido 55 años de edad.

Los requisitos a cumplir si son afiliados a Colpensiones en el 2014 son: si es hombre 62 años y haber cotizado al menos 1,275 semanas. Si es mujer, haber cumplido 57 años de edad y no haber alcanzado a cotizar 1,275 semanas. En los dos casos, no haber recibido indemnización sustitutiva. Que al haber cumplido 45 años de edad cada uno haya cotizado el 25% de las semanas requeridas para pensionarse en esa época³⁷. Adicionalmente debe estar afiliado al SISBEN (Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales) en los niveles I o II, en el momento de cumplir la edad de pensión. Si esta afiliado al régimen de ahorro individual: que ambas personas estén afiliadas al mismo fondo, haber cumplido 62 años de edad si es hombre y 57 si es mujer, y no haber alcanzado a acumular el capital necesario para financiar una pensión por lo menos igual al salario mínimo. En el caso que no se esté afiliado al mismo fondo de pensiones y que cumplan los demás requisitos, se puede acceder a la pensión familiar a través del fondo de pensiones en el cual se tenga el mayor saldo ahorrado, para lo cual deberán solicitar el traslado de fondo.

El monto de la pensión que otorgará Colpensiones será igual a un smlv vigente, y si la otorga un fondo privado dependerá del capital ahorrado por los dos cónyuges. Si el capital no alcanza para financiar una pensión equivalente al smlv, se podrá otorgar la garantía de pensión mínima. En caso de divorcio o separación, la pensión se extingue y cada cónyuge o compañero permanente recibirá el 50% de la pensión.

37 A manera de ejemplo, si en el año 2005 cumplió 45 años de edad, debió tener cotizado 262.5 semanas; o 293.75 semanas si fue en el año 2010, y si es en 2014, 318.75 semanas.

Sin embargo, las posibilidades que un mayor número de colombianos accedan a la pensión familiar quedó limitada, por cuanto el decreto impuso requisitos que no estuvieron contemplados en la ley. Entre lo más importante, se ubica la restricción en el acceso a este beneficio a los afiliados al RPM, pues las personas deberían “estar en los niveles 1 y 2 del Sisben al momento del cumplimiento de la edad de pensión, de acuerdo con los criterios definidos por el Ministerio del Trabajo”. Al establecer el decreto como requisito pertenecer a estos niveles de Sisben, los cotizantes inactivos del RPM se restringen significativamente, y además se genera un incentivo para que los afiliados al sistema público se trasladen al RAIS, donde no existe esta limitante; esto tendría como efectos afectar los ingresos del RPM y por tanto su sostenibilidad. Este obstáculo sólo permitiría que el 1% de la población afiliada al RPM obtenga una pensión; si la restricción no existiera y según estimaciones de la Contraloría, se hubiese podido beneficiar al 6% del total de afiliados. Los criterios fiscales se impusieron en la legislación frente al sistema de protección social para la tercera edad.

II.6 Conclusiones y perspectiva

Las reformas realizadas al sistema pensional en Colombia, a partir de la Ley 100 de 1993, aplicadas con el fin de modular la relación entre las cotizaciones pagadas y las pensiones recibidas, han transferido al individuo una buena parte de los riesgos ligados al mercado de trabajo y a la volatilidad financiera.

El sistema de protección social instaurado en Colombia, en su componente de aseguramiento, no garantiza a los colombianos que al llegar a la tercera edad dispongan de ingresos para tener una vejez digna. Dada la baja cobertura de protección, el pronóstico es que más del 70% de los trabajadores tendrán que enfrentar la vejez en condiciones de pobreza y que la única protección será la solidaridad intergeneracional asociada a redes sociales familiares. La economía política presente en el diseño del sistema (Ley 100 de 1993), así como en sus posteriores ajustes, responde al fortalecimiento de los grupos económicos y al interés de profundizar el proceso de financiarización que caracteriza el régimen de acumulación. Cuando la lógica financiera se impone a la lógica productiva, y las ganancias del sector real de la economía son impactadas por los altos costos financieros, para ser competitivos los

empresarios solo ven como alternativa la reducción de los costos salariales, esto explica por qué la tercerización, la precariedad laboral y la informalidad regulan el mercado de trabajo e inevitablemente inducen el comportamiento del sistema pensional. El régimen de dominación financiera, como lo ha caracterizado la CEPAL (2002), afecta las finanzas públicas vía la deuda pública, por ello los diferentes gobiernos destinan una buena parte de ahorro del sistema pensional a cubrir su gasto fiscal, en especial el derivado del servicio de la deuda; así que el mayor ahorro de los trabajadores colombianos se destina a financiar el presupuesto nacional y por ende al gobierno de turno.

Actualmente, entre las voces que claman por una nueva reforma pensional orientada a profundizar este modelo, se destacan las de organismos privados nacionales como Fedesarrollo y organismos internacionales como el Banco Interamericano de Desarrollo-BID y la OCDE, que brindan argumentos para avanzar hacia la privatización, eliminando la competencia que tienen las AFP, es decir, se promueve la liquidación del sistema de prima media³⁸. Es tradicional que en este tipo de análisis se haga uso de lo que Pierre Bourdieu (2012) denominó la “violencia simbólica”, es decir, que a nombre de los pobres se enriquezca a los más adinerados y se imponga una especie de populismo tecnocrático, donde la lucha contra la pobreza se justifica también a nombre de la equidad, cuando de antemano se conoce que el ajuste al sistema pensional tendrá como resultado afianzar el proceso de monopolización de la economía colombiana.

En una investigación de Fedesarrollo del 12 de abril del 2010, el exministro Mauricio Santamaría, asesor en temas de Seguridad Social del candidato presidente Juan Manuel Santos, justificó los ajustes. A pesar que en el estudio de Fedesarrollo se reconoce que las fallas del mercado laboral, que impactan la cobertura de afiliación en el sistema de Seguridad Social y la baja fidelidad de la cotización, se originan en la informalidad, el desempleo y la inestabilidad del empleo asalariado, para Santamaría el principal problema del mercado

38 Para Moreno y Ortiz (2010, 198) “Después de la ley 100/93 se ha oficializado una historia mítica de la gran reforma de los noventa (BBVA, 2009). Este mito pretende imponer la ideología de un pasado con propósito, es decir, legitimar la visión engañosa que todos los cambios realizados durante los últimos quince años van en la dirección correcta y promover nuevos ajustes paramétricos e institucionales para lograr el objetivo final: un mejor sistema de pensiones en Colombia. La reforma no se limita a eso: los enemigos del sistema público no pierden oportunidad para justificar cambios drásticos en el régimen de prima media para marchitarlo y declarar su defunción”.

laboral es la existencia de “un salario mínimo elevado e inflexible con respecto a la productividad media de la economía colombiana, y la presencia de subsidios focalizados en la población informal, que desincentivan la formalidad y la afiliación a la Seguridad Social”³⁹. A juicio de este ex Ministro y ex director de Planeación, los subsidios son responsables de la informalidad, por cuanto

de una generosa entrega de subsidios a la población pobre y, generalmente informal, que en muchas ocasiones crea incentivos muy negativos para que esa población busque o acepte empleos formales. Es decir, la informalidad que se crea con políticas laborales y financiación de la protección social inadecuadas, después se subsidia. Esos subsidios como el RS (Régimen subsidiado en salud) y Familias en Acción, además de ser generosos, no son temporales y cada día su cobertura es mayor, empeorando su focalización, creando incentivos a los beneficiarios para perpetuarse aún más en la informalidad (Santamaría 2010, 46).

En aras de lograr una mayor equidad en el sistema pensional se propone una reforma laboral que, a diferencia de las anteriores —como lo afirma Santamaría—, ataque los verdaderos problemas del mercado laboral: el smlv y los impuestos a la nómina. A su juicio, es preciso realizar una reforma profunda al esquema de indexación del salario mínimo por cuanto en Colombia el smlv para los jóvenes es demasiado alto respecto a su productividad, razón por la cual este grupo es excluido del mercado laboral (Santamaría 2010, 122).

Por su parte, la OCDE (2015, 34) sostiene que

“el elevado salario mínimo contribuye a la informalidad. El salario mínimo nacional representa el 86% del salario mediano, lo cual se sitúa muy por encima del promedio de la OCDE. Sin embargo, casi la mitad de la fuerza de trabajo total (formal e informal) gana menos del salario mínimo. Como mostró la Evaluación Económica OCDE de 2013, en muchas regiones menos desarrolladas, el salario mínimo se sitúa muy por encima del salario promedio y la informalidad es muy superior al promedio nacional. El elevado salario mínimo reduce las posibilidades de empleo para los trabajadores con baja cualificación, los jóvenes y los residentes en regiones menos desarrolladas, así como para las minorías. El elevado salario mínimo es el reflejo de una trayectoria

39 “La sentencia de la Corte C-815 de 1999: el salario mínimo se debe indexar de acuerdo con la inflación incurrida el año anterior, aunque no haya avances en términos de productividad laboral, factor éste que proviene de la Constitución Política Art. 53. Las repercusiones en el mercado laboral de un salario mínimo relativamente elevado e inflexible son múltiples y muy negativas sobre todo para la población de menores ingresos” (Santamaría 2010, 37).

de grandes incrementos anuales superiores a la inflación. Para conseguir que el salario mínimo regrese gradualmente a unos niveles más favorables a la creación de empleo, su incremento debe limitarse a la inflación durante un tiempo. Diferenciar el salario mínimo en base a la edad potenciaría el empleo entre los jóvenes menos cualificados”.

Esta clase de recomendaciones, que conducen a mayor precariedad laboral, estarían en contravía de otra cara del problema: la relación entre el smlv y el valor de la canasta familiar; hoy, para un hogar promedio compuesto por 4 personas, se requieren al mes 2.5 smlv, lo que lleva a la conclusión que el salario mínimo es muy reducido.

Tanto para el exministro como para la OCDE, la posibilidad de implantar estas recomendaciones depende de que la Corte Constitucional reconsidere su jurisprudencia sobre la indexación del smlv, situación que, suponen, puede suceder cuando tal organismo aprecie las bondades en equidad social que ellos le imputan a su propuesta. Igualmente, en materia de liquidación de las pensiones, a juicio del exministro se necesita una reforma profunda “al esquema de pensión mínima legal vigente. Interacción entre smlv y una garantía de pensión mínima que está atada a ese smlv. Esta interacción genera un costo fiscal muy alto, es inequitativa y, lo más importante, impide que los trabajadores que cotizan sobre salarios menores a tres smlv, puedan acumular el capital, o los requisitos para pensionarse” (Santamaría 2010, 128). Para lograr esos ajustes presentan como imperiosa la necesidad de marchitar el régimen de prima media, lo que implica prohibir la entrada de nuevos afiliados y prohibir nuevos traslados.⁴⁰

40 Ayala y Helmsdorff (1996) también proponían un conjunto de medidas similares para lograr la extinción del sistema público de pensiones: otorgarle al Instituto de Seguros Sociales (ISS) como única función la de racionalizar el sistema pensional público, y no la de ser una alternativa competitiva al régimen de ahorro individual; para avanzar en esa dirección se proponía realizar recortes en beneficios, reducir la pensión mediante la introducción de cambios en los criterios de indexación: pasar del ajuste tomado con base en el índice de precios al consumidor, a otro construido sobre el crecimiento del salario medio de la economía. Por su parte el presidente de la ANIF Sergio Clavijo, insistió en su propuesta de cerrar el RPM, taponar los regímenes especiales, darles fin a los llamados carruseles pensionales, aumentar la edad de pensión y reducir la tasa de reemplazo (la proporción del ingreso sobre el cual se calcula la mesada). Más claro: prohibir nuevas afiliaciones al Seguro Social (o Colpensiones, que será su reemplazo), con lo cual al cabo del tiempo se extingue el RPM, ya que, señaló Clavijo, “es una vena rota que se está hinchando”; subir la edad de jubilación a 65 años (a partir del 2014 será de 57 y 62 años para mujeres y hombres, respectivamente), y fijar una tasa de reemplazo inferior al 60 por ciento”. Ver periódico Portafolio, abril 27 del 2012.

La idea central de los reformadores es la monopolización del sistema pensional, el discurso que justifica esa propuesta radica en primer lugar en el logro de la equidad, olvidando que en el sistema de capitalización individual sólo obtendrán una pensión los sectores de altos ingresos y

esto no es producto de un mal diseño del funcionamiento ni del funcionamiento imperfecto del mercado laboral, sino una característica del esquema de cuentas individuales, que sustituye el derecho a ser cobijados por el sistema de reparto público, por un derecho financiero definido en el mercado. De allí que una de las propuestas bandera de los analistas financieros de BBVA sea las pensiones inferiores al salario mínimo sin actualizarlas de acuerdo con el incremento anual. Proponen, además, bajar las tasas de reemplazo y aumentar la edad de jubilación, lo que refleja el cálculo estratégico del flujo de caja del negociante del sistema y hace explícito el incumplimiento del sistema privado (Moreno y Ortiz 2010, 172).

La investigación de Fedesarrollo que se está comentado, podría ser una más de las que presentan centros de investigación que justifican las políticas económicas de las diferentes administraciones gubernamentales; sin embargo, en este caso particular, debe subrayarse que parte de sus recomendaciones, como las dadas por el Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico de la Universidad de los Andes, justificaron la pasada reforma fiscal que se presentó en el marco de la regla fiscal, que erige como norma constitucional la “dictadura fiscal”, en el sentido que los gastos que no estén contemplados en el presupuesto no podrán ser efectuados, con ello se limita la tutela. En esta reforma también se eximió a las grandes empresas del pago de los parafiscales (Salud Colombia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Servicio Nacional de Aprendizaje). Otra opción hubiese sido que vía presupuesto se financiaran los parafiscales para el sector informal.

Por su parte la OCDE (2015) propone “Reformar a fondo el sistema de pensiones para reducir la desigualdad y la pobreza en la tercera edad”. Una de las medidas a tomar en el mediano plazo, es la de suprimir la competencia entre el régimen de prestaciones definidas con el de cotizaciones definidas, obviamente entre la lógica de este organismo estaría la de “extinguir” el

sistema público. De manera adicional, eliminar el umbral mínimo de las pensiones, porque en su opinión hay un “elevado salario mínimo, lo cual resulta costoso”.⁴¹

Comentario aparte merece la recomendación de “Equiparar la edad de jubilación entre hombres y mujeres. A mediano plazo, incrementar la edad de jubilación y vincularla a la evolución de la esperanza de vida” (OCDE, 2015, 42), que ha sido retomada por algunos investigadores del Observatorio Laboral de la Universidad Externado de Colombia y de la Facultad de Economía de la Universidad del Rosario. Resulta curioso que en el Panorama de Pensiones este organismo reconozca que “una mujer remunerada al salario promedio, que interrumpe su carrera durante 5 años para educar a sus hijos ve su pensión disminuir en un 4% en promedio” (OCDE 2016, 15). Consecuencias de una carrera incompleta sobre los derechos a la pensión, en la página 79 se expresa que “el análisis muestra que teniendo en cuenta que una reducción superior al 1% de la pensión de vejez, en promedio, por cada año en que se esté sin trabajo, los regímenes pensionales juegan un *rol* esencial de compensación en pérdidas potenciales de la pensión, debidas a una entrada tardía en el mercado laboral o de interrupciones temporales en la actividad económica”. En los países avanzados se tienen mecanismos (por ejemplo, el denominado crédito a la cotización) para atenuar las diferencias en los niveles pensionales entre hombres y mujeres, por cuanto éstas últimas tienen mayor probabilidad de retirarse temporalmente del mercado de trabajo para cuidar a los niños, o para atender a los familiares que padecen enfermedades terminales. En los países de la periferia se carece de estos adelantos de los SPS, de ahí que la igualación de las edades de pensiones significa no solo extender la vida laboral de las mujeres sino también incrementar la inequidad de género. En Chile, si bien la edad legal para que la mujer tenga derecho a una pensión es de 60 años, las mujeres trabajan hasta los 67 años a causa de las interrupciones en las cotizaciones y la entrada tardía al mercado de trabajo (OCDE, 2016, 81).

41 “Relajar la limitación de que la pensión mínima deba ser, cuando menos, igual al salario mínimo también sería un factor clave para incrementar la cobertura. A través del programa BEPS [Beneficios económicos periódicos], el Gobierno subvencionaría las contribuciones a los trabajadores con bajos ingresos” (OCDE, 2015A, 41).

¿Será que para la OCDE las condiciones de vida para las mujeres de la tercera edad en los países vinculados a ese organismo, deben ser “naturalmente” mejores que para las de los países de la periferia?

El llamado a la privatización completa del sistema pensional, no toma en cuenta la experiencia de lo que actualmente está sucediendo en el modelo chileno, el cual en su origen fue convertido en el punto de referencia para la ola de privatizaciones. En el periódico *El País* del 22 de agosto de 2016, se presentó un artículo titulado “Miles de chilenos protestan contra el sistema de pensiones impuesto por Pinochet”; en dicho artículo se registra que un millón de personas protestó en 50 ciudades y 250 municipios contra el sistema privado de pensiones. El movimiento ciudadano “No más AFP”, que lideró las movilizaciones, sostiene que el 90% de los jubilados en Chile recibe pensiones inferiores a \$233 dólares mensuales —lo que representa la mitad del sueldo mínimo establecido en ese país—, y que las AFP aumentaron sus ganancias en 71.4% en los diez primeros meses del 2015.

La profundización de las reformas pro-mercado ya no se presenta a nombre de la lucha contra la pobreza, sino en aras de superar la inequidad; sin embargo, los resultados van a contravía de lo enunciado por ese populismo tecnocrático. En la reforma tributaria, el Impuesto Mínimo Alternativo (IMAN) aplicado únicamente a los empleados con ingresos tributarios superiores a 3.8 millones de pesos, “se incrementa considerablemente con respecto a los años anteriores, por cuanto en el cálculo del IMAN ya no es posible restar las principales deducciones y exenciones que se tienen para el sistema ordinario” (El Tiempo lunes 18 de febrero María Mercedes Cuéllar, Presidenta de ASOBANCARIA). Simultáneamente, se redujeron los parafiscales, de modo que arguyendo la generación de empleo se aumentó la rentabilidad del sector privado.

El ex Ministro de Trabajo, Rafael Pardo —actual Consejero para el Postconflicto—, presentó en el primer semestre del 2013 el esbozo de lo que sería una nueva reforma pensional en Colombia. La desafiliación en los fondos privados y el retorno de trabajadores hacia el sistema de prima media, es una de las principales preocupaciones de la organización gremial de las AFP (Asofondos). Este comportamiento es el resultado de la maduración del sistema de

ahorro individual, que después de estar recibiendo por más de 19 años los aportes obrero-patronales, debe comenzar a pensionar a quienes cumplen con los requisitos de edad y de número de semanas. Según los datos de la superintendencia financiera, sus primeros jubilados lo hacen con el 25% del salario promedio. No es extraño que ante la pérdida en el ritmo de crecimiento en la afiliación a los Fondos, en ASOFONDOS, —representada por Santiago Montenegro y los gestores de la Ley 100 de 1993 como Rudolf Hommes— se reivindique un viejo interés de Estado: “En ese tiempo, la posición del gobierno era acabar con el régimen de prima media, en el que la próxima generación de jubilados paga por la actual, y sustituirlo por el ahorro individual, en que los pensionados ahorran para financiar sus pensiones” (Portafolio 18 de febrero del 2013 p. 38). Así que, romper la solidaridad intergeneracional era una de las directrices de las reformas pro-mercado, que ahora se quieren profundizar con estos cambios normativos.

De otra parte, los ajustes se presentan en una coyuntura en que existe indignación por las altas pensiones de algunos congresistas y magistrados de las Altas Cortes. Por ejemplo, el Congreso de la República toma recursos del sistema de prima media para pagarles a 600 personas pensiones superiores a \$20 millones cada una, circunstancia que se aparta de lo consignado en el Acto Legislativo 01 del 2005, donde a las pensiones se les fijó un tope de 25 salarios mínimos.

En el documento suministrado por el Ministerio de Trabajo titulado *ABC nuevo modelo de protección para la vejez*, se expresa que el “nuevo modelo de protección a la vejez ya está en marcha. Con la creación de Colpensiones, la nueva administradora de pensiones del Estado, hoy Colombia tiene una entidad más moderna que responde al servicio del usuario y asegura la permanencia del Régimen de Prima Media”. Sin embargo, la procuradora delegada para Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social, Diana Margarita Ojeda Visbal, en la reunión celebrada el pasado 12 de febrero entre jueces laborales de Bogotá, el ISS en liquidación y Colpensiones, pusieron de presente que “la transición ha sido improvisada y que Colpensiones no estaba preparada para asumir los procesos que se encontraban represados en el ISS, sumados a las nuevas solicitudes que a diario radican los usuarios, por lo que las ineficiencias que motivaron la liquidación del ISS se han trasladado a la nueva administradora”.

La Procuraduría concluye con preocupación que el Estado, primer llamado a la defensa y garantía de los derechos ciudadanos, está desatendiendo sus responsabilidades en la administración del régimen de prima media, vulnerando derechos como los de acceso a la justicia, de petición, de acceso a la Seguridad Social, y los conexos al mínimo vital, a la dignidad y a la salud (entre otros), de la población de la tercera edad, que es además sujeto de especial protección constitucional.

Esta funcionaria termina diciendo que antes de abordar una nueva reforma, se deben solucionar los problemas que están afectando a más de 100,000 trabajadores. Por su parte, el Procurador General subraya que las “demoras en el reconocimiento de las pensiones ha hecho que deban judicializarse: una pensión que en todas partes se reconoce en veinte días aquí toma catorce años, y una vez judicializada tendrá un sobre costo del 77%” (Revista Bocas, *El tiempo*, febrero de 2013, 19)

Bajo la idea de no poner a competir el sistema de prima media con el de los Fondos Privados de Pensiones, y favoreciendo la sostenibilidad fiscal, el ex Ministro de Trabajo Rafael Pardo, terminó fortaleciendo a estos últimos y de paso el proceso de financierización colombiano. Según el exministro, todos los

“trabajadores formales recibirán el mismo subsidio que el Estado les otorga en las pensiones porque cotizarán sobre la base del salario mínimo en el Régimen de Prima media. Quienes puedan cotizar por encima de este monto, sus aportes se harán en el Régimen de Ahorro Individual Subsidiado con Solidaridad, RAIS, a través de los fondos privados de pensión. De esta forma todos los colombianos recibirán el mismo subsidio a su pensión y no lo que pasa ahora que quienes más cotizan más subsidio reciben. Esto hace un sistema con más igualdad”.

Un análisis de economía política nos lleva a la conclusión que el ajuste favorece al sistema de cotizaciones definidas, como las caracteriza la OIT, en detrimento del de prestaciones definidas. En el primero, cuando el trabajador se afilia a un fondo de pensiones él conoce cuánto cotiza, pero desconoce su futuro nivel pensional. La razón es que el cálculo de la mesada pensional se hace sobre los aportes y la rentabilidad de los ahorros, de modo que al afiliado se le trasladan los riesgos de malas inversiones (como hicieron algunos fondos en Interbolsa, —ver entrevista al Procurador—); en un ambiente de

alta volatilidad económica, como lo señala Eduardo Sarmiento, “la mayoría de la población quedaría con pensiones inferiores al 30% del ingreso promedio, y traería consigo el empobrecimiento de los grupos medios de mayor edad” (Sarmiento, *El Espectador*, 17 de febrero del 2013). En el segundo sistema se sabe de antemano cual podrá ser el nivel pensional.

Algunos analistas han reiterado que un debate transparente sobre el ajuste pensional debe partir de un estudio riguroso de este sistema. El llamado a la transparencia tiene que ver entre otras cosas, con que, al ser un tema de alta sensibilidad social se puede hacer un uso político de los cálculos actuariales; por ello existe un conjunto de interrogantes sobre las cifras que presenta el gobierno, en particular la del subsidio de \$87.6 millones que recibirán todos los pensionados. En el régimen con solidaridad intergeneracional, no se pueden aplicar los mismos criterios para determinar el nivel pensional como se hace en el del ahorro individual, pues la cobertura de afiliación del sistema público es un elemento determinante para la sostenibilidad del sistema: si la relación entre pensionados y cotizantes es “la adecuada (v.gr. 1 a 9), el régimen pensional, no otorgaría ningún subsidio, y el sistema no tendría mayores problemas en otorgar pensiones correspondientes al 75% del ingreso promedio” (Sarmiento, *El Tiempo*, 17 de febrero).

La reforma pensional fue tema de la discusión de Asofondos, llevada a cabo en Cartagena el 3 y 4 de febrero del 2014. Para Santiago Montenegro, presidente de la asociación, durante el séptimo Congreso de la Federación Iberoamericana de Administradoras de Pensiones (FIAP), la gran reforma pensional es laboral, “el directivo señaló que algunas de las propuestas para avanzar en este tema, son continuar la reducción de los parafiscales y hacer ajustes a la forma como se incrementa el salario mínimo, pues está muy cerca del salario promedio de la economía”⁴². En la intervención que el Ministro de Hacienda y Crédito Público realizó al clausurar este congreso, “celebró que la industria de las AFP haya asegurado que la mejor reforma pensional es una reforma laboral”⁴³. En este sentido, sigue de cerca las recomendaciones expuestas en

42 Periódico *Portafolio* abril 3 del 2014. En una entrevista a este dirigente gremial, presentada por el Diario *El Tiempo* el 24 de abril del 2016 nuevamente se insiste en que “se necesita una reforma pensional”, y en la necesidad de elevar la edad de 62 años a 70, para tener derecho a una pensión para los hombres. Además, expresa que para esa fecha el tamaño del ahorro pensional es de 172 billones de pesos, lo que representa el 20% del PIB.

43 <http://www.asofondos.org.co/ministro-de-hacienda-clausura-septimo-congreso-fiap-asofondos>

el documento de Santamaría: flexibilizar el smlv —que repercute en la forma como se liquida la pensión mínima—, abandonar su indexación, la cual incide en los ajustes anuales a las pensiones. La reforma, tal y como la concibe el gran capital, será un paso para la reducción de los costos laborales y la monopolización de la economía, independientemente que la exclusión social aumente, y se precarice aún más el mercado de trabajo mediante el aumento de la pobreza laboral.

La polémica desatada entre el presidente de la ANIF (Asociación Nacional de Instituciones Financieras) —organismo gremial que agrupa al capital financiero y que tiene bajo su control las AFP— y un antiguo tecnócrata que respaldó la privatización del sistema pensional. Para Eduardo Lora las AFP son un “tinglado innecesario”, las pensiones no son “el principal negocio de las AFP. Su verdadero negocio es recibir ingresos del Gobierno: éste les cede el manejo de unos recursos producto de un gravamen laboral, pero el rendimiento de esos recursos resulta, en gran medida, de que las AFP le prestan de vuelta la plata al Gobierno directa o indirectamente, bien sea en títulos de deuda o crecientemente como financiamiento para obras públicas (que no tendrían que hacer por concesión si el Gobierno tuviera el dinero). En fin de cuentas, las ganancias de las AFP son básicamente el resultado de una transferencia del Gobierno a Luis Carlos Sarmiento y al Grupo Empresarial Antioqueño, que tienen 86% del negocio. Esa es la mayor inequidad del sistema”⁴⁴.

Adicional a esta forma de acumular capital vía la deuda pública, los “trabajadores con salarios de hasta 1.5 salarios mínimos, que son la mayoría, tienen en teoría mejores posibilidades de jubilación en las AFP, donde necesitan solo 1,150 semanas de cotización (unos 22 años) para conseguir una pensión equivalente al salario mínimo. Aunque esos aportes (y sus rendimientos normales) cubren menos de la mitad del costo de la pensión, está previsto que la diferencia la pague el Fondo de Garantía de Pensiones Mínimas. Suena muy bien, excepto que cuatro de cada cinco trabajadores no completan esas semanas de cotización, y quienes las completan no reciben una pensión vitalicia, porque esta modalidad no la ofrece ninguna AFP. Las opciones que se ofrecen son retirar el dinero capitalizado (descontados los elevados costos de admi-

nistración y seguros) o aceptar una “renta programada”, que puede agotarse antes de que muera el beneficiario. Por eso, Colpensiones es una mejor opción incluso para los trabajadores de bajos salarios”.

Por su parte Sergio Clavijo, Presidente de la ANIF, escribió en el *Diario de la República*, en la edición del 4 de mayo del 2016, un artículo titulado *Las AFP como solución al problema pensional*, donde expresa que

“el Dr. Lora se despacha contra el sector privado y concluye que las AFP son parte del problema, y no la solución a la insostenibilidad financiera que tanto dice preocuparle. La principal falacia de composición que arma el Dr. Lora es endilgarle a las AFPs el problema de la informalidad laboral estructural, como si acaso ello no descansara sobre los costos no salariales que continúan representando un 49% sobre la nómina, aún después de la reducción de 13.5% lograda en la Ley 1607 de 2012. Este error no es disculpable para un experto, que como él, ayudó siendo director de Fedesarrollo a detectar esa problemática y cuya solución continúa siendo muy parcial”.

Para finalizar se podría decir que existe otra visión para desarrollar políticas pensionales, diferentes a las que intenta imponer la tecnocracia de los organismos como el BID, el Banco Mundial o la OCDE, y que resulta ser una mejor alternativa para garantizar la seguridad económica a la vejez y luchar contra la pobreza que se presenta en este grupo poblacional: otorgar, como mínimo, un nivel básico de ingresos a las personas de edad avanzada. Esto significa diseñar esquemas no contributivos, que brinden ingresos a los ciudadanos que no cuenten con suficientes recursos para enfrentar esta etapa de la vida, recursos que serán independientes de su historia laboral. La CEPAL (2010), en el trigésimo periodo de sesiones, propone que se establezca una pensión universal para todas las personas mayores, independiente de su nivel de ingreso y restantes prestaciones sociales que reciba.

Referencias

Aglietta, M., Ahmed, P. y Ponsot, J.F. (2016). *La monnaie, Entre dettes et souveraineté*. Paris: Editions Odile Jacob.

Aglietta, M. y Orléan, A. (1998). *La monnaie souveraine*. Paris Editions Odile Jacob

Ayala, U. y Helmsdorff, L. (1996). Papel y viabilidad del régimen de prima media. En Asobancaria, *Crisis política, sector financiero y manejo fiscal*. Bogotá: Asobancaria.

Banco Mundial. (1994). *Envejecimiento sin crisis*. Washington D.C.

Billaudot, B. (2016). L'anthropologue et la dette. En *L'Economie politique* No. 70 Paris : Alternatives Economiques.

Bizberg, I. (coord.). (2015). *Variedades del capitalismo en América Latina: los casos de México, Brasil, Argentina y Chile*. México: Colegio de México.

Bourdieu, P. (2013). *La nobleza de estado. Educación de elite y espíritu de cuerpo*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Bourdieu, P. (2012). *Sur L'Etat. Cours au College de France 1989-1992*. Paris : SEUIL.

Bourdieu, P. (1995). «L'Etat et la concentration du capital symbolique ». En Bruno Théret. *L'Etat la finance et le social. Souveraineté et construction européenne*. París: Edition La Découverte.

Boyer, R. (1989). *La teoría de la Regulación. Un análisis crítico*. Buenos Aires : Humanitas.

Castel, R. (2009). *La montée des incertitudes. Travail, protections, statuts de l'individu*. Paris. SEUIL.

Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado*. Buenos Aires. Paidós.

CEPAL. (2010). *La hora de la igualdad: Brechas por cerrar, caminos por abrir*. (LC/G.2432 (SES.33/3)), Santiago de Chile.

CEPAL. (2002). *Globalización y desarrollo*. Santiago de Chile.

Chesnais, F. (1996). *La mondialisation financière. Genèse, cout et enjeux*. Paris: Syros.

Dardot, P. y Laval, C. (2009). *La nouvelle Raison du Monde*. Paris: La Decouverte.

Departamento Nacional de Planeación. (2014). *Todos por un nuevo país*. Bogotá.

- Esping-Andersen, G. (1999). *Les trois mondes de L'Etat Providence*. PUF: París.
- James, E. (1996). Proveer una mejor protección y facilitar el crecimiento: una defensa de "Envejecimiento sin crisis". En *Revista Internacional de Seguridad Social*, Vol 49, marzo.
- Friedman, M. y Friedman, R. (1980). *La libertad de elegir*. Barcelona: Editorial Rialp.
- Gaviria C. (1990). *La revolución pacífica*. Bogotá: DNP.
- Giraldo, C. (2007). *¿Protección o desprotección social?* Bogotá: Desde abajo - Universidad Nacional.
- Graeber, D. (2013). *Dette. 50000 ans d'histoire*. Paris : Les liens qui libèrent.
- Hernández, M. (2003). *La salud fragmentada en Colombia, 1910-1946*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Huenchuan, S. (2012). *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe. La hora de avanzar hacia la igualdad*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Lautier, B. (2012). La diversidad de los sistemas de protección social en América Latina. Una proposición de método de análisis de la configuración de los derechos sociales. *Revista de la regulación*. París.
- Lautier, B. (1995). Una protección social mutualista y universal: condición para la eficacia de la lucha contra la pobreza. En O. Rodríguez Salazar (coord.) *Sistemas de protección social: entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social*. Bogotá: CID - Universidad Nacional de Colombia.
- Mendes Pereira, J.M. (2005). El Banco Mundial y la reforma del Estado; ¿Más allá del Consenso de Washington? Rio de Janeiro: La Jiribilla.
- Mesa Lago, C. (1996). Las reformas de las pensiones en América Latina y la posición de los organismos internacionales. En *Revista de la CEPAL*, No 60.
- Moreno, A. y Ortiz, F. (2010). Economía política de la reforma del sistema colombiano de pensiones. En *Revista Economía institucional*. Volumen 12 Número 22. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- OCDE. (2016). *Panorama des pensions 2016. Les indicateurs de L'OCDE et du G20*. Paris Editions. OCDE.
- OCDE. (2015). *Estudios Económicos de la OCDE Colombia*. Bogotá.
- Orjuela, L. J. (2011). "Élites, Estado y Nación en Colombia". En Luis Javier Orjuela (Comp.) *El Estado en Colombia*. Facultad de Ciencias Sociales. Bogotá: Universidad de los Andes.

Orzag, F. y Stiglitz, J. (1999). *Diez mitos sobre los sistemas de seguridad*. Washington D.C.: Banco Mundial.

Rodríguez Salazar, O. (2011). Programas de investigación en Protección Social y Políticas Públicas. En Amparo Hernández y Carmen Rico de Sotelo (Editoras) *Protección Social en Salud en América Latina y el Caribe. OPS, IDCR. Universidad Javeriana*.

Rodríguez Salazar, O. (2006). Del patronato al aseguramiento. Orígenes de la protección social en Colombia. En Y. Le Bonniec y O. Rodríguez (Eds.) *Crecimiento, equidad y ciudadanía. Colección de Estudios sobre Protección Social*. Bogotá: CID Universidad Nacional de Colombia.

Rodríguez Salazar, O. (2005). Avatares de la reforma del sistema de Seguridad Social. Ley 100 de 1993". En Oscar Rodríguez Salazar. *Sistemas de protección social: entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social*. Bogotá: CID - Universidad Nacional de Colombia.

Rodríguez Salazar, O. (2002). "Reformas promercado y Seguridad Social". En Oscar Rodríguez Salazar (ed.). *¿Hacia una reforma del sistema de Seguridad Social: salud, pensiones y riesgos profesionales?* Colección la Seguridad Social en la Encrucijada, Tomo III. Bogotá: CID - Universidad Nacional-Ministerio de Salud.

Rodríguez Salazar, O. y Arévalo Hernández, D. (1994). *Estructura y crisis de la Seguridad Social en Colombia 1946-1992*. Bogotá: CID - Universidad Nacional de Colombia.

Rodrik, D. (2012). *La paradoja de la globalización. Democracia y el futuro de la economía mundial*. Barcelona: Antoni Bosch Editor.

Rospabe, P. (1995). *La dette de vie. Aux origines de la monnaie sauvage*. Paris : La Découverte.

Salama, P. y Valier, J. (1994). *Pauvretés et inégalités dans le tiers monde*. Paris: La Découverte.

Santamaría, M. (2010). "El sistema pensional en Colombia: retos y alternativas para aumentar la cobertura". Bogotá: Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo (Fedesarrollo).

Therét, B. (2013). La moneda a través del prisma de sus crisis de ayer y hoy. En B. Therét, *La moneda develada por sus crisis*. Bogotá: Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia.

Therét, B. (1995). *De la comparabilité des systèmes nationaux de protection social dans les sociétés salariales. Essai d'analyse structurale*. Coloque franco-allemand "Comparer les systèmes de protection sociales en Europe", Berlín: MIRE.

Sección Segunda

**PROBLEMÁTICA DE LOS SISTEMAS DE
PENSIONES EN MÉXICO: LA FEDERACIÓN,
LOS ESTADOS, VIABILIDAD FINANCIERA
Y LAS UNIVERSIDADES**

III. La transformación de los sistemas de pensiones en México y sus consecuencias en la pobreza

*Araceli Damián
Armando Rosales*

Resumen

En la actualidad, el acceso a la Seguridad Social es considerado un derecho humano. Sin embargo, en nuestro país, a lo largo del último siglo éste ha constituido un derecho de clase que brinda cobertura únicamente a los trabajadores formales y sus familias, y deja fuera al resto de la población y sus dependientes. Una de las características de la Seguridad Social en México ha sido la fragmentación institucional de los sistemas de Seguridad Social y salud, con diversos esquemas contributivos; desde aquéllos en que la población puede participar de forma voluntaria (seguro facultativo, Instituto Mexicano del Seguro Social), al mismo tiempo que existen servicios de salud dirigidos a población abierta, es decir sin cobertura, y un conjunto de programas de transferencias monetarias dirigidas a los grupos más vulnerables de la población, que cubren de manera parcial y deficiente a los trabajadores en situación de informalidad, sus familias y a todos los que no tienen acceso a la Seguridad Social formal.

Producto de la implementación de medidas de corte neoliberal, se han observado modificaciones de carácter paramétrico a los sistemas de Seguridad Social contributivos (aumento de la edad de retiro, de los años de cotización, etc.), tanto en el ámbito nacional como estatal, y más recientemente en las grandes empresas energéticas públicas, afectando particularmente los es-

quemas de pensiones en detrimento de los trabajadores. Al mismo tiempo, los cambios a los regímenes de pensiones han conllevado a la creación del sistema de ahorro en cuentas individuales para el retiro, que se constituyen actualmente en la única opción para los trabajadores de nuevo ingreso. A diferencia del anterior, este nuevo esquema no define cuál será la pensión del trabajador, y en este sistema se proyectan niveles de tasas de reemplazo (porcentaje que la pensión en relación al último salario) mucho más bajas que las del sistema anterior, poniendo en riesgo no sólo el futuro de los trabajadores formales, sino que impactan negativamente en la estructura social y en las estimaciones de pobreza. Ante la poca efectividad de los sistemas formales para cubrir al conjunto de la población de adultos mayores, se han creado recientemente sistemas de transferencias monetarias para dicha población; este sistema se denomina pilar no contributivo y, como veremos, otorga montos insuficientes para que los adultos mayores puedan evitar vivir en pobreza.⁴⁵

Tomando en cuenta lo anterior, el presente trabajo hace un repaso de las modificaciones que han sufrido los sistemas de pensiones en México, analizando el contexto y las tendencias internacionales en la materia, para posteriormente describir y analizar la relación que existe entre el tipo de pensión a la que acceden los trabajadores (contributiva y no contributiva) mediante el Método de Medición Integrada de la Pobreza (MMIP).

III.1 Antecedentes históricos de la Seguridad Social en el sistema capitalista

El desarrollo de la Seguridad Social está asociado a las contradicciones inherentes al proceso de industrialización capitalista, las cuales resultaron en el establecimiento paulatino de estados de bienestar durante las últimas décadas del siglo XIX y la primera mitad del XX (Conferencia Interamericana de Seguridad Social —CISS—, 1994: 3; Sigerist, 1999: 476).

Los esfuerzos pioneros para el establecimiento de un sistema de Seguridad Social llevados a cabo en la Alemania de Bismarck, y emulados posterior-

45 Cabe destacar que, en la Ciudad de México, el programa de la pensión alimentaria para la población de 68 años y más es el único programa no contributivo universal y, por tanto, para su otorgamiento no distingue entre quienes reciben o no una pensión en los sistemas formales, ni si reciben algún otro ingreso.

mente en los Estados Unidos de América y la Gran Bretaña, no buscaban una transformación del modo de producción capitalista, ni pretendían modificar el régimen basado en la propiedad privada de los medios de producción; la construcción de los esquemas de previsión social modernos, desde sus orígenes, tuvieron por objetivo la protección de la producción industrial capitalista y su proletariado en un primer momento, y de las clases medias a través del tiempo.

Para comprender las peculiaridades de la Seguridad Social en México, resulta importante conocer los antecedentes históricos más relevantes acerca de la forma en que se fueron construyendo estos esquemas de protección a la clase trabajadora, en los países occidentales. Los sistemas de Seguridad Social constituyen un componente definitorio de los Estados de Bienestar. Al igual que la determinación del nivel salarial y la extensión de la jornada laboral, el monto y amplitud de los beneficios otorgados por los sistemas de Seguridad Social son centrales en la lucha de clases.

Aunque Marx (1999 [1867]) no aborda el tema de la Seguridad Social en *El Capital*, es muy clara su preocupación por la extensión de la jornada laboral cuyo límite máximo está determinado de dos maneras:

“De una parte, por la barrera física de la fuerza de trabajo. Durante un día natural de 24 horas un hombre sólo puede gastar una cantidad determinada de fuerza vital... Durante una parte del día la fuerza debe reposar, dormir, y durante otra tiene que satisfacer otras necesidades físicas, alimentarse, asearse, vestirse, etc. [...] Aparte del límite puramente físico, la prolongación de la jornada laboral tropieza con barreras morales. El hombre necesita tiempo para la satisfacción de necesidades espirituales y sociales, cuya amplitud y número dependen del nivel alcanzado en general por la civilización” (278-279).

Marx no retoma la noción de límites físicos y morales en relación con la extensión de la vida activa de un trabajador, tomando en cuenta que puede verse imposibilitado para laborar a partir de cierta edad o por padecer alguna incapacidad. Encontramos una referencia indirecta al respecto cuando analiza las formas para extraer el plusvalor en distintas formaciones sociales, que incluyen obligar a la fuerza de trabajo a laborar hasta la muerte. Marx cita al

historiador griego Diodoro Sículo, en relación con la forma extrema de explotación a la que eran sometidos los trabajadores en las minas de oro en Egipto, Etiopía y Arabia durante el esclavismo:

“[...] no se puede contemplar a esos infelices [...] que ni siquiera pueden asear sus cuerpos o cubrir su desnudez, sin dolerse de su trágico destino. Pues allí no tienen ninguna indulgencia ni miramiento por los enfermos, los enclenques, los ancianos, por la endeblez femenil. Obligados a golpes, todos deben continuar trabajando hasta que la muerte pone término a sus tormentos y su miseria” (en Marx, 1999 [1867]: 283).

Diversos historiadores señalan que en el feudalismo la familia y la iglesia eran las encargadas del cuidado de los huérfanos, viudas, ancianos y enfermos; no obstante, con el desarrollo del capitalismo estas instituciones empezaron a fallar a medida que la fuerza laboral dependía de un trabajo pagado para la sobrevivencia. De esta forma, la Seguridad Social se hizo necesaria en el capitalismo, en tanto que destruyó o debilitó los mecanismos solidarios de reproducción social preindustriales (la familia, la iglesia, la solidaridad gremial) y las normas que obligaban a los nobles a ser generosos.

Los orígenes de los sistemas de bienestar son variados (véase Esping-Anderesen, 1990), y como plantea Pierre (2015: 1) “la historia y la antropología registran una rica diversidad de relaciones e instituciones que materializan ese vínculo entre las generaciones económicamente activas y las inactivas: desde la eliminación física de los ancianos, al sistema chileno de pensiones”.

El establecimiento y características de los sistemas de Seguridad Social están determinados fundamentalmente por el balance de poder y la lucha de clases. En la medida en que estos sistemas permiten la redistribución de una parte sustancial de la riqueza entre el capital y el trabajo, el primero procurará reducir sus beneficios, mientras que el segundo pugnará por su ampliación.

De la misma manera que el capital en el siglo XIX se vio en la necesidad de regular la extensión de la jornada laboral, debido a la merma en la salud y capacidad productiva de la fuerza de trabajo, en el siglo XX requirió desarrollar y consolidar los Estados de Bienestar —cuya función primordial es proteger el ingreso y el bienestar de los trabajadores—, lo cual conllevó una redistri-

bución del ingreso, al ampliar los beneficios sociales de manera casi continua hasta los años setenta.

Las crisis económicas que se hicieron más recurrentes a partir de esa década, asociadas a una baja de la tasa de ganancia, pusieron en marcha contra-reformas a los Estados de Bienestar, a través de una alianza estratégica entre gobiernos y élites, a fin de reducir tanto los costos de la fuerza de trabajo, como el pago de impuestos. Se liberalizaron los mercados internacionales de bienes y capitales, pero no de la fuerza de trabajo, lo que ha contribuido al deterioro de las condiciones laborales y de los sistemas de Seguridad Social, afectando el nivel de vida de la mayoría de la población.

En este ensayo se discutirán de forma sintética los orígenes de la Seguridad Social moderna en Alemania, para después revisar los esquemas que se aplicaron en los Estados Unidos, así como los antecedentes históricos para el caso de México.

III.2 El origen de la Seguridad Social moderna en la Alemania de Bismarck

Al analizar el proceso histórico de construcción de los sistemas de Seguridad Social occidentales, se observa una transformación de los viejos esquemas de protección de los gremios artesanales anteriores al advenimiento de la producción industrial capitalista moderna, los cuales se fueron adaptando e institucionalizando de forma paulatina por parte de los estados liberales occidentales. Si bien suele afirmarse que la Seguridad Social moderna tiene su origen en el gobierno del canciller alemán Otto von Bismarck (1867-1890), es cierto que él “no creó su esquema de aseguramiento social de un vacío”.⁴⁶

En realidad, el Estado Prusiano, durante la segunda mitad del siglo XIX, fue adoptando una serie de medidas graduales tendientes a contrarrestar la inseguridad de la clase trabajadora, especialmente después de la revolución proletaria de 1848. Uno de los primeros pasos relevantes fue la aprobación, en 1854, de un estatuto, en el que se establecía la *obligatoriedad* de los trabajadores de pertenecer a sociedades de bienestar o “hermandades” de ayuda

46 Traducción libre (Sigerist, 1999: 477).

mutua, mediante las cuales se constituía un fondo financiado y administrado de forma conjunta, por empleadores y trabajadores, para proporcionar ayuda económica en casos de enfermedad, incapacidad, servicios funerarios y pensiones para las viudas. Poco después, en 1871, mediante un decreto imperial, se extendió a las demás ramas industriales, el beneficio con el que contaban únicamente los trabajadores ferroviarios alemanes, mediante el cual se hacía obligatorio el pago de una indemnización por accidentes producto de la actividad laboral (Sigerist, 1999).

El canciller Bismarck, tras la unificación alemana en 1871, buscó establecer “un sistema de seguridad [social] unificado y centralizado que protegiera económicamente a todos los grupos vulnerables de riesgos mayores, incluyendo trabajadores agrícolas, al proveerles compensaciones y servicios”, mismo que, se proponía, debía ser financiado de forma tripartita, es decir por trabajadores, empleados y mediante subsidios gubernamentales (Sigerist, 1999: 484).

Indiscutiblemente, un esquema de protección a la fuerza de trabajo de dicha magnitud, requería de un proceso político complejo para lograr la aprobación por parte de las diferentes fuerzas políticas imperantes en Alemania al final del siglo XIX. En este marco, se fueron aprobando gradualmente la Ley de *Seguros por Enfermedad* (1883), la Ley del *Seguro de Accidentes Industriales* (1884), y la Ley del *Seguro de Invalidez y Vejez* (1889). Mediante este último esquema, se proporcionaba una pensión, administrada por el Estado, a los trabajadores incapacitados a causa de una enfermedad y a todos aquellos que alcanzaran los 70 años de edad (Sigerist, 1999: 488-490).

Bismarck dejó el poder en Alemania en 1890, habiendo construido un sistema de Seguridad Social para proteger al pujante proletariado industrial alemán, y aunque no consiguió el objetivo de tener un único esquema de Seguridad Social universal administrado por el estado y financiado de forma tripartita, con el tiempo este sistema fue ganando popularidad en Alemania, lo que permitió que los beneficios continuaran expandiéndose en este país en décadas posteriores, como en 1911, cuando se autorizaron pensiones para los sobrevivientes de los trabajadores, y en 1927, cuando se hizo obligatorio el *Seguro*

de Desempleo, con lo que prácticamente los beneficios de la Seguridad Social alcanzaron a gran parte de la clase media alemana, y no sólo a los trabajadores asalariados (Sigerist, 1999: 491–492).

III.3 Internacionalización de la Seguridad Social y sus antecedentes en el continente americano

La discusión e investigación en los Estados Unidos, en torno a la política de Seguridad Social establecida en Alemania, se remonta al año de 1893, cuando se publicó un detallado reporte por el Comisionado del Trabajo analizando lo implementado en el gobierno de Bismarck. Este esfuerzo inició un debate que se prolongó por más de tres décadas, y en donde destacaron las posiciones de científicos sociales como John B. Andrews, Isaac Rubinow y John R. Commons, quienes desarrollaron las primeras propuestas de políticas públicas de carácter general en el continente, tendientes a la construcción de un esquema de cobertura de Seguridad Social universal para los norteamericanos (CISS, 1994: 4–5).

El debate en torno a la situación de pobreza, desempleo e inseguridad de gran parte de la clase trabajadora norteamericana, cobró fuerza durante la Gran Depresión de 1929, catástrofe que fue seguida por protestas masivas de los trabajadores entre 1930 y 1932, y que cristalizaron con la aprobación de un conjunto de políticas sociales de bienestar implementadas tras la elección de Franklin D. Roosevelt. Así, después de un intenso debate, el 14 de agosto de 1935 se aprobó la *Social Security Act* en los Estados Unidos (CISS, 1994: 6).

Esta iniciativa introdujo once capítulos a la legislación norteamericana tendientes a la construcción de una política nacional de Seguridad Social, la cual consistía en diferentes programas federales, financiados por trabajadores y patrones, destacando el Seguro Federal para el retiro de los trabajadores por vejez, para sus sobrevivientes, y por discapacidad; la Asistencia Temporal para Familias en Necesidad; un seguro de salud para las personas con discapacidad o de edad avanzada (Medicare); un sistema de subsidios a los gobiernos estatales para Programas de Asistencia para la población de bajos ingresos

(Medicaid); un Seguro de salud para niños de bajos recursos, así como programas para proveer un ingreso de seguridad suplementario para personas de bajos ingresos discapacitadas o en vejez (CISS, 1994: 6-7).

El establecimiento de un sistema de esta envergadura en los Estados Unidos, sólo se explica al observar las profundas repercusiones sociales producto de la crisis económica de 1929, y su supervivencia en un país de fuerte raigambre liberal en lo económico, y fue posible por el contexto bélico ante el inicio de la segunda guerra mundial, de forma inmediata a la aprobación de esta Ley. El impulso del gobierno de Roosevelt a las medidas establecidas en la *Social Security Act*, condujo a un movimiento de internacionalización de la Seguridad Social y al establecimiento de organismos regionales permanentes para fortalecer estas políticas de bienestar en todo el continente, que iniciaba un proceso de crecimiento acelerado en la posguerra.

El punto de partida para el fortalecimiento de la Seguridad Social en el ámbito hemisférico fue quizá la firma de la Carta del Atlántico (1941), en la que se consagró una de las ideas principales promovidas por Roosevelt, y que era garantizar a la población la *libertad de necesitar*. Dos de las declaraciones contenidas en la Carta refieren específicamente “al establecimiento, en beneficio de los pueblos, de mejores condiciones de trabajo, económicas y de Seguridad Social” (Sánchez Vargas, 1961: 906).

Este último documento influyó en la ratificación continental de la Declaración de Filadelfia (1944), en la que se reconocía la necesidad de extender “las medidas de seguridad [...] y asistencia médica completa,” a toda la población y no solo a la clase trabajadora, y posteriormente al fin de la Segunda Guerra Mundial, se consagra en la Declaración Universal de Derechos del Hombre (1948) que “toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la Seguridad Social y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional [...], la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad” (Sánchez Vargas, 1961: 908).

A partir del establecimiento de la Seguridad Social como un derecho humano universal, se suceden en el continente americano una serie de Conferencias y

encuentros regionales (Santiago de Chile en 1942, Montevideo en 1949, Petrópolis en 1952), en los que se consolida el esfuerzo por impulsar una política hemisférica de protección no sólo a la clase trabajadora, sino a la población en su conjunto. En la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948) se afirma que “*toda persona tiene derecho a la Seguridad Social que le proteja contra las consecuencias de la desocupación, de la vejez y de la incapacidad que, proveniente de cualquier otra causa ajena a su voluntad, le imposibilite física o mentalmente para obtener los medios de subsistencia*” (Sánchez Vargas, 1961: 908).⁴⁷

Es así que en este periodo de crecimiento y desarrollo, más o menos general, de la economía continental, se vislumbra un intento por construir un proyecto hemisférico para la adopción en las legislaciones nacionales de esquemas de Seguridad Social. Sin embargo, se percibe también en las diferentes declaraciones de las Conferencias interamericanas, una tensión permanente entre extender estos beneficios a toda la población que lo requiriese, o sólo a la clase trabajadora, aún con la salvedad que en casi todas las resoluciones, el establecimiento de esquemas de Seguridad Social se supedita al desarrollo de los procesos legislativos, y a las condiciones económicas y demográficas de cada una de las naciones americanas.

El hecho que la Seguridad Social se restrinja en México casi exclusivamente a un derecho de clase, es decir, para los trabajadores formales, y a diferencia de esquemas más amplios como el norteamericano, tiene sus raíces no solo en el proceso histórico de construcción de la prevención social en los periodos pre y pos revolucionario, sino en los convenios y declaraciones ratificadas por el propio Estado mexicano, como la la misma Conferencia Interamericana de Seguridad Social efectuada en Chile en 1942, en la que se, “atribuye al seguro social la organización de la prevención de los riesgos cuya realización priva *al trabajador* de su capacidad de ganancia”.

Los modelos de Seguridad Social alemán y norteamericano, influyeron decisivamente en el desarrollo de diferentes esquemas de previsión para el proletariado en las legislaciones nacionales americanas. A pesar de las transformaciones y reducciones de gran parte de los derechos obtenidos a mediados

47

Énfasis añadido.

del siglo XX, producto de la aplicación de medidas de corte neoliberal, tanto en México como en todo el continente, persisten esquemas de Seguridad Social amplios (aunque en franco retroceso en algunos países, como el nuestro), y que tienen raíces profundas imbricadas en una marcada lucha de la clase trabajadora por el derecho a su bienestar, ante el desarrollo general del modo de producción capitalista.

III.4 La Seguridad Social en México

El derecho a la Seguridad Social es visto por el capital como parte del costo de la fuerza de trabajo, y es precisamente en la actualidad, con una economía que lleva siete lustros de estancamiento y crisis, que se busca reducir los beneficios derivados de este derecho en México. La estrategia se acompaña por un discurso que plantea que, de no reformar la Seguridad Social, habrá inevitablemente una crisis de las finanzas públicas. Para conseguir el respaldo social, el gobierno señala que la posible crisis se asocia a la existencia de esquemas que benefician a quienes más tienen, por lo que se requiere reducir los montos de las pensiones, y dirigir los recursos fiscales a quienes son considerados merecedores de ayuda (viudas, niños, enfermos, ancianos) y a los pobres extremos que no tienen acceso a la Seguridad Social proveída por los sistemas formales comprehensivos.

Pierre (2015) sostiene que en esta etapa del capitalismo, al trabajador individual le aparece el financiamiento de su jubilación como un atesoramiento, pero se trata en realidad de la adquisición de derechos sobre una parte de la producción futura. La supuesta necesidad de atesoramiento para la sobrevivencia en la vejez, toma cuerpo con el sistema de cuentas de ahorro individual.

En México, nunca hubo una intención clara de construir un Estado de Bienestar, y el alcance de los beneficios de la Seguridad Social quedó en manos de los gobernantes. El principio revolucionario de “justicia social” se limitó al acceso universal a la educación básica, quedando los demás derechos, incluidos los de salud y Seguridad Social, como derechos de la clase asalariada o de los sindicatos (vía contratos colectivos).⁴⁸

48 Esta tipología de derechos se aborda en detalle en Boltvinik y Damián (2003).

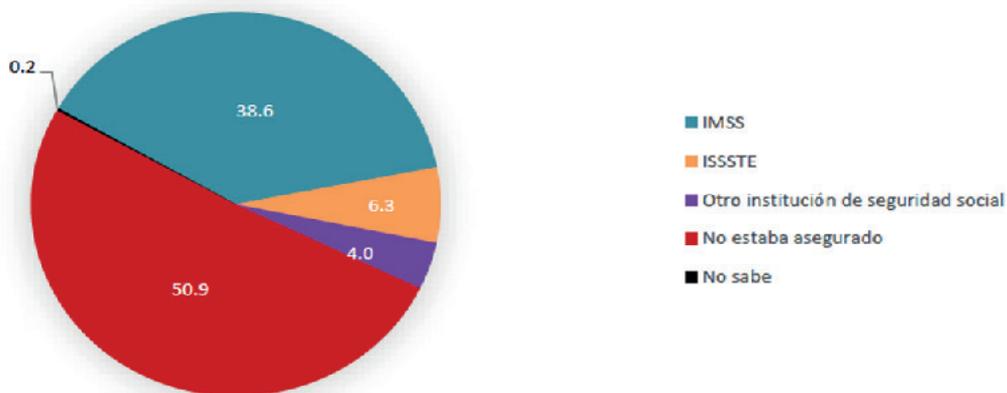
Esta forma de acceso a la Seguridad Social, vinculada estrechamente a un trabajo formal, tiene sus raíces históricas en los mecanismos de protección social a través de los gremios de artesanos y cofradías que imperaron en el Virreinato de la Nueva España desde el siglo XVI, y hasta mediados del siglo XIX en el México independiente.⁴⁹ Con la decadencia gradual de la producción artesanal, y ante el proceso de desamortización de los bienes eclesiásticos y la Reforma, las cofradías desaparecen, dando lugar a incipientes agrupaciones de ayuda mutua (o mutualidades), exclusivamente de trabajadores (Chávez Orozco, 1966: 169).

El acceso a la Seguridad Social a partir de la segunda mitad del siglo XIX en México, se logró mediante una combinación de decisiones de las élites para proteger, inicialmente, a las fuerzas armadas y los burócratas y, posteriormente, como resultado de la movilización social, se amplió la cobertura a los grandes sindicatos corporativos,⁵⁰ dejando sin protección a la gran mayoría de mexicanos. La mejoría incipiente de la clase trabajadora mexicana en el periodo posrevolucionario, y la consecución de la Ley del Seguro Social en la década de los cuarenta del siglo pasado, estuvo precedida por “un largo periodo de huelgas” que presionaron al Estado mexicano a otorgar algunos beneficios a la clase trabajadora, incluyendo un esquema básico de Seguridad Social (Sánchez Vargas, 1961: 915).

49 En la Nueva España se adopta como forma de previsión social las cofradías, las cuales se establecen desde comienzos del siglo XVI y hasta el año de 1859, y se encontraban administradas por la Iglesia con la supervisión permanente de los gremios artesanales. En éstas “se organizaban los maestros artesanos [...], y [garantizaban] las prestaciones que recibía el maestro durante los días de imposibilidad para trabajar por causa de enfermedad”, o para asegurar un entierro “digno”, así como la ayuda a las familias ante la muerte súbita del trabajador (Chávez Orozco, 1966: 156). Existían también cofradías indígenas y rurales, las cuales tenían la peculiaridad de invertir las aportaciones de sus cófrades en ganado, lo que les permitía obtener mayores beneficios y esquemas de protección, aunque el riesgo asumido ante la magnitud de las inversiones era mayor.

50 Para un análisis del desarrollo histórico del Estado de Bienestar Mexicano, véase Brachet (2004). Esta autora señala que después de una serie de huelgas del magisterio, en 1928 se inicia la cobertura de Seguridad Social a los trabajadores de educación pública (p.248).

Gráfico 3.1 — México: trabajadores con acceso a la Seguridad Social. 2007-2012 (porcentaje)



Fuente: Auditoría Superior de la Federación (2015: 304).

El derecho (de clase) a la Seguridad Social quedó estipulado en la Constitución de 1917, de forma incipiente y enunciativa, restringiéndose a los trabajadores formales y sus familias (Artículo 123).⁵¹ En la actualidad, la Seguridad Social no es un derecho social para todos los mexicanos: de acuerdo con la Auditoría Superior de la Federación (ASF), de los trabajadores que tuvieron un solo empleo entre 2007 y 2012, el 50.9% no contó con acceso a la Seguridad Social (Gráfico 3.1). Esta situación se agrava para los trabajadores que tuvieron dos o más empleos en ese periodo (63.8% del total), y de los cuales el 52.2% no contaba con acceso a este derecho (ASF, 2015: 304).

La falta de acceso a un esquema de Seguridad Social universal para la mayoría de la población mexicana, y en particular para la población vulnerable, ha

51 El texto de 1917 del Artículo 123 planteó “Se considera de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y otros con fines análogos, por lo cual, tanto el Gobierno Federal como el de cada Estado, deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole, para infundir e inculcar la previsión popular” (Secretaría de Servicios Parlamentarios, 2007:1307). En su primera reforma (1929) se sustituye la frase “cajas de seguros populares”, por la frase “la Ley de Seguridad Social”. En 1943 se crea el sistema de (salud y) Seguridad Social para los que laboran en el sector privado (Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS) y en 1959 el ISSSTE (Instituto Mexicano de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado), que da cobertura a los empleados del gobierno federal.

conducido a que en años recientes se hayan creado programas asistenciales no contributivos para adultos mayores, que en la mayoría de los casos consisten en transferencias monetarias de montos muy por debajo de la de por sí insuficiente línea de pobreza oficial. En 2013, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) registraba que este tipo de programas se otorgaban en al menos 13 estados de la república, beneficiando a 1.4 millones de adultos mayores (ASF, 2015: 268).⁵²

Con excepción de la Ciudad de México, en donde el acceso a esta pensión no contributiva forma parte de un sistema de protección considerado como un derecho universal, dentro de la estructura jurídica de la entidad; el resto de los programas de corte asistencial en los ámbitos federal y estatal son focalizados, excluyentes y heterogéneos, que además “operan sin un marco normativo general que integre este tipo de protección al conjunto de beneficios de la Seguridad Social” (ASF, 2015: 269).⁵³

III.5 El acceso a la Seguridad Social y al sistema de salud en México

Desde el surgimiento de los primeros esquemas de Seguridad Social occidentales, se vinculó el ejercicio de este derecho de la clase trabajadora con el acceso a la medicina preventiva y curativa. Producto de la Carta del Atlántico, el 20 de abril de 1944 la Organización Internacional del Trabajo emitió en Filadelfia la Recomendación 69, en que pide a todos los estados brindar asistencia médica preventiva y curativa con carácter universal, destacando algunos de los siguientes principios para su aplicación (OIT, 1944):

- “El costo del servicio debería financiarse colectivamente mediante pagos regulares y periódicos, en forma de cotizaciones al seguro social, en forma de impuestos, o en las dos formas simultáneamente.”

52 De los 13 estados que han establecido programas de transferencias a los adultos mayores, cuatro lo hacen a través de tipos de apoyo no monetarios y que consisten en “despensas” otorgadas de forma mensual o bimestral

53 En 2013, el 33% de los 1.4 millones de adultos beneficiarios a través de estos esquemas residía en la Ciudad de México, que otorgaba a su vez el monto económico más alto para estas pensiones no contributivas (897.3 pesos mensuales). La pensión más baja reportada se otorga en el estado de Sonora (200 pesos mensuales) (ASF, 2015: 267-268).

- “La asistencia médica debería prestarla un servicio de asistencia médica del seguro social, completado por la asistencia social [...]”
- “El servicio de asistencia médica debería amparar a todos los miembros de la comunidad, desempeñen o no un trabajo remunerado.”
- “Cuando la asistencia médica la preste un servicio del seguro social, todos los miembros de la comunidad deberían tener derecho a obtenerla por el hecho de estar asegurados, y [...] a expensas de la autoridad competente, si sus recursos económicos no les permiten sufragarla.”
- “Todos los miembros adultos de la comunidad [...] cuyos ingresos no sean inferiores al nivel de subsistencia, deberían cotizar al seguro.”

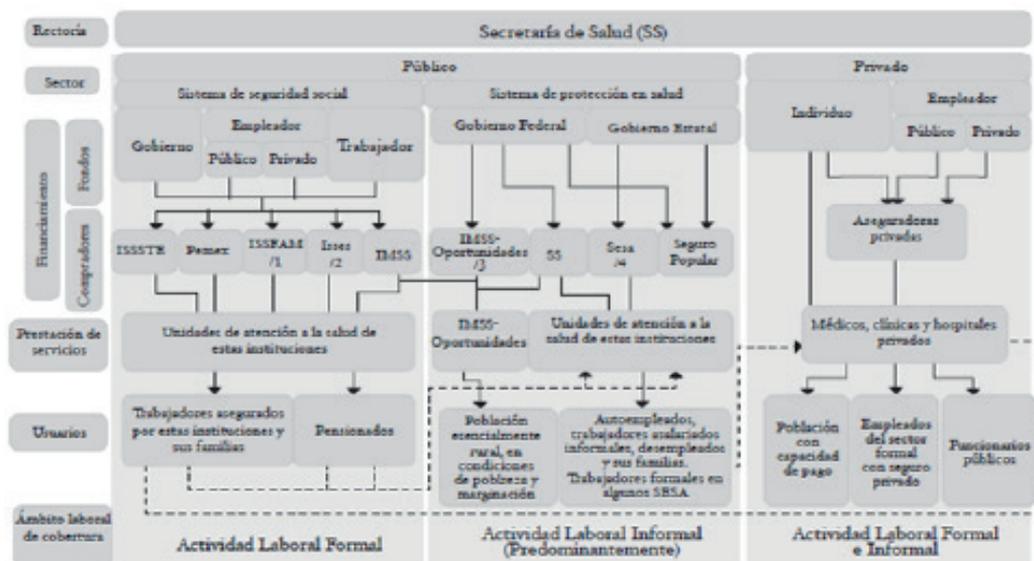
En estas recomendaciones se abogaba también por un sistema de salud unificado y coordinado, con el objetivo de que los recursos materiales e infraestructura médica pudieran utilizarse de forma planificada y racional. En oposición a lo anterior, el surgimiento y la evolución de las instituciones de Seguridad Social en México, estuvo marcada por una política de tipo clientelar mediante la cual el Estado mexicano fue otorgando una serie de derechos, primero al ejército y a los trabajadores formales del sector privado, y posteriormente a los trabajadores del Estado y de las grandes empresas paraestatales. Estas instituciones estaban encargadas de otorgar, de forma autónoma, los diferentes seguros de corte bismarckiano, así como el acceso a la asistencia médica, y en algunos casos, a diferentes prestaciones de carácter social, deportivo, cultural y recreativo.

Precisamente esta peculiar asociación de la asistencia médica a cada una de las instituciones de seguridad social en México, ha ocasionado una fragmentación en la prestación de este servicio, con coberturas diferenciadas, al mismo tiempo que al asociarse estrictamente al empleo formal, limita el cumplimiento del derecho humano a la salud para la mayoría de los mexicanos. En la actualidad, la asistencia médica está articulada en el denominado “Sistema

Nacional de Salud” conformado por el sector público, que como se ve en el Gráfico 3.2, está integrado por el sistema de Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, ISSSFAM, PEMEX e Institutos de Seguridad Social Estatales) y el sistema de salud de protección para población sin cobertura, a cargo de la Federación y los Estados (Gráfico 3.2). Adicionalmente, el Sistema Nacional incluye al sector privado, en el cual se atiende la población con capacidad de pago y trabajadores de nivel medio y alto del sector formal (incluyendo funcionarios públicos) que cuentan, mediante prestación, con seguros privados.

Como se ha mencionado (Gráfico 3.1), el grueso de la población trabajadora mexicana que no cuenta con acceso a la Seguridad Social (50.9%) y se atiende sobre todo mediante los servicios de asistencia médica, entre los que el denominado Seguro Popular, es el de mayor cobertura; no obstante, tiene un alcance limitado y deficiente, debido a que se restringe a ciertos padecimientos y no cuenta aún con la infraestructura, personal y medicamentos suficientes para atender la demanda (Laurell, 2013: 114).

Gráfico 3.2 — México: Sistema Nacional de Salud e instituciones de Seguridad Social, 2014



Fuente: modificación de Martínez y Cabestany (2015: 4) con base en Onofre (2012) y ASF (2015:314).

III.6 Debilitamiento de la Seguridad Social y el rompimiento de la solidaridad

Con la globalización se inicia un periodo de quebrantamiento de las instituciones que garantizaban la reproducción social dentro del contrato laboral, haciendo más vulnerables a los trabajadores y reforzando su estatus de mercancía, a tal grado que sus condiciones de explotación e inestabilidad laboral pueden compararse con las que prevalecían en los siglos XVIII-XIX.

En el caso de México, durante el periodo posrevolucionario se fue construyendo un incipiente estado de bienestar (EB) dual: por un lado, se crearon instituciones administradoras de beneficios asociados a la obtención de un empleo formal, cuyas particularidades se asemejan más a lo que Esping-Andersen denominó modelo de EB corporativo; y por el otro, se desarrolló un “subsistema” de salud para población no derechohabiente a cargo de la Secretaría de Salud, cuyas características se asemejan más al modelo residual, en el cual el servicio se otorga sólo en los casos que el mercado y la familia fallan. Sin embargo, en éste último “subsistema” residual se dejó sin atender el resto de los aspectos de la Seguridad Social, como el de las pensiones (por vejez, invalidez y muerte). Pero mientras por un tiempo se buscó consolidar los sistemas comprensivos de Seguridad Social, a partir de la crisis de los años ochenta, el pseudo EB mexicano inició una serie de reformas que conllevaron a la reducción de los beneficios para los trabajadores formales, al mismo tiempo que se desarrollan programas asistencialistas para los pobres extremos.

Los seguros sociales en México se diseñaron bajo el supuesto que las pensiones serían solventadas por un sistema tripartita de aportaciones (estado, empleador y trabajador), para la constitución de un *capital social*, el cual crecería a la par de las necesidades impuestas por el cambio en la estructura de edad. Para ello, el diseño suponía que la cuota podía incrementarse paulatinamente para hacer frente al proceso de envejecimiento. Como en cualquier otro seguro, el capital ahorrado requería ser invertido para que no perdiera su valor. El Estado tenía la función de ser garante de los fondos; los beneficios futuros estaban claramente definidos desde un inicio; suponía que la solidaridad inter-

generacional⁵⁴ sólo se daría en un inicio, en lo que se lograba la consolidación del capital social, pero se proyectaba que el propio capital social sería auto-suficiente y sólido para proveer los recursos necesarios para el retiro futuro.

El Estado mexicano fue omiso de su obligación de garantizar el mantenimiento del capital social, y las cuotas de la Seguridad Social pagadas por los trabajadores y empleadores para este fin, fueron utilizadas para la inversión en infraestructura y gasto corriente (así como otros gastos que nunca fueron transparentados), sin que se restablecieran los fondos que permitirían darle sustentabilidad al sistema y, eventualmente, financiar y universalizar las pensiones.⁵⁵

La debilidad de los fondos de pensiones se agudizó con la crisis del capitalismo de los setenta, la baja generalizada de los salarios, la reducción del empleo formal y con el aumento en la esperanza de vida, lo que llevó a académicos, organismos internacionales y algunos gobiernos a poner en tela de juicio la viabilidad de este esquema. Pero en el fondo, la reestructuración de los sistemas de pensiones, en la que se implantan las cuentas individuales, constituye una pieza clave de la reforma social neoliberal, al permitir crear grandes fondos de financiamiento en manos de la iniciativa privada, además de reducir sustancialmente el monto de las pensiones.

La primera reforma en la que se introducen las cuentas de ahorro individual como opción única para obtener una pensión, se llevó a cabo en Chile durante la dictadura de Pinochet. José Piñera, ministro del Trabajo de Pinochet, y promotor del sistema privado de pensiones a escala mundial, presentó el esquema como una “liberación” de los trabajadores:

“Los símbolos son importantes, y escogimos el 1° de mayo [de 1981] como fecha de nacimiento del sistema privado de pensiones, para permitir a los trabajadores celebrar ese día no como uno de lucha de clases, sino como el día en que ganaron la libertad de controlar sus recursos para el retiro y se liberaron de las cadenas del seguro social estatizado” (citado en Pierre, 2015:1)

54 Es decir, que la población activa contribuya a pagar las pensiones de los más viejos y desvalidos.

55 Este fondo pudo haberse creado con los excedentes de petróleo, y actualmente podría financiarse aplicando impuestos a las transacciones en la bolsa, los boletos de avión, la entrada y salida de capitales, etc.

El sistema de cuentas individuales en América Latina se generalizó en los años ochenta y noventa, como resultado de los paquetes de ajuste estructural impuestos por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) a raíz de la crisis de la deuda, y como plantea Huber (2014), ello se debió al temor de estos organismos que en los países con sistemas de Seguridad Social avanzados, se presentaran problemas de disciplina fiscal y estabilidad presupuestaria, lo que reduciría su capacidad de pago de la deuda. Es decir, detrás de estas reformas estuvo el interés del capital financiero.

El fracaso de la reforma neoliberal de pensiones es evidente. La Organización Internacional del Trabajo (ILO, por sus siglas en inglés, 2015: 96) señala, que cerca de la mitad de los países que reformaron sus sistemas de Seguridad Social en América Latina y Europa del Este, han vuelto al modelo de reparto solidario o han hecho una mezcla entre ambos modelos, y que en 2010 solo existían nueve países en el mundo con sistemas basados únicamente en capitalización individual. Un informe del BM alertaba ya, en 2004, del fracaso de la reforma a la Seguridad Social en América Latina, derivado de la baja cobertura aún con los sistemas de cuentas individuales; el elevado costo de la transición en algunos países (como Bolivia o Argentina, y ahora México); los bajos niveles de pensiones; y las excesivas comisiones cobradas por las AFP (Administradoras de Fondos de Pensiones figura equivalente a las AFORES, Administradoras de Fondos para el Retiro). Esto último ha propiciado la creación de oligopolios, con grandes AFP que controlan el negocio de la administración del ahorro de los trabajadores (véase Gill, et al., 2004), como está sucediendo en México.⁵⁶

Pero el mayor problema de este sistema es que su diseño no permite a los trabajadores ahorrar lo suficiente para tener una pensión de sobrevivencia digna. El Informe Final de la Comisión Asesora para el Sistema de Pensiones en Chile, ilustra claramente el fracaso del sistema al señalar que la mediana de las pensiones en cuentas individuales, entre 2007 y 2014, fue de 34% del salario promedio de los últimos 10 años, y entre 2025 y 2035 esta tasa de reemplazo bajará al 15% (véase ,Centro de Estudios de las Finanzas Públicas de la Cámara de Diputados, 2015).

⁵⁶ Las comisiones cobradas sobre los saldos acumulados en México son las más altas de los países de la OCDE, y oscilan entre 0.89% y 1.14%, en comparación, por ejemplo, con las cobradas en Estados Unidos que van de 0.01% y 0.7% (Chaves, 1998). En lo que respecta a las comisiones en México véase http://www.consar.gob.mx/panorama_sar/comisiones_vigentes.aspx

Las reformas de los sistemas pensionarios en México se llevaron a cabo en 1995/97 (IMSS) y 2007 (ISSSTE). El Cuadro 3.1 muestra las diferencias en requisitos y beneficios de las leyes del IMSS de 1973 (sistema de reparto) y de 1995/97 (capitalizaciones individuales). Por ejemplo, con la de 1973, un trabajador tiene derecho a retirarse a los 60 años si cubrió 500 semanas de cotización, mientras que con la de 1997 sólo se puede jubilar a partir de los 65 años y requiere haber cotizado 1,250 semanas. Dada la resistencia de los trabajadores al nuevo esquema, la ley estableció el derecho para los trabajadores activos antes de la aprobación de las reformas, a optar por el sistema de su preferencia.

Cuadro 3.1. — Comparativo de requisitos y montos de pensión del sistema de reparto solidario y el de cuentas individuales, en el Seguro Social (IMSS)

Ley de 1973	Ley de 1997
Tener 60 o más años	Tener 60 a 64 años (Pensión por Cesantía) Tener 65 años o más (Pensión por Vejez)
Mínimo 500 semanas cotizadas ante el IMSS	Mínimo 1250 semanas cotizadas ante el IMSS
Del promedio del SBC* de los últimos 5 años cotizados. 60 años 75% 61 años 80% 62 años 85% 63 años 90% 64 años 95% 65 años 100% *Salario Base de cotización Pensión mínima garantizada (un salario mínimo)	<ul style="list-style-type: none"> - RENTA VITALICIA. Se contratará a una Aseguradora que administra el fondo, la cual da una cantidad mensual durante toda la vida restante del jubilado, cuyo monto depende de los ahorros realizados. - RETIRO PROGRAMADO. Si tiene recursos suficientes, lo puede contratar en la AFORE, programando el periodo durante el cual se recibirá un monto mayor a la Renta Vitalicia). El trabajador asume el riesgo de vivir más de lo previsto en el plan. - PENSIÓN MÍNIMA GARANTIZADA. Equivale a un salario mínimo y se otorga cuando los ahorros del trabajador no permiten ninguna de las otras dos opciones.
En caso de muerte se podrá contar con pensión de orfandad y/o viudez	Sólo bajo el Retiro Programado, los fondos restantes podrán ser reclamados por beneficiarios
25 días aguinaldo Préstamo de tres meses sin intereses	<ul style="list-style-type: none"> ● No hay aguinaldo. ● No hay préstamos

Fuente: elaboración propia con base en http://www.afore.com.mx/cual_sera_mi_pension_ley_73.php y http://www.afore.com.mx/cual_sera_mi_pension_ley_97.php

El estudio de la OCDE (OECD, 2015, Capítulo 3) reconoce que las pensiones basadas en el sistema de reparto son mucho más elevadas, y da ejemplos comparativos que concuerdan con lo señalado en el Cuadro 3.1. No sorprende que la mayoría de los trabajadores activos antes de las reformas hayan optado por los sistemas de reparto.

El objetivo fundamental del gobierno para llevar a cabo la reforma fue reducir la carga fiscal de las pensiones, derivada de la omisión de mantener y hacer crecer los fondos. No obstante, este objetivo no se cumplió, ya que se subestimó el costo fiscal de la transición, por lo que, aún cuando se tendrá una tasa muy baja de reemplazo mediante cuentas de ahorro individual, la OCDE propone que a la generación de transición se le obligue trasladarse a este sistema. El organismo carece de una visión crítica del modelo de cuentas individuales, pues su preocupación se centra en: 1) no perder esta enorme y creciente fuente de financiamiento para el sector privado global (a 17 años de iniciado este modelo en México, el ahorro acumulado de los trabajadores equivale a 15% del PIB); 2) evitar el “desprestigio y “desencanto” por las cuentas individuales, ya que el “antiguo sistema proporciona un monto de pensión bastante mayor que los ahorros acumulados [en cuentas individuales]” (OECD, 2015: 4); 3) aumentar el nivel de cotizaciones pagadas por los trabajadores a fin de que se logre ahorrar por encima de la pensión garantizada y erogar menor cantidad de recursos para cumplir con este derecho;⁵⁷ 4) flexibilizar las reglas de inversión de los fondos, para que un sector más amplio de inversionistas y especuladores tengan acceso a éstos, y 5) desarrollar el mercado de las empresas de seguros.⁵⁸

Ante la baja cobertura de los sistemas de pensiones en México, se han instaurado programas no contributivos para adultos mayores: en 2001 en la Ciudad de México, por parte del gobierno local, y en 2006 en todo el país, por parte del gobierno federal. En la Ciudad el programa tiene un carácter universal,⁵⁹

57 El porcentaje de aportación en el IMSS es de 5.15% por parte del empleador, de 1.125% por el trabajador y de 0.225% por el gobierno federal, que también aporta una cuota social de \$3.22 a \$3.88 pesos por cada día cotizado al mes para los que ganan hasta 15 mil pesos mensuales. En el ISSSTE el trabajador aporta 6.125% de su salario base y el sector público federal el 5.175%, más una cuota social de 5% del salario mínimo.

58 Los trabajadores deben contratar con sus ahorros un seguro que pague su pensión, la cual estará en función del monto acumulado, y tendrá una relación inversa a la esperanza de vida.

59 A pesar de ser un derecho, desde 2011 el gobierno local dejó de ampliar la cobertura y solamente otorga nuevas pensiones a medida que los beneficiarios fallecen. Según datos oficiales, en 2014 se cubría a 480 mil personas,

mientras que el del gobierno federal se focaliza a hogares en pobreza extrema;⁶⁰ además que el monto del beneficio es alrededor de la mitad del otorgado en la capital del país.⁶¹ Este tipo de pensiones, por ser muy bajas no contribuyen a la superación de la pobreza, como veremos adelante. Además de beneficios magros, los programas focalizados crean un contingente susceptible a la manipulación política y al clientelismo.

La OCDE culpa a la clase trabajadora de la falta de previsión para su futuro, cuando han sido el estado mexicano y los empresarios los que han mantenido los salarios bajos y el empleo inestable, además de evadir el pago de cuotas o realizar pagos con un salario reportado más bajo al que recibe el trabajador. Los nuevos esquemas de pensiones no contributivas, pueden llevar a que los propios empleadores incentiven a los trabajadores a tomar las pensiones de este tipo, y así evitar el pago de la prestación.

Las medidas propuestas por la OCDE corresponden a las recomendaciones del BM y del FMI, emitidas para “superar” la crisis del capitalismo a escala global iniciada en 2008 (véase Ortiz y Cummins, 2013), las cuales pretenden que los costos del ajuste sean pagados, una vez más, por los trabajadores.

III.7 Pobreza y características sociodemográficas de los adultos mayores en relación con la Seguridad Social

Recibir una pensión, y si ésta es contributiva o no, marca profundamente la condición de vida y la pobreza de los adultos mayores. Para constatar lo anterior, en este apartado se busca contrastar la situación de la pobreza de los adultos mayores con la de la población total, calculada con el Método de Medición Integrada de la Pobreza (MMIP), que como explican Boltvinik y Da-

aunque la población de 68 años y más ascendía a casi 605 mil personas, según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, ENIGH, 2014.

60 Originalmente el programa focalizó a la población objetivo mediante la incorporación de quienes tenían 70 años y vivían en hogares beneficiarios del programa Oportunidades (ahora Prospera) en las localidades de menos de 5 mil habitantes. La cobertura se fue ampliando a través de incorporar localidades de mayor tamaño y, aunque actualmente no se restringe a la población según el lugar donde habitan, las reglas de operación del programa dan prioridad a los beneficiarios de la Cruzada contra el Hambre, del Prospera y de los que no reciben una pensión superior a los 1,092 pesos (véase http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5421758&fecha=30/12/2015).

61 La pensión otorgada en la ciudad es de \$1,092 pesos y por el gobierno federal de \$580 pesos al mes, cuando el salario mínimo de 2016 es de \$2,191 pesos.

mián (2016), considera, para una estimación correcta, las tres dimensiones que determinan el nivel de vida de los hogares: ingreso, tiempo e indicadores de necesidades básicas insatisfechas. El índice sintético del MMIP combina ponderadamente el grado de satisfacción/insatisfacción que los hogares presentan en las tres dimensiones (para una explicación del método, véase Boltvinik, 1999).

Cuadro 3.2. — México: incidencia de la pobreza según estrato del MMIP para la población total y la que tiene 60 años y más, 2014 (%)

Estrato del MMIP	Población total	Población de 60 años y más
Indigencia	30.4	23.7
Pobreza intensa	23.9	22.5
Pobreza moderada	29.1	28.5
POBREZA	83.4	74.7
SANBRIT^a	7.6	8.8
Clase media	7.1	13.2
Clase alta	1.8	3.3
NO POBREZA	16.6	25.3
Total	100.0	100.0

^a **SANBRIT: Satisfacción de Necesidades básicas y requerimientos de ingreso y de tiempo.**

Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2014.

El Cuadro 3.2 contiene los porcentajes en cada estrato del MMIP,⁶² tanto para la población total como para la de 60 años y más, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2014 (ENIGH). Se observa que la pobreza es menor en la población de adultos mayores (74.7%) que en la total (83.4%); una diferencia importante se presenta en el estrato de indigencia, que alcanza 23.7% en los adultos mayores y 30.4% en la población total. En los otros estratos de pobreza (intensa y moderada) las diferencias son menores, pero los porcentajes son más bajos en la población de 60 años y más. En consecuencia, el estrato de no pobre es superior en este grupo poblacional (25.3% frente a 16.6%); la mayor diferencia se observa en el estrato de clase media.

62 La indigencia corresponde a la población que satisface en promedio menos de 50% de las normas del MMIP (necesidades básicas y requerimientos de ingreso-tiempo). Los clasificados en pobreza intensa satisfacen entre el 50 y menos del 66% de las normas; y los ubicados en pobreza moderada, satisfacen más de dos tercios, pero menos del 100% de las normas del MMIP.

La población de 60 años y más aparece con niveles más bajos de pobreza que el promedio de la población debido a que, por lo general tienen mejores indicadores en variables como vivienda, educación, acceso a la Seguridad Social, por ejemplo. Ello se refleja en el MMIP, que es un indicador multidimensional, que incluye además de ingreso, las variables de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) (educación, salud, tiempo disponible, vivienda y servicios de la vivienda), las cuales generalmente son acumulativas y tienden a mejorar con el tiempo. Por otra parte, los hogares tienden a ser más pequeños que los que tienen menores dependientes que deben mantener.⁶³ Pero, como veremos más adelante, la menor pobreza sólo se observa en población que tiene cobertura de la Seguridad Social formal, mientras que los que no reciben este tipo de beneficio o reciben pensiones no contributivas sufren mayor pobreza.

Las diferencias en el nivel de pobreza también se presentan al interior del grupo de 60 años y más, dependiendo de si reciben una pensión y, en caso de ser así, si ésta es contributiva o no. En 2014 la población de 60 años y más ascendía a 12.7 millones de personas, de la cual 44.3% no recibía ingreso por pensiones (Cuadro 3.3).⁶⁴ Los programas no contributivos (del gobierno federal “65 y más”, y de las demás entidades federativas, incluida la Ciudad de México)⁶⁵ cubrían al 31.4%, porcentaje mayor al de la cobertura de los sistemas de Seguridad Social contributivos (IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc.), que protegen sólo al 20.5% de los adultos mayores (Cuadro 3.3).

63 De igual manera, la mayor pobreza entre la población en general, se debe a la presencia de una proporción importante de hogares jóvenes con hijos pequeños que tienden a tener mayor pobreza que el promedio.

64 38.4% de los que no reciben pensiones continuaba laborando.

65 según la ENIGH, cerca de 335 mil personas recibían la pensión alimentaria para personas de 68 años y más en la Ciudad de México, cifra menor en 145 mil personas, de acuerdo con el registro administrativo del programa para ese año. Algo similar sucede con los otros programas de adultos mayores, es decir, tienden a estar sub-reportados en la encuesta o sobre-reportados en los registros administrativos.

Cuadro 3.3. — México: Adultos mayores según si reciben una pensión y tipo de ésta (contributiva y no contributiva), 2014

Recibe o no pensión y de qué tipo	Absolutos	Porcentaje
No recibe ingreso por pensión	5,641,802	44.3
Sí recibe ingreso por pensión	7,092,547	55.7
Pensión contributiva ^a	2,605,216	20.5
Pensión no contributiva	3,992,153	31.4
65 años y más	3,347,868	26.3
Otros programas de adultos mayores	644,285	5.1
Ambas: contributiva y no contributiva	495,178	3.9
Total	12,734,349	100.0

^a Incluye IMSS, ISSSTE, PEMEX, Defensa, Marina, etc.
 Fuente: elaboración propia con base en la ENIGH 2014.

El diseño de los esquemas de seguridad social, y por lo tanto el acceso a los seguros y pensiones asociados a este modelo, está basado en el modelo de familia tradicional, que supone la existencia de un proveedor varón que, a través de los beneficios relacionados con su empleo formal, da cobertura a esposa e hijos; en consecuencia, menos mujeres tienen Seguridad Social: 57.9% de la población de adultos mayores que no recibe pensión es mujer (Cuadro 3.4). Además, son éstas las que representan el mayor porcentaje de quienes reciben pensiones no contributivas (59.9% del total de las otorgadas por el gobierno federal y 61.4% de las de los estatales). Por el contrario, se observa que la percepción de pensiones contributivas es mucho mayor entre los hombres, los cuales representan 63.5% de quienes las perciben. Los hombres también predominan entre quienes reciben ambos tipos de pensión (Cuadro 3.4).

Cuadro 3.4 — México: adultos mayores según si reciben pensión y tipo de ésta (contributiva y no contributiva) por sexo (% horizontal)

Recibe pensión y tipo de ésta	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Población de 60 años y más	46.3	53.7	100.0
No recibe pensión	42.1	57.9	100.0
Sí recibe pensión	49.7	50.3	100.0
Pensión contributiva ^a	63.5	36.5	100.0
Pensión no contributiva	40.1	59.9	100.0
"65 y más"	40.4	59.6	100.0
Otros programas Adulto Mayor	38.6	61.4	100.0
Contributiva y no contributiva	54.7	45.3	100.0

^a Incluye IMSS, ISSSTE, PEMEX, Defensa, Marina, etc.

Fuente: elaboración propia con base en la ENIGH 2014.

La desigualdad en el acceso por tipo de pensión entre hombres y mujeres repercute en el ingreso que reciben por este concepto, ya que las pensiones no contributivas son mucho más bajas y ascendieron en promedio a \$585 pesos al mes frente a \$6,169 pesos promedio de las contributivas, según la ENIGH 2014; es decir, éstas últimas son 11 veces mayores que las primeras. Lo anterior conlleva una mayor incidencia de la pobreza entre quienes reciben pensiones no contributivas, como el "65 y más" (91.9%), frente a quienes reciben pensiones contributivas (51%). En los otros dos grupos (clasificados como los que reciben otro programa de adulto mayor y el de quienes no reciben) se observa un nivel de pobreza similar al del total en los adultos mayores (74.7%) (Cuadro 3.5).

Destaca el bajo nivel de indigencia que padecen quienes perciben pensiones contributivas (3.5%), y contrasta fuertemente, tanto con quienes son beneficiarios del programa "65 y más" (38.9%), como con los que no reciben pensión alguna (27.2%). El estrato de pobreza moderada es el de mayor peso en casi todos los grupos de adultos mayores, particularmente en el de los que reciben pensión contributiva. Este grupo tiene también los mayores porcen-

tajes en los estratos de no pobres del MMIP. El denominado SANBRIT⁶⁶ representa 14.6% frente a 4.5% en el grupo de los que reciben el “65 y más”; la clase media⁶⁷ 26.7% frente a 3.2%, y la clase alta 7% frente a 0.1% (Cuadro 3.5).

Cuadro 3.5 — Población de 60 años y más, según si recibe una pensión, tipo de ésta y estrato del MMIP, 2014 (%)

Estrato del MMIP	Tipo de pensión			No recibe	Total
	Pensión contributiva	65 y más	Otro prog. Adulto mayor		
Indigencia	3.5	38.9	20.7	27.2	23.7
Pobreza intensa	15.0	27.5	24.0	22.0	22.5
Pobreza moderada	32.6	25.5	28.7	28.0	28.5
POBREZA	51.0	91.9	73.5	77.2	74.7
SANBRIT ^a	14.6	4.5	9.4	9.1	8.8
Clase media	26.7	3.2	14.5	9.7	13.2
Clase alta	7.7	0.4	2.6	4.0	3.3
NO POBREZA	49.0	8.1	26.5	22.8	25.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

^a **SANBRIT: Satisfacción de Necesidades básicas y requerimientos de ingreso y de tiempo.**

Fuente: elaboración propia con base en la ENIGH 2014.

La pobreza por ingresos es menor que la del MMIP, pero la indigencia por ingresos es más alta que en el indicador integrado. Así, mientras quienes reciben pensión contributiva tienen una indigencia-MMIP de 3.5%, la indigencia-ingresos es de 16.1%

(Cuadro 3.6). Entre quienes reciben el “65 y más” la indigencia-MMIP es de 38.9% y la de ingreso de 51.7 por ciento. En los estratos de no pobres el de mayor peso es el SARI, estrato particularmente vulnerable a cambios negativos en el ingreso; de lo anterior se deduce que la carencia de ingresos (entre quienes son pobres en este componente) es bastante más aguda que en las otras dimensiones del MMIP, tiempo y NBI, lo que refleja el deterioro del poder adquisitivo del ingreso de los hogares en los que viven adultos mayores.

66 Población que satisface 100% las normas del MMIP o las rebasan en menos de 10%.

67 Rebasa las normas del MMIP entre 10% y 49%.

La falta de una pensión o su insuficiencia para cubrir lo necesario para no ser pobre, pueden obligar a la población de 60 años y más a continuar trabajando. De esta forma, 37%, se declaró ocupado (Cuadro 3.7) y de éstos 58.8% no recibe pensión. Por otra parte, de los ocupados que sí reciben pensión (41.2%) en su mayoría (68.4%) esta pensión proviene de un programa no contributivo de adulto mayor (Cuadro 3.8).

Cuadro 3.6 — Población de 60 años y más, según si recibe pensión, tipo de ésta y estrato de ingreso (Y), 2014 (%)

Estrato de ingreso (Y)	Tipo de pensión			No recibe	Total
	Pensión contributiva	65 y más	Otro prog. Adulto mayor		
Indigencia	16.1	51.7	31.9	39.4	37.7
Pobreza intensa	12.6	17.9	16.4	14.4	15.2
Pobreza moderada	22.6	15.8	20.5	19.4	19.1
POBREZA	51.3	85.4	68.9	73.3	72.0
SARI ^a	26.0	12.2	20.7	17.7	18.1
Clase media	20.3	2.2	8.8	7.6	8.7
Clase alta	2.5	0.1	1.6	1.4	1.3
NO POBREZA	48.7	14.6	31.1	26.7	28.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

^a SARI: Satisfacción de requerimientos de ingreso.

Fuente: elaboración propia con base en la ENIGH 2014.

Cuadro 3.7 — Actividad declarada por la población de 60 años y más, y si reciben o no ingreso por pensión, 2014.

Actividad	Porcentaje vertical	Recibe pensión (% horizontal)	
		No	Sí
Ocupado	37.0	58.8	41.2
Pensionado	15.3	0.4	99.6
Hogar	32.3	49.5	50.5
Otro (Discapacitado, desempleado y NE)	15.3	42.4	57.6
Total	100.0	44.3	55.7

Fuente: elaboración propia con base en la ENIGH 2014.

La insuficiencia de los recursos otorgados por concepto de pensiones lleva a que tan sólo 15.3% de los adultos mayores se declare pensionado y no realizar ninguna otra actividad (Cuadro 3.7), lo que confirma que la Seguridad Social en México protege de manera efectiva a una proporción muy baja de los adultos mayores. Asimismo, podemos ver que es sólo a través de las pensiones contributivas que es posible retirarse de manera definitiva del mercado laboral, ya que la gran mayoría de los que se encuentran en esta situación (86.8%) recibe este tipo de pensión, mientras que el resto (13.2%), la complementa además con un programa no contributivo (Cuadro 3.8).

Cuadro 3.8 — Personas de 60 años y más según actividad declarada, si reciben una pensión y tipo de ésta, 2014

Actividad declarada	Pensión Contributiva	Pensión no contributiva		Subtotal	Contributiva y no contributiva	Total
		65 y más	Otro Programa			
Ocupado	25.5	59.1	9.3	68.4	6.1	100.0
Pensionado	86.8	0.0	0.0	0.0	13.2	100.0
Hogar	15.9	66.7	13.6	80.3	3.9	100.0
Otro	8.1	72.3	16.2	88.5	3.4	100.0
Total	36.7	47.2	9.1	56.3	7.0	100.0

Fuente: elaboración propia con base en la ENIGH 2014.

Por otra parte, 32.3% de los adultos mayores declaró dedicarse al hogar, la gran mayoría mujeres, y aunque 50.5% recibe una pensión (Cuadro 3.7), ésta es mayoritariamente (80.3%) no contributiva (Cuadro 3.8). Finalmente, en el cuadro 3.7 se aprecia que, de los adultos mayores, 15.3% no trabajó por estar discapacitado, desempleado o no especificó su condición de actividad;⁶⁸ de éstos, 57.6% recibe ingresos por pensiones, sobre todo no contributivas (88.5%, Cuadro 3.8).

La información analizada muestra las enormes carencias de la población adulta mayor en México en materia de pensiones, la falta de cobertura de los sistemas formales en la vejez y la insuficiencia de los recursos otorgados, sobre todo en las pensiones no contributivas, para evitar la pobreza y permitir

68 Se trata de casi dos millones de personas en 2014, la mitad de ellas discapacitadas, el resto en su mayoría población que no especificó su condición de actividad y una pequeña parte que se declaró desempleado (cálculos propios basados en la ENIGH).

el retiro de la actividad económica en edad avanzada. Asimismo, se evidencia que la amplitud, cobertura y monto de las pensiones influye drásticamente en la estructuración social; así, mientras que recibir una pensión contributiva favorece la posibilidad de pertenecer a estratos sin pobreza, las no contributivas mantienen en esta condición a casi todo el que las recibe.

III.8 Conclusiones: la crisis permanente de la Seguridad Social en México

Cuando el gobierno federal realizó la primera reforma a la de la Ley del Seguro Social en 1995/97, aseguró que mediante el sistema de cuentas individuales los trabajadores podrían obtener una pensión digna; y además, que se lograría reducir la carga fiscal de las pensiones. Ninguno de estos dos objetivos se ha logrado, por lo que se plantea ahora reducir los derechos de los trabajadores de la llamada generación de transición, sin importar las afectaciones en el bienestar de los hogares. Desde su implantación, el actual sistema de pensiones mostró serias deficiencias, una de ellas “en su diseño normativo e institucional, ya que [...] se integró por una serie de pilares desarticulados y aislados entre sí”, además que “actualmente no existe una institución que integre, coordine y vigile la sostenibilidad del pago de la Seguridad Social en el largo plazo” (Auditoría Superior de la Federación (ASF), 2015: 275).

Las luchas históricas de la clase trabajadora, permitieron un acceso adecuado a esquemas de Seguridad Social de corte bismarckiano en México durante la segunda mitad del siglo XX. Las reformas de corte neoliberal, sin embargo, han buscado disminuir esta serie de conquistas laborales, donde quizá el principal pilar afectado sea el acceso a una pensión digna, sin desconocer la falta de cobertura y calidad del servicio de salud. De acuerdo con la última evaluación de la Auditoría Superior de la Federación al sistema privado de cuentas individuales, el denominado “Sistema de Ahorro para el Retiro” muestra “condiciones de capitalización [...] escasas para garantizar una pensión”, lo que hace prever “una tasa de reemplazo promedio apenas superior a una cuarta parte (26.0%) del último salario de los trabajadores en activo” (ASF, 2015: 312).

El panorama crítico descrito para el caso mexicano no es excepcional, y por el contrario, se generalizó a la región latinoamericana, que en su mayoría adoptó sin reticencias las recomendaciones de los organismos multilaterales, tendientes a una desarticulación y ruptura de los viejos esquemas solidarios de Seguridad Social. Sin embargo, algunos países latinoamericanos como Argentina, Chile y Uruguay, han iniciado un proceso de *reforma* a las reformas neoliberales, que ha llegado incluso a la estatización y unificación de los sistemas de pensiones (Marcel y Tapia, 2010: 48-59). En oposición a estas alternativas, el gobierno mexicano sugiere una reducción de derechos o elevar la edad mínima de jubilación y la tasa de contribución de los trabajadores al sistema privado de cuentas individuales (Posada, 2016).

La propuesta de la OCDE para supuestamente reducir la carga fiscal de las pensiones, es que quienes pertenecen a la generación de transición dejen de acumular derechos en el sistema solidario de beneficios definidos, e inicien el ahorro en cuentas individuales para lo que resta de su vida activa. Así, tendrían una pensión con un sistema prorrateo, es decir, compuesta de dos elementos: el de beneficios definidos y el de cuentas individuales.

Las recomendaciones de la OCDE, van en contrasentido de las propuestas realizadas por el grupo de expertos que analizó específicamente la situación de las pensiones en Chile, entre cuyas principales son: 1) Fortalecer y ampliar el Sistema de Pensiones Solidarias, aumentando la cobertura del Sistema de Pensiones Solidarias para cubrir, al menos, 80% de la población; y 2) Crear una AFP Estatal que compita con las mismas reglas que el resto de las AFP (Centro de Estudios de la Finanzas Públicas de la Cámara de Diputados, México, 2015: 7-8). Cabe destacar que la creación de esta AFP Estatal ha sido ya anunciada por la presidenta de Chile.

Es importante hacer notar también que la última propuesta del grupo de expertos, contrasta con la reciente aprobación en la Cámara de Diputados (diciembre de 2015) para desincorporar del ISSSTE al PENSIONISSSTE, única Afore pública que existe en México, en la cual el gobierno desea permitir la participación de la iniciativa privada.

Las propuestas y las políticas asociadas a la Seguridad Social, que en breve

se estarán discutiendo en el Congreso de la Unión, seguramente tenderán a reducir el ingreso disponible de trabajadores e inactivos dependientes, y se buscará mantener la condición de tener un empleo para obtener la ciudadanía, entendida ésta no sólo en términos de los derechos civiles y políticos, sino económicos, como planteaba T.H. Marshall (1964 [1963]). Esta situación se hace aún más grave en el contexto de la tendencia a la reducción relativa de los puestos de trabajo, que hace cada día más difícil conseguir alguno, por lo que es necesario repensar el sistema de protección social en su conjunto, mediante mecanismos como el del Ingreso Ciudadano Universal.

Referencias

Boltvinik, J. (1999), Anexo Metodológico, en J. Boltvinik y E. Hernández-Laos, *Pobreza y distribución del ingreso en México*, México, Siglo XXI editores, pp. 313-350.

Boltvinik, J. y Damián A. (2003), Mediciones de pobreza y los derechos sociales en México, *Papeles de Población*, núm. 35, pp. 101-136.

Brachet-Márquez, V. (2004), El estado benefactor mexicano: nacimiento, auge y declive (1822-2002), en J. Boltvinik y A. Damián (coords.), *La pobreza en México y el mundo, Realidades y desafíos*, México, Siglo XXI Editores.

Centro de Estudios de la Finanzas Públicas de la Cámara de Diputados (2015), Aspectos relevantes del Informe Final de la Comisión Asesora para el Sistema de Pensiones en Chile, Consultado en <http://www.cefp.gob.mx/publicaciones/nota/2015/noviembre/notacefp0362015.pdf>.

Conferencia Interamericana de Seguridad Social (1994). *Social Security in United States of America*. México: CISS.

Chaves Marin, R. (1998), Las pensiones en los Estados Unidos, Superintendencia de Pensiones, Departamento de Estudios Especiales y Valoración de Riesgos. Consultado en

<http://es.slideshare.net/RecuperacionCobreChileno/sistema-de-pensiones-estados-unidos>

Chávez Orozco, L. (1966), "Orígenes de la política de Seguridad Social", *Historia Mexicana*, 16 (2), pp. 155-183.

Esping-Andersen, G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge, Gran Bretaña: Polity Press.

Gill, Indermits S., T. G. Packard y J. Yermo (2004) "Mantener la promesa de la seguridad del ingreso en la vejez en América Latina", *En breve*, octubre, No. 53, Banco Mundial.

Himmelfarb, G. (1988 [1983]), *La idea de la pobreza. Inglaterra a principios de la era industrial*, México, D.F., Fondo de Cultura Económica.

Huber, E. (2004), "Globalización y desarrollo de políticas públicas en Latinoamérica", en J. Boltvinik y A. Damián, coords., *La pobreza en México y el mundo, Realidades y desafíos*, México, Siglo XXI Editores.

ILO (2015), *World Social Protection Report, 2014/15. Building economic recovery, inclusive development and social justice*.

INEGI (2015), *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 2014*, base de datos.

Marcel C., M. y W. Tapia (2010), *Efectos de la crisis financiera sobre las pensiones en América Latina* (Working Paper No. IDB-WP-152), IDB Working Paper Series. Consultado en <https://www.econstor.eu/handle/10419/115385>

Marx, K. (1999 [1867]), *El capital*, México/España (Col. Biblioteca del pensamiento socialista) (primera edición en español, 1975): Siglo XXI.

OECD (2015), *OECD Reviews of Pension Systems, México, 2015, Preliminary Version*.

OIT. Recommendation R069 - Medical Care Recommendation, 1944 (No. 69), Pub. L. No. R069§ Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo (1944). Filadelfia. http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:12100:0:NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312407

Pierre, M. (2015), "Jubilarse en el capitalismo de hoy. La clase trabajadora y los fondos de pensión", *Memoria, Revista de Crítica Militante*, Número 256, Año 2015-4, Consultado en: <http://revistamemoria.mx/?p=722>.

Posada, M. (2016), Perfilan más ahorro voluntario como única opción para jubilados, *La Jornada*. México.

<http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2016/08/23/ahorro-voluntario-unica-solucion-viable-para-jubilacion-shcp>

Sánchez Vargas, G. (1961). Factores de Desarrollo de la Política de Seguridad Social en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 23 (3), pp. 897-919.

Secretaría de Servicios Parlamentarios (2007), "Ley del Seguro Social, (21 de diciembre de 1995 Vigente), (12 de marzo de 1973 Abrogada)", *Cuaderno de Apoyo*, Centro de Documentación, Información y Análisis, Dirección de Bibliotecas y de los Sistemas de Información, Sad-03-07 diciembre. <http://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/archivo/SAD-03-07.pdf>.

Sigerist, H. (1999), "From Bismarck to Beveridge: Developments and Trends in Social Security Legislation", *Journal of Public Health Policy*, 20(4), pp. 474-496.

Villarespe Reyes, V. (2002), *Pobreza: teoría e historia*, México, Juan Pablo Editores, UNAM e Instituto de Investigaciones Económicas.

IV. Pensiones de vejez en México; entre la responsabilidad social y financiera

María Ascensión Morales Ramírez

Introducción

El financiamiento de los sistemas de pensiones es uno de los retos más importantes que enfrentan los países. Desde hace varias décadas se han realizado reformas a dichos sistemas, sin que hasta el momento, exista un consenso internacional sobre el tipo adecuado de reforma.

México no ha escapado a este panorama y al igual que en el escenario internacional, en el país se han efectuado diversos tipos de reformas a los sistemas de pensiones. Las reformas iniciaron en 1995 en la Ley del Seguro Social (LSS), posteriormente, en 2007 en la Ley de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (LISSSTE) y desde principios del siglo XXI en los sistemas de pensiones de las entidades federativas.⁶⁹

La mayoría de las leyes de Seguridad Social estatales fueron promulgadas durante los años 80.⁷⁰ Al igual que las leyes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), las leyes de las entidades federativas tenían como característica común el haber adoptado como sistema de financiamiento el de

69 Aunque la reforma a la Ley de Nuevo León se realizó en 1993.

70 Con excepción de la ley de Oaxaca que databa de 1958 y la de Sonora de 1962.

reparto. Este sistema consiste en que la generación activa asegura que las siguientes financien sus pensiones en el futuro. La ley establece un mínimo y un máximo, una fórmula de acuerdo con los años y las cotizaciones realizadas. Por su parte el Estado, a través de un organismo central, asume la responsabilidad de proporcionar la prestación; por ello, se reconocen dentro de sus características, ser de beneficios definidos, cotizaciones indefinidas, método financiero de reparto y administración pública.

En todos los casos nacionales, el argumento central para las reformas ha sido la “viabilidad financiera” de los sistemas de pensiones. En este marco, resulta de gran importancia el estudio de década y media de reformas estatales en materia de pensiones de jubilación y vejez, con el propósito de: conocer la tendencia seguida en las mismas, encontrar las convergencias y las divergencias entre los modelos resultantes, saber los aspectos que han dado lugar a criterios judiciales, a pesar de tratarse de reformas recientes, e identificar los temas no abordados.⁷¹ Es importante señalar que en el análisis comparativo, se optó por emplear un lenguaje convencional a fin de homologar conceptos y prestaciones, que en las diversas leyes reciben una denominación distinta.

IV.1 Reformas Estatales

IV.1.1. Modelos

Las reformas a las pensiones estatales han ocurrido a partir de 2001 y hasta 2015, con excepción de la Ley de Nuevo León, que se promulgó en 1993.⁷²

De acuerdo con la clasificación internacional que la doctrina realiza sobre las reformas a los sistemas de pensiones, las efectuadas en las entidades federativas, también pueden clasificarse en: a) paramétricas, b) estructurales y c) mixtas.

IV.1.1 a) Reformas no estructurales o paramétricas.

Tienen como objetivo mejorar la viabilidad financiera de los sistemas, a través de realizar ajustes o modificaciones en aspectos como las condiciones y

71 Las reformas consideran disposiciones para los pensionados, los activos y las nuevas generaciones.

72 En Querétaro, las pensiones están reguladas en la Ley de los Trabajadores del Estado.

requisitos para el otorgamiento de la pensión (incremento en las edades de retiro) o en los parámetros financieros (aumento en los años de cotizaciones y el monto de las mismas, fijan un cálculo para el monto de la pensión, establecen límites de pago y forma de actualizar las pensiones, entre otros).⁷³

IV.1.1 b) Reformas estructurales.

Sustituyen el sistema tradicional por un nuevo modelo, en el cual cambian los beneficios, cotizaciones, administración y financiamiento, además de responsabilizar al trabajador sobre sus propias necesidades: sistema de capitalización o ahorro individual.

IV.1.1 c) Reformas mixtas.

Sin sustituir el sistema de pensiones tradicional o algunas de sus instituciones, lo complementan con fuentes de diverso origen, generalmente de índole privada, a fin de compatibilizar la existencia de un nivel básico de protección, en salvaguarda del principio de solidaridad⁷⁴ (sistema de reparto perfeccionado y complementado con el sistema de capitalización individual).

73 De acuerdo con la OIT, las reformas paramétricas también involucran la adopción de medidas encaminadas a mejorar la gestión, la gobernabilidad, el grado de cumplimiento de las obligaciones, el equilibrio financiero y el actuarial, la eficiencia, el pago de pensiones adecuadas, hacer más estrictas las condiciones de acceso, eliminar los regímenes de privilegio y las prestaciones generosas.

74 Combina un componente público con una prestación "definida" y otra complementaria con prestación no definida (sometida a los vaivenes del mercado). Esta opción responde a una estructura de diferentes "pilares", con la que se pretende consolidar los sistemas de base, establecer formas complementarias que de manera integrativa proporcionen un ingreso en la vejez.

Cuadro 4.1 — Tipos de reformas pensionales estatales

Paramétricas	Estructurales	Mixtas
<ul style="list-style-type: none"> ● Guerrero ● Puebla ● Oaxaca ● Sonora ● Veracruz ● Zacatecas ● Querétaro ● Baja California ● Campeche ● Chiapas ● Michoacán 	<ul style="list-style-type: none"> ● Chihuahua ● Coahuila ● Nuevo León ● Sinaloa ● Tlaxcala 	<ul style="list-style-type: none"> ● Aguascalientes ● Durango ● Estado de México ● Guanajuato ● Jalisco ● Tabasco

Fuente: Elaboración propia

IV.2 Convergencias y divergencias

Es posible encontrar las convergencias y diferencias entre los modelos resultantes, en aspectos generales; y en aspectos específicos, sólo es viable entre las reformas paramétricas y las mixtas por lo que hace al componente de reparto, y entre las estructurales y mixtas respecto al componente de capitalización individual.

Independientemente del tipo de reforma seguido, se observa que los tres modelos de reformas convergen en los siguientes aspectos:

- Fijaron edades, cuando antes no se exigía una edad determinada.
- Aumentaron las edades de retiro, en las pensiones que ya tenían un mínimo de edad establecido para obtener la prestación.
- Incrementaron las cotizaciones, no solo para el trabajador sino para la entidad pública.
- La gran mayoría de las leyes, homologaron los años de cotización para el hombre y la mujer.
- Algunas de las leyes establecieron cotizaciones para los pensionados, con cargo a su propia pensión.

IV.2.1 Pensiones

En atención a los anteriores elementos, el tipo y las características que asumieron las pensiones en los diferentes modelos, son las siguientes:

a) Paramétricas

- i. *Pensión por jubilación.* Además de exigir un determinado número de años de servicio, ahora se fija una edad mínima para el otorgamiento de la pensión. Predominan los 65 años, con excepción de Sonora que no determina edad. Con relación los años de servicios, éstos fueron incrementados, encontrándose la exigencia de 30 y hasta 35 años. Igualmente, las leyes han unificado las edades y años de servicio tanto para hombres como para mujeres, con excepción de la ley de Oaxaca, que permite a la mujer retirarse de la actividad laboral con menos años de edad y servicio que el hombre.
- ii. *Pensión de vejez.* Este tipo de pensión establecía como requisitos una determinada edad y un mínimo de años de servicio. En la actualidad, las leyes incrementaron las edades en promedio a 65 años, con excepción de las leyes de Sonora que determina 55 de edad y Guerrero 60 (aunque en la práctica resultan ser mayores al aplicarse el denominado sueldo regulador).⁷⁵ Respecto de los años de servicio, predominan los 15 años como mínimo, con excepción de Guerrero y Querétaro que determinan 20 años.
- iii. *Pensión anticipada.* Tres leyes establecen el “retiro anticipado” para el cual determinan también una edad mínima y, en su caso, ciertos años de servicios. Predominan los 60 de edad y 15 de servicios.
- iv. *Pensión por Cesantía en edad avanzada.* Este tipo de pensión también establece una edad y un mínimo de años de servicio. La ley de Puebla fija 70 de edad y la de Sonora 60 años, ambas determinan 10 años de servicio.

b) Mixtas

- i. *Pensión por jubilación.* Las edades van desde los 56 a los 65 años, y años de servicio de 30 a 35. La ley de Durango conserva una edad menor para el retiro de la mujer a 56 de edad. Por su parte, las leyes de Guanajuato y Tabasco mantienen la diferencia en los años

75

Sonora fija la vejez en 55 años de edad y 15 de servicios, pero se compensa con el denominado sueldo regulador.

de servicio, al fijar 28 para la mujer y 30 el hombre en Guanajuato, y 30 para la mujer y 35 para el hombre la de Tabasco, aunque fija como edad el 85% del índice de esperanza de vida, que para el Estado publique el Consejo Nacional de Población.

- ii. *Pensión de vejez.* La edad determinada va de los 60 a 65 años, con excepción de Durango que conserva también en esta pensión la diferenciación de edad, de 56 para la mujer y 58 para el hombre. Con relación a los años de servicio, se fijan de los 15 a los 20 años. Aguascalientes, Durango y Guanajuato se mantienen en 15 de servicio, en tanto el Estado de México 17 y Jalisco y Tabasco 20 años de servicio, aunque éste último lo liga al 85% de la esperanza de vida.⁷⁶

c) Estructurales

En este grupo de reformas se identifican modalidades y requisitos muy específicos, ya que no sólo consideran edad y tiempos de cotización, sino que algunas incluyen un factor de la esperanza promedio de vida de la población.

d) Requisitos para jubilación

- i. Tener la edad correspondiente al factor 85% y 35 años de aportaciones. (Chihuahua)
- ii. Que la suma de los años de servicio y la edad sea de al menos 94. (Coahuila)
- iii. Que la suma de los años de servicio y la edad sea igual o mayor a 88 en el caso de las mujeres y 92 en los hombres, o que tengan 65 años de edad. (Nuevo León).
- iv. Mínimo 65 años de edad y al menos 25 años de cotización. (Sinaloa)
- v. Pensión por vejez: Contar con la edad correspondiente al factor 80% y 20 años de cotización. (Chihuahua)

76

La Ley del Estado de México incluye también la modalidad de cesantía en edad avanzada.

Cuadro 4.2 —Tipos de pensiones

Paramétricas	Mixtas
a) Jubilación: 65 de edad, 30 a 35 de cotización b) Vejez: 65 de edad, 15 y 20 de cotización	
c) Retiro anticipado: 60 edad, 15 cotización d) Cesantía en edad avanzada: 60 edad, 10 cotización	

Fuente: Elaboración propia

IV.2.2 Cotizaciones

En materia de cotizaciones, únicamente es posible comparar las reformas paramétricas y las mixtas por lo que hace al componente de reparto, porque en el caso de las reformas estructurales, al tratarse de un ahorro individual, su conformación recibe un tratamiento diferente, y por tanto, se abordará en un rubro aparte.

a) Activos

La mayoría de las leyes de tipo reformas paramétricas y mixtas, no precisan una cotización específica para las pensiones de retiro (jubilación y vejez), porque el porcentaje aportado es utilizado para cubrir diversas contingencias y/o prestaciones, entre las cuales se encuentran las pensiones.

Conforme los aumentos de que fueron objeto las cotizaciones, puede señalarse que, en las reformas paramétricas, el pago de la cuota por parte del trabajador oscila entre el 5% y el 12% del sueldo básico, en tanto la aportación de la entidad pública (en su carácter de patrón) es del 6.8% al 24% de dicho sueldo.⁷⁷ Algunas, leyes fijaron cuotas y aportaciones con aumentos graduales al paso del tiempo.

77

Por la razón descrita anteriormente.

En las reformas mixtas, en el componente de reparto, el pago de la cuota por parte del trabajador oscila entre el 6.10% y el 11.97% del sueldo básico, en tanto la aportación de la entidad pública es del 7.42% al 19.22% de dicho sueldo. En el caso de Aguascalientes, la ley no establece un porcentaje, sino que deja la determinación a la Junta Directiva de la institución pública. Resulta novedosa la contribución obligatoria mixta que hace la Ley de Tabasco (cuenta de ahorro obligatorio, que veremos más adelante).

b) Pensionados

En los tres modelos de reformas es posible observar la fijación de cuotas para los ya pensionados. Dichas cotizaciones van del 3.5% al 12% de la pensión respectivamente, con aportación pública del 18.5% y 8.5%, ésta última aportación se estipula únicamente en los casos de Oaxaca y Puebla.

Cuadro 4.3 — Cuotas a los pensionados

Paramétricas	Estructurales	Mixtas
Oaxaca Trabajador: 9% Entidad: 18.5%	Chihuahua 12%*	Aguascalientes El % que determine la Junta Directiva
Puebla Trabajador: 3.5% Entidad: 8.5%	Coahuila 6.6%	
Veracruz 12%		
Zacatecas 6%		
Baja California el 3% del 7% del sueldo básico que se destina a pensiones.		
Campeche 6%		
San Luís Potosí 10%		

* *Se canaliza al Fondo de Pensiones Garantizadas*

Fuente: elaboración propia

Es importante señalar que la contribución de los pensionados ha sido objeto de criterios judiciales por su inconventionalidad, y por apartarse del Con-

venio 102 “Norma mínima de Seguridad Social” de la OIT,⁷⁸ al considerarse que es indebida y violatoria del derecho humano de igualdad, porque el pensionado aportó durante su vida laboral las cuotas respectivas para gozar del beneficio de la pensión, y no tiene por qué continuar aportando como si fuera un trabajador activo, aunado a que sus ingresos estarán supeditados solo a los aumentos que se autoricen a sus pensiones.

c) Cálculo de la pensión para computar la prestación

Con relación al cálculo para el cómputo y otorgamiento de la pensión, sólo es posible observar las convergencias ente las reformas paramétricas y las mixtas (componente de reparto). Al respecto, en las leyes predominan dos modalidades: el sueldo básico y el sueldo regulador, en donde ambos casos presentan variantes:

- i. Sueldo básico.* En las leyes se observa la consideración del 100% del promedio del sueldo básico percibido, bajo los siguientes supuestos: el último año,⁷⁹ los últimos tres o cinco años, e incluso, el promedio de determinados meses anteriores a la determinación de la pensión.⁸⁰
- ii. Sueldo regulador.* Consiste en un promedio ponderado de los sueldos, en atención a tres categorías:
 - a. Promedio de los sueldos cotizados en los últimos cinco años, previa actualización con el INPC (Ley de Zacatecas).
 - b. Promedio ponderado de los últimos diez años, previa actualización conforme al INPC (Ley de Sonora).

78 Sirve de ejemplo la jurisprudencia dictada por el Tribunal Colegiado en Materias de Trabajo y Administrativa del Décimo Tercer Circuito, el diez de octubre de 2014.

79 Guerrero y Oaxaca, el último año; Puebla, los últimos 5 años.

80 En la Ley de Aguascalientes, se toma en cuenta el sueldo básico de los 36 meses anteriores al retiro, para el trabajador de confianza y 12 meses para los sindicalizados. En la Ley de Guanajuato, el sueldo básico de los últimos cinco años. En la de Jalisco, se consideran el sueldo de los últimos tres años.

- c. Promedio ponderado de los sueldos de cotización de toda la vida laboral, previa actualización del INPC (Ley de Veracruz).
- iii. *Sueldo de referencia.* Consiste en el promedio de determinado sueldo básico sujeto a la conservación del nivel y rango salarial. En la Ley del Estado de México, se considera el sueldo de los últimos ocho meses, y en la de Durango el sueldo de los últimos cinco años.

d) Límites

En las reformas paramétricas algunas leyes establecen límites superiores al pago de las pensiones, que van desde un determinado número de salarios mínimos hasta una cantidad en específico. En este orden puede encontrarse que los límites oscilan entre 3.5 a 26 veces el salario mínimo. En las reformas mixtas (componente reparto) los límites oscilan entre 10 y hasta 35 veces el salario mínimo, con excepción de Aguascalientes que no fija límite.

e) Incremento del monto de la pensión

Las diversas leyes incorporan disposiciones para el incremento del monto de la pensión. Las reformas paramétricas, toman como denominador el aumento a los salarios mínimos generales en algunos casos, y en otros, el incremento a los sueldos de los trabajadores en activo, sin rebasar los límites máximos establecidos. Algunas leyes, no consideran expresamente el incremento a la pensión.

En las reformas mixtas las pensiones se actualizan, preferentemente, con base en el incremento a los sueldos de los trabajadores en activo, sin rebasar los límites máximos establecidos, con excepción de las leyes de Aguascalientes y Tabasco, que consideran el aumento conforme al salario mínimo.

IV.3 Capitalización individual

El sistema de capitalización individual o ahorro individual, en su modelo original, tiene las siguientes características:

- Contribución definida (fija y uniforme) para que los “afiliados” actuales y futuros financien sus propias pensiones, mediante el depósito de sus contribuciones en una cuenta individual, para ser invertido, y su rendimiento agregado a dicha cuenta.
- Prestación indefinida, porque depende de los ahorros que se acumulen. Cuanto más ahorre el trabajador, se supone, será más alta la pensión y viceversa, además de considerar otros factores que impactan la inversión de los recursos.
- Administración privada (parcial o total), por entidades financieras, generalmente privadas, con fines de lucro, de dedicación exclusiva, es decir, constituidas específica y solamente para esa función.
- Rol subsidiario del Estado, porque limita su participación a la definición del marco regulatorio, la fiscalización y a la entrega de apoyo financiero a los trabajadores de menores ingresos.⁸¹

Además, dentro de los aspectos básicos del sistema figuran la existencia de una cuenta individual, modalidades para pensionarse: renta vitalicia, retiro programado u otras combinaciones, un seguro de sobrevivencia, una pensión mínima garantizada y, en su caso, una pensión anticipada.

IV.3.1 Cuenta Individual

Una característica de las reformas estructurales es la introducción de la denominada “cuenta individual” a favor del trabajador, en donde se depositen las aportaciones, cuotas, rendimientos y cualquier otra cantidad que tenga derecho a recibir para el pago de su pensión.

a) Reformas Estructurales

La cuenta individual de las reformas estructurales de las entidades federa-
tivas, tiene particularidades diferentes en su integración incluso con las co-

81 Asociación Internacional de Organismos Supervisores de Fondos de Pensiones (AIOS), *La capitalización individual en los sistemas previsionales de América Latina*, 2003, pp. 3-4.

respondientes a las leyes del Seguro Social y del ISSSTE, aunque, en el fondo, comparten los mismos objetivos generales: establecer una fuerte vinculación entre el esfuerzo individual y el beneficio, así como reducir la inviabilidad financiera del sistema.

En las reformas estructurales estatales, la integración de la cuenta individual, comprende tres tipos de subcuentas:

- i. Ahorro obligatorio. Se trata de una contribución definida, que puede ser cubierta tanto por el trabajador como por la entidad pública.
- ii. Ahorro solidario. Es aquel en el cual tanto el trabajador como la entidad pública aportan hasta cierto porcentaje determinado por la ley.
- iii. Ahorro voluntario. Aportaciones realizadas por los trabajadores.

a).1 Integración con subcuentas de ahorro obligatorio y solidario

La integración de la cuenta individual con estas subcuentas aparece en las leyes de Chihuahua y Sinaloa.

- i. *Subcuenta de ahorro obligatorio.* Las reformas incrementaron las cuotas y aportaciones a esta subcuenta, y se dedica un porcentaje específico del sueldo básico:⁸² En la ley de Chihuahua aportan: el 12% del sueldo básico los trabajadores y el 13% la entidad pública. Adicionalmente la entidad cubre el 3% para las pensiones garantizadas y el 1% para los gastos de administración. En la ley de Sinaloa el trabajador aporta el 6.125% del sueldo y la entidad el 5.175%. Además, la entidad aporta el 5.5% como cuota social y el 1% para la pensión mínima garantizada.
- ii. *Subcuenta de ahorro solidario.* En Chihuahua el trabajador aporta hasta el 2% de su sueldo básico y la entidad 1.25% de lo que apor-

82 Salario sujeto a cotización. El que se integra con el total de las percepciones que en forma regular reciba el trabajador y que constituyen la base para el cálculo de las cuotas y aportaciones.

te el trabajador sin exceder del 2.5%. En Sinaloa el trabajador cotiza hasta el 2% y la entidad pública 3.25% por cada peso que aporte el trabajador hasta un tope máximo de 6.25% del sueldo básico.

a).2 Integración con subcuentas de ahorro obligatorio y voluntario

La integración de la cuenta individual con estas subcuentas aparece en las leyes de Coahuila y Nuevo León.

- i. Subcuenta de ahorro obligatorio.* En Coahuila los trabajadores aportan el 6.5% de sus percepciones totales y la entidad pública el 9% para vejez, y el 13% para retiro anticipado y mínima garantizada, con base en el sueldo tabular y quinquenio o prima de antigüedad para ambos casos. En Nuevo León aportan el 6% tanto el trabajador como la entidad pública.
- ii. Subcuenta de aportaciones voluntarias.* Los trabajadores pueden realizar las aportaciones vía descuento en nómina o en efectivo, o documentos aceptables por el Instituto.

b) Mixtas

En las reformas mixtas coexisten el sistema de reparto y el de capitalización individual en forma complementaria. Toca su turno, abordar el segundo componente. Al respecto, puede decirse que el componente de capitalización individual de las reformas mixtas de las entidades federativas, al igual que las de carácter estructural, también adoptaron sus propias particularidades.

b).1 Cuenta individual

La cuenta individual, figura importante de este componente, asume diferentes variantes en su integración y en la forma de cotizar, de tal suerte que pueden encontrarse las siguientes modalidades:

i. Una cuenta

a) *Cuenta de ahorro voluntario.* Con este carácter está determinada en las leyes de Durango, Guanajuato y Jalisco. En la primera ley, se trata de una cuota fija base determinada por el Consejo Directivo, a ser descontada en nómina, independientemente que el trabajador puede realizar aportaciones adicionales, en efectivo o por descuento en nómina.

b) *Cuenta de ahorro obligatorio.* La Ley de Tabasco presenta la novedad de tener un componente contributivo mixto obligatorio, esto es, el trabajador aporta, tanto para el reparto como para la capitalización, y en esta parte, su contribución es el 33.75% del porcentaje general para pensiones, que es del 62.50% respecto de la cuota global del 16% del sueldo básico.

ii. Dos subcuentas

La integración de la cuenta individual con dos subcuentas, está regulada en las leyes de Aguascalientes, Estado de México y Tabasco.

a) *Subcuenta de ahorro obligatorio.* En la ley del Estado de México, el trabajador aporta 1.40% del sueldo de referencia destinado a pensiones y la entidad pública el 1.85% de dicho sueldo. En la de Aguascalientes, sólo aporta la entidad pública el 2% del sueldo básico del trabajador.

b) *Subcuenta de ahorro voluntario.* Sólo aportan los trabajadores.

iii. Subcuentas

a) *Subcuenta de ahorro obligatorio.* Opera en la Ley de Jalisco únicamente para la entidad pública a razón del 2% del sueldo básico.⁸³

b) *Subcuenta de aportaciones voluntarias.* Aporta el trabajador.

c) *Subcuenta de aportaciones complementarias.* Aporta el trabajador.

83

Lo que antes era el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR).

Cuadro 4.4 — Tipos de integración de la cuenta individual

Estructurales Cuenta individual	Mixtas Cuenta individual
a) Ahorro Obligatorio b) Ahorro Solidario	1) Una cuenta: a) Voluntaria u Obligatoria
a) Ahorro Obligatorio b) Ahorro Voluntario	2) Dos subcuentas: a) Obligatoria b) Voluntaria
	3) Tres subcuentas: a) Obligatoria b) Voluntaria c) Complementaria

Fuente: Elaboración propia

b).2 Rendimientos

Las leyes de las reformas estructurales estatales, garantizan la generación de rendimientos de la cuenta individual, bajo diversos criterios:

- Que la tasa promedio del interés obtenido, sea superior a la tasa de inflación. (Coahuila).
- El saldo ajustado causará intereses a una tasa, en términos reales, no inferior a dos por ciento anual pagadero mensualmente.⁸⁴ El cálculo sobre los intereses se hará sobre el saldo promedio diario mensual de la propia cuenta. (Nuevo León)
- No inferiores a la tasa de inflación del período mismo, más dos puntos porcentuales. (Sinaloa).

⁸⁴ El saldo se ajusta al final de cada mes, en una cantidad igual a la resultante de aplicar al saldo promedio diario mensual de los propios recursos, la variación porcentual del INPC correspondiente al mes inmediato anterior al ajuste.

En las leyes de reformas mixtas, por lo que hace al componente de capitalización individual, señalan que los recursos de las cuentas individuales obtendrán rendimientos, pero no precisan criterios.⁸⁵

IV.4 Monto y modalidades para el pago de la Pensión

En el sistema de capitalización individual original, el monto de la pensión se determina por las contribuciones realizadas en la cuenta individual, más los rendimientos generados por la inversión de los recursos, y menos las comisiones correspondientes por la administración de dicha cuenta. Asimismo, el otorgamiento de la pensión puede adoptar la forma de rentas vitalicias con seguro de sobrevivencia, adquirido a compañías aseguradoras, o bien entregar el saldo de los ahorros acumulados en la cuenta, o, cubrir en pagos periódicos programados u otras combinaciones.

IV.4.1 Reformas estructurales

En el caso de las reformas estructurales de las entidades federativas, el monto de la pensión, además de considerar las contribuciones, rendimientos y comisiones, se regula por otras características específicas adicionales. Respecto al monto de la pensión, si bien existen las modalidades del sistema original, en el caso de las reformas estatales la pensión es otorgada por el propio Instituto Público y no por entes privados. En este sentido, tres de las leyes otorgan la pensión mediante la modalidad de una renta vitalicia con seguro de sobrevivencia; en tanto, la de Nuevo León permite optar entre dos: renta vitalicia y retiros programados.

- Renta vitalicia. Cantidad mensual que recibe el pensionado considerando la pensión de sobrevivencia, mediante el contrato que celebra con el Instituto.
- Pensión de sobrevivencia. La que contrata el pensionado con el Instituto para que a su fallecimiento los beneficiarios reciban la pensión correspondiente.

85 La Ley de Aguascalientes señala que la tasa promedio de interés obtenido, sea al menos igual a la tasa pasiva líder del mercado bancario, aplicable al horizonte de inversión del instrumento de que se trate.

- Retiro Programado. Cantidad que resulta de dividir el saldo de la cuenta individual del trabajador entre la esperanza de vida. En el caso de Nuevo León, los retiros programados procederán en el número de parcialidades, períodos y bajo los lineamientos que por resoluciones generales emita el Consejo Directivo del Instituto.

IV.4.2 Componente de capitalización individual mixta

En las leyes de este grupo, el componente de capitalización individual al ser complementario, asume características particulares. Sólo la ley de Aguascalientes otorga pensión, en tanto las otras establecen modalidades para el otorgamiento de los recursos acumulados en la cuenta.

La Ley de Aguascalientes establece que al cumplir los requisitos para el otorgamiento de una pensión de retiro, podrán optar por la devolución de sus recursos de la subcuenta obligatoria, bajo las siguientes modalidades:

i. Renta vitalicia. Contrato por el cual el Instituto, a cambio de recibir los recursos acumulados en la cuenta individual, se obliga a pagar periódicamente, de conformidad con el cálculo actuarial, una pensión durante la vida del pensionado o beneficiarios, en la forma y términos a que se refiere el Reglamento respectivo.

ii. Retiros Programados. Contrato por el cual el Instituto, a cambio de recibir los recursos acumulados en la cuenta de ahorro individual, se obliga a pagar en fracciones hasta su agotamiento, el monto total de los recursos acumulados en la cuenta individual para el retiro; para el cálculo de esto, se tomarán en cuenta la esperanza de vida de los pensionados, así como los rendimientos previsibles de los saldos.

Asimismo, dispone que las aportaciones voluntarias se otorgarán en una sola exhibición, o dichos saldos serán aplicados para incrementar los importes de la renta vitalicia o el retiro programado, según corresponda.

Las leyes de Durango, Estado de México, Jalisco y Tabasco determinan las siguientes modalidades.

i. Retiros programados. El pensionado determinará el monto mensual que desea recibir y se le entregará hasta que se extinga el capital, o en su caso, mediante una sola exhibición a sus beneficiarios, en caso de muerte.

ii. Retiros en una sola exhibición.

La Ley de Guanajuato no especifica la modalidad de la obtención de los recursos de la cuenta individual, sin embargo, señala que el ahorro voluntario es para propiciar mejores condiciones de retiro laboral.

Cuadro 4.5 — Modalidad para la obtención de la pensión o los recursos acumulados

Estructurales	Mixtas
a) Renta vitalicia con seguro de sobrevivencia b) Retiro Programado	a) Renta vitalicia b) Retiro Programado c) Retiro en una sola exhibición

Fuente: Elaboración propia

IV.4.3 Pensión mínima garantizada

Únicamente las reformas estatales estructurales consideran la figura denominada “pensión mínima garantizada”, para aquéllos que, a pesar de cumplir con los requisitos de ley para la jubilación, sus recursos no son suficientes para adquirir una renta vitalicia y su respectivo seguro de sobrevivencia. En tal supuesto, la pensión es completada con un aporte público. Su regulación es diferente en cada ley:

- Equivale a 60 días de salario mínimo (Chihuahua y Sinaloa).
- Se calcula con base en el salario regulador y su equivalente en salarios mínimos es 1 a 4 veces dicho salario (Coahuila).

IV.4.4 Pensión anticipada

Igualmente, sólo las reformas estructurales contemplan la pensión anticipada. Dos de las reformas adoptaron fórmulas que permiten cierta flexibilización relacionada con el ahorro, es decir, los afiliados pueden pensionarse

antes de cumplir las edades y/o los años de cotización, siempre y cuando los recursos acumulados en la cuenta individual permitan financiar el porcentaje regulado por las respectivas leyes.⁸⁶

En este orden de ideas, la ley de Chihuahua establece el retiro anticipado, cuando el trabajador pueda contratar una pensión de al menos el 30% de la pensión mínima garantizada, previo el descuento del seguro de sobrevivencia. Por su parte, la ley de Coahuila fija la edad de 63 años y 25 de cotizaciones para la pensión anticipada.⁸⁷

IV.4.5 Cálculo de la pensión

Una de las características del sistema de capitalización individual, es la “prestación indefinida”, esto es, la pensión no está definida porque al tiempo de retiro, el trabajador la recibe de acuerdo con el monto acumulado en su cuenta individual, monto que dependerá de factores diversos, como el sueldo, densidad de la cotización, el rendimiento de la cuenta individual y expectativa de vida al momento del retiro, entre otros. Las leyes de las entidades federativas regulan este aspecto de la siguiente forma:

- Coahuila. El monto será el resultado del cálculo actuarial que se efectúe a la fecha de solicitud de la pensión, tomando en consideración el saldo acumulado de las aportaciones obligatorias.
- Chihuahua y Sinaloa. El cálculo se realizará considerando la esperanza de vida del pensionado y de los beneficiarios, en su caso, así como los rendimientos previsibles del saldo de la cuenta individual.
- Nuevo León. El monto será la cantidad de recursos derivada del cálculo actuarial que se efectúe a la fecha de retiro del trabajador.

86 Al vincularse la posibilidad real de retiro con el ahorro del individuo, se corre el riesgo que aquéllos con menores ingresos no puedan alcanzar tal flexibilidad, con lo que se origina una evidente injusticia o inequidad.

87 En realidad, más que un retiro anticipado, vendría a equipararse a los requisitos de una pensión de vejez.

Respecto del monto de las aportaciones voluntarias, la Ley de Coahuila prevé dos supuestos: retirarlo en una sola exhibición o aplicarlo para incrementar el importe de la renta vitalicia. La Ley de Nuevo León sólo regula el primer caso.

IV.4.6 Incremento del monto de la pensión

Las leyes toman en cuenta diferentes factores para incrementar las pensiones, a saber: a) Índice Nacional de Precios al Consumidor (Chihuahua y Sinaloa), b) aumento del salario mínimo (Coahuila)⁸⁸, c) aumento porcentual de la inflación anual. (Nuevo León)

IV.4.7 Administración de las cuentas individuales

A diferencia del modelo original de capitalización individual y del modelo establecido en las leyes del IMSS y del ISSSTE, que comparten como característica común la participación de empresas financieras especializadas, generalmente privadas y con fines de lucro, tanto las reformas estructurales como las mixtas de las entidades federativas (en cuanto al componente de capitalización individual) dejan tanto la administración de las cuentas individuales, como la inversión de los recursos, a cargo del propio Instituto Público o a través de la creación de un programa o fondo.⁸⁹ Lo anterior, no impide cobrar un porcentaje por gastos administrativos, que en cualquier caso, siempre será mejor que tener una administración privada lucrativa.

Cuadro 4.6 — Administración de la cuenta individual

Estructurales Cuenta individual	Mixtas Cuenta individual
a) Ahorro Obligatorio b) Ahorro Solidario	1. Una cuenta: Voluntaria u Obligatoria*
a) Ahorro Obligatorio b) Ahorro Voluntario	2. Dos subcuentas: Obligatoria y Voluntaria
	3. Tres subcuentas: Obligatoria, Voluntaria y Complementaria

Fuente: elaboración propia

88 En los meses de enero y julio, en la misma proporción del salario mínimo.

89 En Jalisco queda a cargo de un Fideicomiso.

IV.5 Temas pendientes

IV.5.1 Estímulo de Permanencia

Debido a la mayor esperanza de vida, en el ámbito internacional se ha sugerido estimular a los trabajadores a permanecer en el empleo cuando ya cumplieron los requisitos para retirarse. Muy pocas de las reformas consideraron el otorgamiento del “estímulo de permanencia” y además lo hicieron alejadas de las propuestas internacionales. Donde se ha propuesto este estímulo, las leyes establecen que quienes cumplan con los requisitos de la jubilación y deseen continuar laborando, recibirán un incremento porcentual a su salario sujeto a cotización, pero dicho estímulo no formará parte del sueldo, por tanto, no se tomará en cuenta para integrar el monto de la pensión de jubilación.

IV.5.2 Portabilidad

Algunas leyes prevén la transferencia de los recursos de la cuenta individual, a otro régimen de Seguridad Social compatible con el sistema vigente. Esta figura se realizará a través de la celebración de los respectivos convenios entre las instituciones administradoras de la Seguridad Social.⁹⁰

IV.5.3 Mecanismos compensatorios por maternidad

Ninguno de los modelos de reformas consideró un aspecto de género importante: “el crédito o compensación de maternidad”. Es sabido que las mujeres enfrentan problemáticas específicas para ingresar al empleo, ser las primeras en salir del mercado de trabajo, permanecer más tiempo en el desempleo y quedarse al cuidado de los hijos, situaciones que a largo plazo obstaculizan acceder a una pensión.

El crédito de maternidad consiste en compensar económicamente el tiempo que consume el cuidado de los hijos o las discontinuidades en el trabajo por ese motivo, y registrar estos periodos tal como si la mujer hubiera estado empleada, y cotizando al sistema de pensiones, con el propósito de facilitar su acceso a una pensión de vejez.

90

Leyes de Chihuahua y Sinaloa.

IV.6 Conclusiones

El análisis de las diversas respuestas legales estatales, permite observar que, independientemente del tipo de reforma realizado, la tendencia general ha sido efectuar los ajustes en los aspectos que son considerados como defectos en el sistema de reparto, y que en el fondo tienen como objetivo común la viabilidad financiera. Por ello, se aprecia una vinculación más armónica entre aportaciones, beneficios y esperanza de vida.

Asimismo, surge el “sueldo regulador” como criterio predominante para el cálculo del monto de las pensiones, de tal suerte que el sueldo básico va perdiendo cada vez más fuerza. La actualización de las pensiones se determina en general conforme al salario mínimo o al Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Algunos aspectos que llaman la atención son: a) persiste la heterogeneidad respecto de las condiciones para el acceso a la prestación y en cuanto a su otorgamiento, a pesar que algunas leyes parecen replicar aspectos de otras; b) la portabilidad, únicamente se establece respecto de los regímenes con sistema similar, cuando la experiencia internacional ha demostrado su posibilidad entre diferentes esquemas; c) falta mucho en materia de una verdadera y real supervisión del sistema, para que las modificaciones realizadas se concreten; y d) el gran olvido ha sido la cuestión de género.,

Como reflexión final, las reformas pensionales estatales muestran otras alternativas, antes que optar por la capitalización individual, como hicieron en la Ley del IMSS y el ISSSTE, pero es necesario reforzar el aspecto de la viabilidad social y no sólo la financiera.

Referencias

Asociación Internacional de Organismos Supervisores de Fondos de Pensiones (2003), *La capitalización individual en los sistemas previsionales de América Latina*.

Ley de Seguridad y Servicios Sociales para los Servidores Públicos del Estado de Aguascalientes, *Periódico Oficial*, fecha de publicación el 29 de enero de 2001.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Gobierno y Municipios del Estado de Baja California, *Periódico Oficial*, con fecha de publicación el 17 de febrero de 2015.

Ley de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Campeche, *Periódico Oficial*, con fecha de publicación el 26 de diciembre de 2011.

Ley de Pensiones y Otros Beneficios Sociales para los Trabajadores de la Educación Pública del Estado de Coahuila, *Periódico Oficial*, con fecha de publicación el 6 de mayo de 2011.

Ley del Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas, *Periódico Oficial*, con fecha de publicación el 17 de septiembre de 2012.

Ley de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua, *Periódico Oficial*, con fecha de publicación el 21 de diciembre de 2013.

Ley de Pensiones del Estado de Durango, *Periódico Oficial*, con fecha de publicación el 5 de agosto de 2007.

Ley de Seguridad Social del Estado de Guanajuato, *Periódico Oficial*, con fecha de publicación el 16 de agosto de 2002.

Ley de Seguridad Social de los Servidores Públicos del Estado de Guerrero, *Periódico Oficial*, con fecha de publicación el 27 de diciembre de 2011.

Ley del Instituto de Pensiones del Estado de Jalisco, *Periódico Oficial*, con fecha de publicación 19 de noviembre de 2009.

Ley de Seguridad Social para los Servidores Públicos del Estado de México y Municipios, *Ga-*

ceta del Gobierno, con fecha de publicación 3 de enero de 2002.

Ley de Pensiones Civiles para el Estado de Michoacán, *Periódico Oficial*, con fecha de publicación el 25 de agosto de 2015.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Nuevo León, *Periódico Oficial*, con fecha de publicación el 13 de octubre de 1993.

Ley de Pensiones para los Trabajadores del Gobierno del Estado de Oaxaca, *Periódico Oficial*, con fecha de publicación el 28 de enero de 2012.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla, *Periódico oficial*, con fecha de publicación el 19 de noviembre de 2003.

Ley de Trabajadores al Servicio del Estado y Municipios de Querétaro, *Periódico Oficial*, “*La Sombra de Arteaga*”, con fecha de publicación el 10 de diciembre de 2015.

Ley de los Trabajadores al Servicio del Estado de Sinaloa, *Periódico Oficial*, con fecha de publicación el 30 de marzo de 2009.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora, *Boletín Oficial*, con fecha de publicación el 29 de junio de 2005.

Ley de Seguridad Social del Estado de Tabasco, *Periódico Oficial*, con fecha de publicación el 31 de diciembre de 2015.

Ley de Pensiones del Estado de Veracruz, *Gaceta Oficial*, con fecha de publicación el 21 de julio de 2014.

Ley de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Zacatecas, *Periódico Oficial*, con fecha de publicación el 21 de marzo de 2015.

Morales Ramírez, María Ascensión, (2012), *Modelos de Financiamiento de las Pensiones de Vejez. Hacia una viabilidad social y financiera*. México, Porrúa.

OIT, (2002), *Pensiones de Seguridad Social, desarrollo y reforma*, Ginebra.

V. Problemática financiera y actuarial de los sistemas estatales de pensiones y algunas consideraciones para su solución

*Rosa María Farell Campa*⁹¹

V.1 Problemática Actual

V.1.1 El problema de origen

Desde su nacimiento, los sistemas estatales de pensiones presentaron problemas en lo que se refiere a su equilibrio financiero-actuarial.

En la mayoría de los casos, sus esquemas de beneficios por pensiones y jubilaciones fueron retomados de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), si bien con características similares, pero no idénticas. Por otra parte, las cuotas y aportaciones que se establecieron en cada caso, fueron fijadas de acuerdo con las posibilidades financieras de los propios Gobiernos Estatales y con base en las negociaciones con los sindicatos de los trabajadores que se afiliarían a estos sistemas.

En otros términos, las cuotas y aportaciones que se fijaron no correspondían al costo actuarial real de los beneficios que por ley deberían otorgar, ya que fueron determinadas con base en criterios de tipo político o social, pero nunca como resultado de una valuación actuarial específica. Debido a esta situación, es posible afirmar que los sistemas de pensiones estatales nacieron sin

91

Actuaría por la Universidad Nacional Autónoma de México.

viabilidad actuarial⁹². Esta situación se ve reflejada en el hecho que la gran mayoría de los sistemas de pensiones estatales han debido hacer diferentes reformas a lo largo del tiempo, dada la insuficiencia de sus recursos financieros para hacer frente a los beneficios pensionarios que establecen sus leyes o en su caso, reglamentos.

De hecho, los trabajadores al servicio de los Gobiernos de las Entidades Federativas y con mayor razón de los municipios, debieron haber sido incorporados directamente ya sea al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Es decir, existiendo estas dos grandes instituciones federales, consideramos que resultaba innecesario establecer organismos de características similares a nivel estatal y, particularmente, municipal.

Como consecuencia de lo anterior, hoy existen más de treinta organismos estatales que, dentro de sus funciones, tienen la de otorgar pensiones. De hecho, en algunas entidades federativas co-existen dos organismos con la misma función, pero cubriendo uno de éstos solamente a burócratas y el otro, solamente al magisterio.

Esta situación también ha dado origen a que, en algunos estados como Morelos, Michoacán y Chiapas entre otros, reciban beneficios tanto del organismo estatal como del IMSS, lo que duplica tanto el beneficio, como el costo. En Campeche los beneficios del IMSS son complementarios, pero no adicionales a los del IMSS. Esta situación también ha provocado inequidades sociales, ya que en algunos Estados las pensiones son significativamente más generosas que en otros.

V.1.2 Eventos adicionales que han agravado su situación financiera y actuarial

En complemento a su problemática de origen, se han presentado otros eventos que han agravado las respectivas insuficiencias financieras y actuariales, como son los siguientes:

92 Viabilidad actuarial implica que existe suficiencia de recursos financieros para hacer frente a un esquema de prestaciones en el corto, mediano y largo plazo.

- Incremento en la esperanza de vida de los pensionados.
- Crisis económicas que han repercutido sobre las tasas de inversión de las reservas.
- Inadecuado manejo de las inversiones de las reservas actuariales.
- Traspaso de recursos de pensiones a otros ramos deficitarios, en la mayoría de los casos, a servicios médicos.
- Reconocimientos de antigüedades a poblaciones incorporadas en fecha posterior al nacimiento de la institución, sin respaldo actuarial.
- Tasas de crecimiento de trabajadores activos mucho más pequeñas que las tasas de crecimiento de jubilados y pensionados.
- Incumplimiento en el pago de cuotas y aportaciones por parte de las Tesorerías de los Gobiernos Estatales o considerable retraso en su pago.

Asimismo, quisiéramos destacar la ocurrencia de un fenómeno que ha tenido una incidencia negativa en este tipo de sistemas, pero difícil de haber previsto: la Reforma Educativa implantada en la actual Administración del Presidente Enrique Peña Nieto, ya que ha propiciado un incremento no esperado en la solicitud de jubilaciones y pensiones por parte del magisterio, que disminuyen el período de suficiencia de recursos financieros (cuotas, aportaciones y reservas actuariales).

V.2 Las Reformas que se han llevado a cabo en los Sistemas Estatales de Pensiones

Debido a que, como ya se mencionó, los sistemas estatales de pensiones carecieron de equilibrio actuarial desde su origen, resultó indispensable que efectuaran diversas reformas para responder al pago de beneficios pensionarios a los que obligan sus leyes o reglamentos correspondientes.

Técnicamente, existen diversos tipos de esquemas de pensiones, los más utilizados en nuestro país, son los siguientes:

- Esquemas de beneficio definido-costo variable (BD). Se denominan de esta manera debido a que en una ley o en un reglamento se establece la cuantía o monto de los beneficios que se otorgarán; es decir, el beneficio se encuentra perfectamente definido. Sin embargo, su costo es variable en el tiempo y depende de diferentes factores como pueden ser, entre otros, el monto de reservas actuariales acumuladas, la tasa de interés que se espera obtengan las inversiones de dichas reservas, la tasa de entrada a los diferentes tipos de pensión y la tasa de mortalidad de pensionados. A estos esquemas también se les conoce como “esquemas de reparto” y su financiamiento es colectivo. Para determinar su costo real es indispensable efectuar una valuación actuarial. Este tipo de esquemas acumulan pasivos actuariales importantes, no cubiertos o cubiertos parcialmente, con los recursos financieros que generan las cuotas y aportaciones al sistema de pensiones.
- Esquemas de contribución definida-beneficio variable (CD). En este caso, el costo o contribución permanece constante; es decir, está definido, pero debido a que su financiamiento es a través de las denominadas cuentas individuales, el monto del beneficio dependerá de lo que cada afiliado acumule en su propia cuenta hasta el fin de su vida activa. Es decir, el beneficio es lo que ahora es variable y diferente para cada uno de los trabajadores afiliados. El monto a obtenerse estará íntimamente relacionado con la tasa de interés de las inversiones de la cuenta individual, su carrera salarial, la edad en la que elija retirarse el trabajador, su expectativa de vida, si es casado o soltero, etc. Este tipo de esquema no genera pasivos actuariales, ya que siempre existe un respaldo financiero total para el pago del beneficio al que el trabajador tenga derecho.
- Esquemas nocionales o de cuentas individuales virtuales (CIV). A diferencia del caso anterior, en el que efectivamente, se depositan recursos financieros en las cuentas individuales de los trabajado-

res afiliados al sistema, en este tipo de esquemas solamente se registra, sin que exista un depósito real, el monto de recursos que deberán irse acumulando en las cuentas individuales en el tiempo, considerando tanto el monto de la contribución a la cuenta individual, como la tasa de interés que debería pagar su inversión. La tasa interés que virtualmente devengarán las inversiones es pactada de antemano. Este tipo de esquema genera pasivos actuariales muy importantes que además no están respaldados financieramente.

- Esquemas mixtos. Son esquemas que por lo general combinan un esquema de BD con esquemas de CI de diferentes maneras.

En el siguiente Cuadro se muestra, por Estado, si su sistema ya ha sido reformado, el número de instituciones que otorgan pensiones, si son financiadas a través de cuotas de los trabajadores (C) y aportaciones de las dependencias públicas (A) o con recursos públicos del Gobierno del Estado, así como el tipo de esquema de pensiones que tienen establecido.

Cuadro 5.1 —Entidades Federativas de la República Mexicana y sus sistemas de pensiones⁹³

Estado	Número Inst.	Financiamiento	Tipo de sistema	Reformado
1. Aguascalientes	1	C y A	Mixto	SI
2. Baja California Norte			ISSSTE	No
3. Baja California Sur	1	C y A	BD	SI
4. Campeche	1	C y A	BD	SI
5. Coahuila	2		BD y Mixto	SI
6. Colima	Funcionalmente es solamente un organismo para préstamos a los trabajadores	Gob. del Estado	BD	No
7. Chiapas	1	C y A	BD	SI

8. Chihuahua	1	C y A	CIV	SI
9. Ciudad de México	2	C y A	BD	SI
10. Durango	1	C y A	BD	SI
11.-Guanajuato		C y A	BD	SI
11. Guerrero	1	C y A	BD	SI
12. Hidalgo			ISSSTE	SI
13. Jalisco	1	C y A	BD	No
15. Estado de México	1	C y A	Mixto	SI
16. Michoacán	1	C y A	BD	SI
17. Morelos	Funcionalmente es solamente un organismo para préstamos a los trabajadores	Gob. Del Estado	BD	SI
18. Nayarit	1	C y A	BD	SI
19. Nuevo León	1	C y A	CD	SI
20. Oaxaca	1	C y A	BD	SI
21. Puebla	1	C y A	BD	SI
22. Querétaro		Gob. del Edo.	BD	SI
23. Quintana Roo			ISSSTE	SI
24. San Luis Potosí	1	C y A	BD	SI
25. Sinaloa	2	C y A	CIV	SI
26. Sonora	1	C y A	BD	SI
27. Tabasco	1	C y A	BD	SI
28. Tamaulipas	1	C y A	BD	SI
29. Tlaxcala	1	C y A	CIV	SI
30.-Veracruz	1	C y A	BD	SI
31.-Yucatán	1	C y A	BD	SI
32.-Zacatecas	1	C y A	BD	SI

Fuente: Elaboración propia

Del cuadro anterior se desprende que, a mayo de 2017, se habían reformado 29 sistemas estatales, algunos de ellos en varias ocasiones, por ejemplo, Guanajuato, Zacatecas, Puebla, Campeche, Estado de México, Veracruz.

Cabe resaltar que ninguno de los Estados que ya han efectuado reformas, ha replicado el tipo de reforma efectuada por las instituciones federales (IMSS e ISSSTE); aunque destaca la reforma del Estado de Nuevo León (ISSSTELEON) pionero en reformas basadas en sistemas de cuenta individual fondeada.

V.3 La Falta de un Diagnóstico Integral de la Situación Financiera y Actuarial Actual de los Sistemas Estatales de Pensiones

En el año de 1998, bajo el patrocinio de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y de la entonces Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo -actualmente, Secretaría de la Función Pública- y durante la Administración del Presidente Ernesto Zedillo Ponce de León, se llevó a cabo el primer y hasta la fecha, único Diagnóstico Integral Actuarial y Financiero de los Sistemas Estatales de Pensiones, elaborado bajo el estudio que se denominó la Valuación Actuarial Estandarizada de las Instituciones Estatales de Seguridad Social.⁹⁴

Este diagnóstico nunca fue actualizado posteriormente, por lo que, a la fecha, no se cuenta con información integral confiable de la situación financiera y actuarial que guardan las instituciones estatales de seguridad social. Sin embargo, cabe aclarar que, en la mayoría de éstas, la misma ley que las rige establece la obligación de llevar a cabo periódicamente una valuación actuarial, e incluso en muchas de las instituciones aparecen dichos estudios, en sus propios sitios en internet.

Por otra parte, actualmente, la Ley de Disciplina Financiera para Entidades Federativas y Municipios en vigor, establece la obligación de llevar a cabo una valuación actuarial de sus obligaciones por pensiones, al menos cada tres años. Será entonces muy factible, que con la información que recabe la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, se cuente entonces, nuevamente, con ese diagnóstico integral.

94 Farell Actuarios Asociados, S.C. ; Términos de Referencia para la Valuación Actuarial Estandarizada de las Instituciones Estatales de Seguridad Social. México, D.F. Mayo de 1998.

De acuerdo con información de la empresa Aregional, a julio de 2016 los estados con problemas de insuficiencia financiera en sus sistemas de pensiones en el período 2017- 2022, serían Chiapas, Colima, Durango, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Querétaro, San Luis Potosí y Tabasco.

Aún reformados, se observa en la mayoría de los sistemas estatales de pensiones una situación que consideramos particularmente grave, y que se refiere a que las inversiones de las reservas han sido hechas sin políticas de inversión diseñadas técnicamente a través de estudios de gestión de activos y pasivos (ALM por sus siglas en inglés). Estos estudios ofrecen los siguientes beneficios:

- Encuentran la mejor mezcla de liquidez, rendimiento y riesgo, con base en la estrategia de inversión que proponen.
- Propician la competencia entre instituciones financieras, tanto para administrar, como para invertir los fondos.

Asimismo, es indispensable que las instituciones estatales que ofrecen pensiones sean capaces de establecer

- Rendición de cuentas.
- Transparencia en el manejo de los recursos financieros que respaldan los beneficios por jubilaciones y pensiones.

Un punto que consideramos lamentable en lo que se refiere al manejo de este tipo de recursos, es el que se refiere a que han continuado invirtiendo en bienes inmuebles de difícil realización (hoteles, farmacias, centros comerciales, estacionamientos, etc.), por lo que en muchos casos no cuentan con la liquidez necesaria en el momento que se requiere y que, además, las tasas retorno de las inversiones llegan a ser incluso negativas en términos reales.

V.4 Algunas Consideraciones para su Solución

V.4.1 Puntos indispensables a tomar en cuenta frente al problema

Debido a la magnitud del problema que, de acuerdo con algunas estimaciones, puede llegar a ser del orden de entre 20% y 30% del Producto Interno Bruto⁹⁵, consideramos indispensable la intervención de la Federación, tanto para establecer lineamientos, como para facilitar recursos.

A continuación, mencionamos los que consideramos deberían de ser los puntos básicos a tomar en cuenta, frente a la problemática de los sistemas estatales de pensiones:

a) ¿Qué queremos?

- ¿Solucionar definitivamente el problema?
- ¿Solucionarlo solamente a corto y mediano plazo?
- ¿Que la solución tenga impacto en otras áreas del desarrollo nacional?

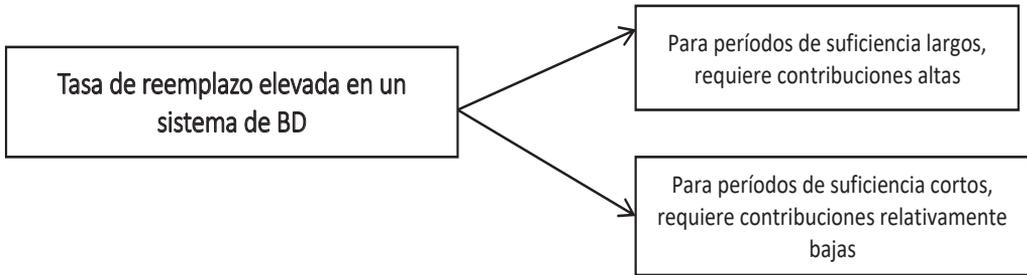
b) ¿Cómo equilibrar tasas de reemplazo adecuadas con montos de cuotas y aportaciones factibles, que permitan cumplir las expectativas del período de suficiencia deseado?

Uno de los problemas principales en un sistema de pensiones, consiste en lograr el equilibrio entre las tasas de reemplazo del salario -montos de las pensiones- que podríamos denominar como “adecuadas” en términos de las condiciones de vida de los pensionados como consecuencia del monto de sus pensiones, y el monto de las cuotas y aportaciones para financiarlas.

Bajo un sistema de beneficio definido, si deseamos tasas de reemplazo elevadas, para períodos de suficiencia largos, requeriremos contribuciones altas. Si deseamos cuotas y aportaciones de montos bajos, el período de suficiencia será consecuentemente, corto. Gráficamente se puede observar de la siguiente manera.

95

Fuente: Farell Grupo de Consultoría, S.C; mayo de 2017.



Bajo un sistema de contribución definida, si deseamos tasas de reemplazo elevadas, necesariamente requeriremos contribuciones altas.



c) ¿Qué alternativas de solución podemos considerar?

- Beneficio definido/reparto.
- Contribución definida/cuentas individuales.
- Mixto.
- Cuentas individuales virtuales.

d) ¿Cuándo debería implementarse una reforma?

- El momento ideal es al inicio o al final de un período de gobierno.

e) ¿Quién financiaría la transición del sistema que va ser reformado al nuevo sistema, producto de la reforma?

- Debería de ser una responsabilidad compartida Gobiernos Estatales/Federación, si se cumplen ciertos requisitos de viabilidad financiera.

V.5 La propuesta de la AMAC ⁹⁶

Ante las dificultades que hemos observado, la AMAC ha propuesto desde el año 2012⁹⁷, implantar un Sistema Nacional de Pensiones compuesto por tres pilares, del cual sólo presentamos una síntesis. Este Sistema sería aplicable a toda la población en general, sin distinguir que los afiliados laboraran en su caso, en el sector público o en el privado.

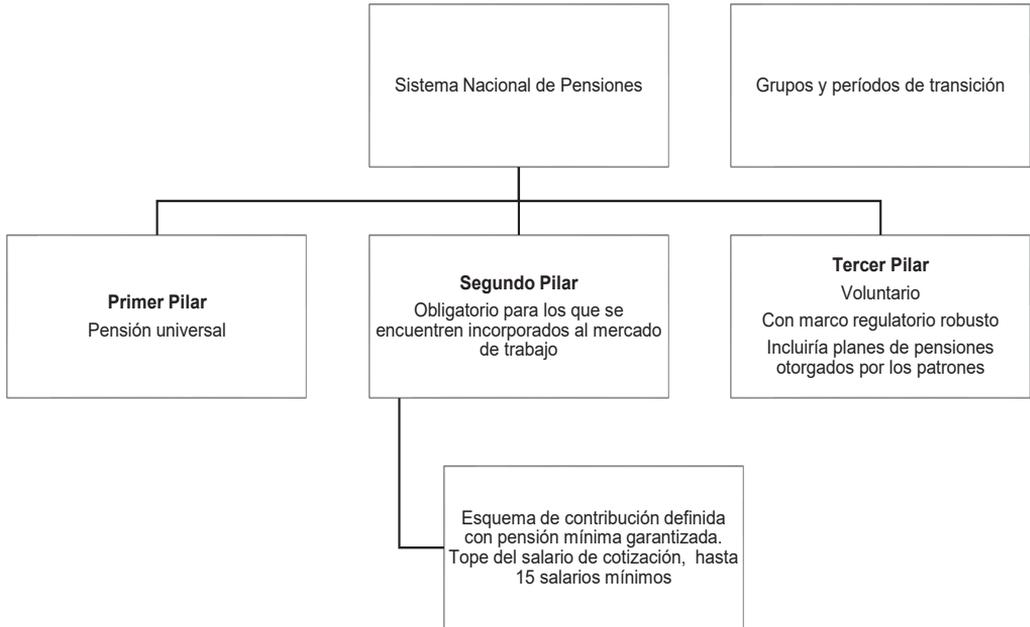
- Un primer pilar, que ofreciera a toda la población una pensión universal, financiada con recursos fiscales.
- Un segundo pilar, obligatorio para todos aquellos individuos que se encuentren incorporados al mercado de trabajo. Este pilar se conformaría por un esquema de contribución definida con pensión mínima garantizada. El tope del salario de cotización sería de hasta 15 salarios mínimos. Se financiaría con contribuciones de los trabajadores, patrones y el Estado.
- Un tercer pilar, voluntario con un marco regulatorio robusto, que incluiría tanto aportaciones voluntarias de la población en general, como de los planes de pensiones privados otorgados por los patrones y complementarios de la seguridad social.
- Considera también que existirá un buen número de grupos de transición, provenientes de todas las instituciones federales y estatales que hoy existen, y que tendrán que converger al nuevo sistema, durante un período de transición no menor a 70 años.

La propuesta de la AMAC se presenta esquemáticamente de la siguiente forma:

96 Asociación Mexicana de Actuarios Consultores, A.C.

97 Propuesta de la Asociación Mexicana de Actuarios Consultores para los candidatos a la Presidencia de la República.

Gráfico 5.1 —Propuesta de la AMAC sobre pensiones para México



Fuente: elaboración propia

V.6 ...Y mientras tanto

Se hagan o no reformas, se considera indispensable la adopción de **la Guía Mínima de Buena Gobernanza en Programas de Seguridad Social, emitida por la Asociación Internacional de la Seguridad Social**, en todos los organismos encargados de proporcionar beneficios pensionarios, que considera los siguientes aspectos relevantes:

- Sustentabilidad financiera.

- Mejores prácticas para inversiones de reservas actuariales (Gobierno Corporativo de Fondos de Pensiones).
- Seguimiento al pago oportuno de las contribuciones.
- Pago en tiempo y forma a los beneficiarios.
- Política de adecuación de beneficios otorgados en los programas.
- Política para prevenir, controlar y castigar la corrupción y fraudes en contribuciones, en inversiones y en beneficios.
- Política integral de revelación de información.
- Código de conducta.

VI. Las pensiones en las universidades⁹⁸

Roberto Salcedo Aquino

Resumen ejecutivo

Este capítulo expone la situación actual de los fondos pensionarios de las universidades en México.

El capital de las pensiones se construye con las cuotas de los trabajadores y sus patrones, así como con las aportaciones gubernamentales. En teoría, los intereses de los fondos pensionarios permiten, de manera suficiente y permanente, el pago de las obligaciones.

En las últimas décadas, el financiamiento se ha dado bajo un esquema de solidaridad intergeneracional: los jóvenes trabajadores y sus patrones pagan las pensiones de los más viejos, esperando que “otros trabajadores del futuro” costeen los fondos de los que actualmente laboran.

Este sistema de solidaridad entró en crisis en los últimos años. Los trabajadores que debían fondear las pensiones de los más viejos se redujeron drásticamente al pasar (según datos del ISSSTE) de 44 trabajadores activos por cada pensionado en 1970, a 2.8 en 2015. Esta situación provocó que las instituciones realizaran reformas estructurales a sus sistemas de pensiones.

98 Versión estenográfica presentada en el panel “Las pensiones en los estados y las universidades” de la Semana Nacional de Seguridad Social 2017, el 6 de abril.

En este Capítulo, se presenta la política implementada por las universidades para lograr la viabilidad financiera de sus fondos de pensiones, el apoyo del rescate del Gobierno Federal y las conclusiones de la fiscalización superior.

Introducción

Un pasaje del libro sobre Rómulo Magno, de Friedrich Dürrenmatt, presenta el diálogo entre Odoacro —jefe de la tribu germánica de los hérulos— y el emperador Rómulo Magno. He aquí el final del diálogo según Dürrenmatt:

Rómulo. ¡Mátame!

Odoacro. Eso no es una solución. Estás desesperado.

Rómulo. ¿Qué te propones hacer conmigo?

Odoacro. Voy a jubilarte.

Rómulo. La jubilación es lo peor que podría sucederme.

Odoacro. (Refiriéndose a sus oficiales). Están frente al emperador de Roma, rendidle honor.

Rómulo. El emperador disuelve su imperio.

Odoacro. Asigno al emperador de Roma el palacio de Lúculo en Campania; además de una pensión anual de seis mil monedas de oro.

Pero Odoacro nunca financió la reserva actuarial y Rómulo no pudo gozar de su jubilación. Como él mismo dijo, era lo peor que le podía suceder.

VI.1 Antecedentes

Las pensiones deben tener reserva actuarial para que no ocurra lo que a Rómulo. En la actualidad, los fondos pensionarios se sustentan con las cuotas de los trabajadores y sus patrones, así como con las aportaciones gubernamentales, y deben acumular un capital, cuyos intereses sean suficientes, de manera perenne, para el pago de las pensiones.

En la realidad, los fondos pensionarios se han financiado bajo un esquema de reparto, técnicamente conocido como de beneficio definido, construido con base en el principio de solidaridad intergeneracional, bajo el cual los jóvenes

trabajadores realizan aportaciones junto con sus patrones, para fondear las pensiones de los más viejos, esperando que “otros trabajadores del futuro” aporten para financiar las pensiones que entonces les correspondan.

Los trabajadores del futuro no fueron suficientes y los pensionados aumentaron en número. Un ejemplo: el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que en 1970 reportaba 44 trabajadores activos por cada pensionado; en 1999, esa proporción pasó a 11 trabajadores por pensionado; en 2006, se ubicó en 4.2, y en 2015 fue de 2.8.⁹⁹

Otras instituciones, a 2015, presentaron los siguientes montos en las obligaciones de pago:

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en su calidad de asegurador, fue de 187,533.9 millones de pesos, y como patrón, de 63,625.8 millones pesos.¹⁰⁰

En el ISSSTE, ascendió a 146,452.0 millones de pesos.¹⁰¹

En Comisión Federal de Electricidad (CFE) y Petróleos Mexicanos (PEMEX) se estima en 2,061,545.1 millones de pesos.¹⁰²

En las 11 entidades en proceso de liquidación –entre las que se ubican Ferrocarriles Nacionales de México (FERRONALES), Banco de Desarrollo Rural (BANRURAL), Luz y Fuerza del Centro (LyFC), Banco Nacional Pesquero y Portuario (BANPESCA)– fue de 387,212.7 millones de pesos.

99 Véase auditoría de desempeño “Aspectos Financieros del Sistema de Pensiones de los Trabajadores al Servicio del Estado, en el link siguiente: siguiente:

http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2015i/Documentos/Fichas/Ficha_DS_a.pdf

100 Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2015, auditoría de desempeño 317-DS “Regímenes de pensiones y jubilaciones”,

http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2015i/Documentos/Fichas/Ficha_DS_a.pdf

101 Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2015, auditoría de desempeño 298-DS “Regímenes de pensiones y jubilaciones”,

http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2015i/Documentos/Fichas/Ficha_DS_a.pdf

102 Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2015, auditoría de desempeño 68-GB “Sistema Nacional de Pensiones”, http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2015i/Documentos/Fichas/Ficha_DS_a.pdf

En conjunto, a 2015, el costo fiscal de la crisis de las pensiones federales ascendió a 2,846,369.5 millones de pesos.^{103/}

Ninguna de las instituciones logró tener los fondos suficientes para financiar las pensiones, por lo que se materializó la crisis pensionaria, y hubo que modificar el viejo modelo por otro que fuera financieramente sostenible, basado en cuentas individuales sustentadas por las aportaciones del patrón y el trabajador. El Estado asumió los pasivos de las generaciones de transición, con el consecuente costo fiscal.

VI.2 Las pensiones en las universidades ¹⁰⁴

Las pensiones de las universidades también se financiaron con base en el principio de beneficio definido; pero, además, por razones de negociaciones laborales, las autoridades concedieron mayores beneficios, sin tener los sustentos ni el método para crear las reservas que garantizaran el otorgamiento y pago de las pensiones. Con estas medidas se generó una crisis.

En 2001 se conformó la Comisión Secretaría de Educación Pública–Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (SEP-ANUIES), con el propósito de dimensionar la problemática financiera de las Universidades Públicas Estatales (UPES), originada por los sistemas de jubilaciones y pensiones.

En 2002, en el marco de la XIX Sesión Ordinaria del Consejo de Universidades Públicas, se concluyó que los sistemas pensionarios difieren en cada universidad, por lo que no era posible determinar fórmulas únicas para atender los impactos financieros.

En 2003, la Comisión SEP-ANUIES emitió las Reglas de Operación del Fondo de Apoyo, cuyo objetivo era impulsar los proyectos formulados por las UPES, que incidan en la solución de problemas estructurales e impacten positivamente en su viabilidad financiera.

103 El costo fiscal de las pensiones federales se integra por la suma de las obligaciones de pago del IMSS, ISSSTE, CFE, PEMEX y las 11 entidades en proceso de liquidación.

104 Véase auditoría de desempeño número: 10-0-11100-07-0145 Régimen de Pensiones y Jubilaciones, SEP, en el link siguiente: http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2015i/Documentos/Fichas/Ficha_DS_a.pdf

El universo de Universidades Públicas Estatales (UPES) que han obtenido recursos del Gobierno Federal, se muestra a continuación:

Cuadro 6.1 — Universo de UPES que recibieron apoyo del Gobierno Federal

Grupo	Universidad	
I.	1	Universidad Autónoma de Tlaxcala
	2	Universidad Autónoma del Estado de México
	3	Universidad de Sonora
	4	Universidad Autónoma de Chiapas
	5	Universidad Veracruzana
II.	1	Universidad Autónoma de Baja California
	2	Instituto Tecnológico de Sonora
	3	Universidad Autónoma de Chihuahua
	4	Universidad Autónoma de Aguascalientes
	5	Universidad Autónoma de San Luis Potosí
	6	Universidad Autónoma de Tamaulipas
	7	Universidad de Guanajuato
	8	Universidad Autónoma de Zacatecas
	9	Universidad Autónoma de Guerrero
	10	Universidad Juárez del Estado de Durango

III.	1	Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
	2	Universidad Autónoma del Carmen
	3	Universidad Autónoma de Campeche
	4	Universidad Autónoma de Baja California Sur
	5	Universidad de Colima
	6	Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
	7	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
	8	Universidad Autónoma de Nuevo León
	9	Universidad Autónoma de Yucatán
	10	Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca
	11	Universidad Autónoma de Coahuila
IV.	1	Universidad Autónoma del Estado de Morelos
	2	Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
	3	Universidad Autónoma de Nayarit
	4	Universidad Autónoma de Querétaro
	5	Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
	6	Universidad Autónoma de Sinaloa
	7	Universidad de Guadalajara

Fuente: *Elaborado por la Auditoría Superior de la Federación, con información de la “Evaluación del Ahorro y Diagnóstico de los Resultados Obtenidos por las Reformas a los Beneficios que Otorgan a sus Trabajadores 2002-2014”, proporcionada por la Secretaría de Educación Pública con motivo de la revisión de las Cuentas Públicas 2010, 2012, 2013 y 2015.*

En el periodo 2002-2015 se destinaron recursos, a esas instituciones, por la cantidad de 12,421.4 millones de pesos. Se logró un ahorro efectivo de 538,000.0 millones de pesos: lo que significó que no se gastaron 43.0 pesos por cada peso del fondo de ahorro.¹⁰⁵

105 Información proporcionada por la SHCP para la auditoría de desempeño 68-GB “Sistema Nacional de Pensiones”, CP. 2015.

Cuadro 6.2— Distribución del Fondo de Apoyo a Reformas Estructurales en Instituciones de Educación Superior (millones de pesos)

Instituciones	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Grupo I															
1 Universidad Autónoma de Tlaxcala	8.8	3.6	-	-	1.4	60.9	2.7	2.9	2.4	2.2	1.9	-	2.1	2.1	91.0
2 Universidad Autónoma del Estado de México	8.4	2.0	0.8	10.0	0.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22.1
3 Universidad de Sonora	13.8	3.4	-	27.9	-	14.0	-	-	-	-	-	-	-	-	99.1
4 Universidad Autónoma de Chiapas	5.8	1.6	0.1	7.1	-	17.5	-	-	-	1.0	0.6	-	-	-	33.6
5 Universidad Veracruzana	24.6	6.3	3.7	45.7	-	24.9	-	-	-	-	-	-	-	-	105.2
Grupo II															
6 Universidad Autónoma de Baja California	39.3	49.5	12.1	92.1	9.1	22.9	15.4	14.9	10.6	10.4	9.2	12.4	12.6	11.7	322.0
7 Instituto Tecnológico de Sonora	61.0	20.4	6.0	-	5.8	27.7	9.4	11.3	14.1	12.5	11.3	13.3	12.1	11.9	216.8
8 Universidad Autónoma de Chihuahua	-	-	-	-	-	-	5.7	5.9	7.3	6.4	6.1	9.1	9.9	9.0	59.4
9 Universidad Autónoma de Aguascalientes	-	85.0	20.2	25.0	12.1	44.2	19.2	20.6	17.6	16.1	13.9	16.2	14.6	14.3	319.0
10 Universidad Autónoma de San Luis Potosí	10.2	-	4.4	-	18.2	16.0	34.5	34.9	27.4	26.2	23.2	29.5	28.5	26.5	279.6
11 Universidad Autónoma de Tamaulipas	93.5	41.8	5.2	-	12.1	15.4	23.2	22.9	17.4	14.1	13.0	19.4	18.3	16.6	313.0
12 Universidad de Guanajuato	43.9	5.0	7.9	5.9	5.2	29.8	12.5	12.5	10.9	9.8	8.3	11.1	9.1	8.8	180.8
13 Universidad Autónoma de Zacatecas	-	71.5	32.8	30.0	18.9	83	53.7	66.0	51.8	49.6	42.3	50.7	44.5	48.0	642.8
14 Universidad Autónoma de Guerrero	50.0	30.0	-	102.3	1.9	21.5	18.5	18.3	25.2	19.0	9.0	17.5	13.8	13.3	340.3
15 Universidad Juárez del Estado de Durango	8.5	3.1	-	-	-	-	11.4	11.7	10.2	-	-	-	-	-	44.8

16	Universidad Autónoma de Ciudad Juárez	80.5	33.9	18.0	56.8	10.8	69.5	25.8	25.6	21.2	19.6	16.7	19.8	18.0	16.6	432.9
17	Universidad Autónoma de Carmen	-	-	-	-	-	-	-	9.2	8.8	8.0	6.3	6.8	7.2	7.9	54.2
18	Universidad Autónoma de Campeche	-	-	-	-	5.8	36.7	13.4	13.2	10.8	9.8	8.3	9.6	9.6	8.9	126.1
19	Universidad Autónoma de Baja California Sur	-	2.5	0.8	4.9	2.4	21.9	4.0	4.2	3.7	3.4	2.1	2.7	2.7	2.8	58.2
20	Universidad de Colima	8.2	19.6	-	-	5.2	44.7	25.6	26.5	22.6	21.5	18.7	22.6	21.2	17.4	253.7
21	Universidad Juárez Autónoma de Tabasco	-	-	-	-	-	-	22.2	21.8	18.3	17.0	16.2	22.2	21.6	21.9	161.1
22	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla	-	123.6	-	50.0	58.8	58.1	121.7	116.0	96.0	85.1	72.6	88.9	78.5	79.8	1,029.2
23	Universidad Autónoma de Nuevo León	126.6	51.5	47.2	100.0	80.0	45.9	166.1	168.5	144.7	129.3	99.3	90.9	110.1	110.0	1,470.1
24	Universidad Autónoma de Yucatán	-	116.8	51.1	-	10.8	35.7	8.9	13.4	14.7	13.4	9.5	18.0	19.0	17.8	329.2
25	Universidad Autónoma de Benito Juárez de Oaxaca	-	-	-	-	-	78.7	-	-	-	-	-	-	-	-	78.7
26	Universidad Autónoma de Coahuila	78.9	11.7	18.2	-	7.5	80.5	74.9	74.6	61.4	54.1	47.5	57.2	60.8	60.9	688.0

18	Universidad Autónoma del Estado de Morelos	-	1.5	-	-	0.6	6.2	1.6	4.5	4.2	4.0	7.7	13.5	12.2	15.2	71.2
14	Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo	68.2	27.4	14.0	9.2	28.2	192.6	57.6	58.8	47.1	45.2	38.8	47.3	43.8	51.8	729.7
19	Universidad Autónoma de Nayarit	104.5	34.7	31.5	37.4	16.5	33.6	26.1	32.5	27.1	26.1	25.6	38.6	37.2	38.8	510.2
23	Universidad Autónoma de Querétaro	115.4	33.3	26.0	-	-	79.6	49.2	49.7	41.6	39.5	33.7	-	36.4	37.1	541.4
17	Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo	-	-	-	95.0	3.0	-	-	11.9	9.8	9.0	8.0	-	-	7.6	144.3
25	Universidad Autónoma de Sinaloa	50.0	20.4	-	-	5.0	41.2	130.3	122.9	103.1	92.9	79.9	82.8	103.3	99.1	930.8
15	Universidad de Guadalajara	-	200.0	74.0	-	80.0	97.2	266.7	225.0	170.0	170.0	120.0	150.0	120.0	110.0	1,782.9
	Total	1,000.0	1,000.0	374.0	699.3	400.0	1,300.0	1,200.0	1,200.0	1,000.0	915.0	750.0	850.0	867.2	865.9	12,421.4

FUENTE: Elaborado por la Auditoría Superior de la Federación, con información de la "Evaluación del Ahorro y Diagnóstico de los Resultados Obtenidos por las Reformas a los Beneficios que Otorgan a sus Trabajadores 2002-2014", proporcionada por la Secretaría de Educación Pública con motivo de la revisión de las Cuentas Públicas 2010, 2012, 2013 y 2015.

FUENTE: Elaborado por la Auditoría Superior de la Federación, con información de la "Evaluación del Ahorro y Diagnóstico de los Resultados Obtenidos por las Reformas a los Beneficios que Otorgan a sus Trabajadores 2002-2014", proporcionada por la Secretaría de Educación Pública con motivo de la revisión de las Cuentas Públicas 2010, 2012, 2013 y 2015.

El Consejo de Universidades Públicas e Instituciones Afines (CUPIA) analizó el pasivo pensionario a 2002, el cual se estimó en 250,000.0 millones de pesos.¹⁰⁶

Para ayudar a atender la crisis, la Cámara de Diputados aprobó recursos para operar el Fondo de Apoyo para Reformas Estructurales de las Universidades Públicas Estatales, por medio del Pp U081 “Apoyos para el Saneamiento Financiero y la Atención a Problemas Estructurales de las UPES”.

En el Presupuesto de Egresos de la Federación 2017, la Cámara de Diputados solamente aprobó 600.0 millones de pesos, el monto más bajo de todo el periodo. En promedio, anualmente, se habían venido asignando 944.3 millones de pesos. Estas cifras reflejan que el problema se ha atendido de manera coyuntural y la solución estructural está pendiente.

VI.3 Resultados de la fiscalización superior

En los trabajos de fiscalización de la Auditoría Superior de la Federación (ASF), se determinó que el costo fiscal asumido por el Gobierno Federal, a 2015, fue de 12,421.4 millones de pesos. De las 33 UPES, 6 no tuvieron pasivos pensionarios, 3 presentaron un fondo positivo perenne y 24 padecieron un déficit por 331,117.3 millones de pesos:

106 / Información proporcionada por la SEP y la SHCP para la auditoría de desempeño 68-GB “Sistema Nacional de Pensiones”, CP. 2015.

Cuadro 6.3 — Situación financiera de las UPES con reforma (millones de pesos)

Núm.	UPES	Grupo	Déficit/ Superávit 2014	Activos	Pasivos	Participación (%)	Periodo de suficiencia
No tienen compromisos pensionarios							
1	Universidad Autónoma del Estado de México	I	n.a.				
2	Universidad de Sonora	I	n.a.				
3	Universidad Autónoma de Chiapas	I	n.a.				
4	Universidad Veracruzana	I	n.a.				
5	Universidad Juárez del Estado de Durango	II	n.a.				
6	Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca	III	n.a.				
Superávit			3,872.9	92,484.90	92,830.30	100	
7	Universidad Autónoma de Nuevo León	III	3,325.5	72,817.7	73,442.7	85.9	2115
8	Universidad Autónoma de Baja California	II	453.6	16,098.9	15,645.4	11.7	2115
9	Instituto Tecnológico de Sonora	II	93.8	3,568.3	3,742.2	2.4	2115
Déficit			(331,117.3)	255,203.5	586,320.4	100	
10	Universidad Autónoma de Tlaxcala	I	(527.3)	341.4	868.7	0.2	2032
11	Universidad de Guanajuato	II	(21,819.2)	1,367.5	23,186.7	6.6	2015
12	Universidad Autónoma de Zacoatecas	II	(8,667.0)		8,667.0	2.6	2015
13	Universidad Autónoma de Guerrero	II	(6,705.0)	0	6,705.0	2.0	2015

El Sistema pensional: fortalecimiento financiero y vulnerabilidad en el ámbito social

14	Universidad Autónoma de Tamaulipas	II	(30,925.6)	9,129.1	40,054.6	9.3	2019
15	Universidad Autónoma de San Luis Potosí	II	(7,754.3)	17,744.1	25,498.4	2.3	2022
16	Universidad Autónoma de Chihuahua	II	(794.8)	5,236.6	6,031.4	0.2	2022
17	Universidad Autónoma de Aguascalientes	II	(2,965.3)	4,949.6	7,914.8	0.9	2028
18	Universidad Autónoma de Coahuila	III	(10,213.2)	786.6	10,999.8	3.1	2015
19	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla	III	(23,041.4)	21,025.2	44,066.6	7.0	2017
20	Universidad Autónoma del Carmen	III	(4,931.9)	1,050.0	5,981.9	1.5	2017
21	Universidad Autónoma de Campeche	III	(6,944.0)	4,054.1	10,998.1	2.1	2018
22	Universidad Autónoma de Yucatán	III	(12,854.3)	8,075.8	20,930.1	3.9	2019
23	Universidad de Colima	III	(6,592.9)	6,807.9	13,400.8	2.0	2021
24	Universidad Autónoma de Baja California Sur	III	(3,794.8)	2,961.0	6,755.8	1.1	2022
25	Universidad Juárez Autónoma de Tabasco	III	(9,326.5)	8,678.1	18,004.6	2.8	2023
26	Universidad Autónoma de Ciudad Juárez	III	(351.7)	5,330.0	5,681.7	0.1	2078
27	Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo	IV	(63,698.1)	23.3	63,721.3	19.2	2015
28	Universidad Autónoma del Estado de Morelos	IV	(19,496.7)	58.2	19,554.9	5.9	2015
29	Universidad Autónoma de Nayarit	IV	(9,568.5)	14,332.8	23,901.3	2.9	2015

30	Universidad Autónoma de Querétaro	IV	(10,296.3)	2,409.4	12,705.7	3.1	2018
31	Universidad Autónoma de Sinaloa	IV	(27,300.1)	42,335.9	69,635.9	8.2	2022
32	Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo	IV	(4,204.8)	2,314.4	6,519.2	1.3	2028
33	Universidad de Guadalajara	IV	(38,343.6)	96,192.5	134,536.1	11.6	2039

Fuente: Elaborado por la Auditoría Superior de la Federación, con información de la “Evaluación del Ahorro y Diagnóstico de los Resultados Obtenidos por las Reformas a los Beneficios que Otorgan a sus Trabajadores 2002-2014”, proporcionada por la Secretaría de Educación Pública con motivo de la revisión de las Cuentas Públicas 2010, 2012, 2013 y 2015.

n.a. No aplica

Con el análisis de la información anterior se clasificaron las 33 UPES en cuatro grupos, de acuerdo con su problemática.

Cuadro 6.4 — Problemática de las UPES

Grupo		Características
I	Universidad Autónoma de Tlaxcala	En este grupo se encuentran las UPES afiliadas al IMSS, al ISSSTE o al Sistema Estatal de Seguridad Social
	Universidad Autónoma del Estado de México	
	Universidad de Sonora	
	Universidad Autónoma de Chiapas	
	Universidad Veracruzana	

II	Universidad Autónoma de Baja California	Este grupo cuenta con un sistema de pensiones complementario al de alguna institución de Seguridad Social.
	Instituto Tecnológico de Sonora	
	Universidad Autónoma de Chihuahua	
	Universidad Autónoma de Aguascalientes	
	Universidad Autónoma de San Luis Potosí	
	Universidad Autónoma de Tamaulipas	
	Universidad de Guanajuato	
	Universidad Autónoma de Zacatecas	
	Universidad Autónoma de Guerrero	
	Universidad Juárez del Estado de Durango	
III	Universidad Autónoma de Ciudad Juárez	En este grupo, las UPES tienen su propio régimen pensionario.
	Universidad Autónoma del Carmen	
	Universidad Autónoma de Campeche	
	Universidad Autónoma de Baja California Sur	
	Universidad de Colima	
	Universidad Juárez Autónoma de Tabasco	
	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla	
	Universidad Autónoma de Nuevo León	
	Universidad Autónoma de Yucatán	
	Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca	
Universidad Autónoma de Coahuila		
IV	Universidad Autónoma del Estado de Morelos	Las UPES tienen su propio régimen. Sus trabajadores están afiliados a instituciones de Seguridad Social, por lo que tienen doble pensión.
	Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo	
	Universidad Autónoma de Nayarit	
	Universidad Autónoma de Querétaro	
	Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo	
	Universidad Autónoma de Sinaloa	
Universidad de Guadalajara		

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se presentan los resultados de la evaluación de las universidades por grupo.

A. Grupo I: se integra por 5 universidades que se encuentran afiliadas a alguna institución de Seguridad Social, ya sea estatal, IMSS o ISSSTE; por consiguiente, no deberían de tener ningún problema.

- a 2015, el grupo I ha recibido recursos por 311.0 millones de pesos;
- de las 5 UPES que constituyen el grupo, 4 no tienen pasivos;
- en 2015, sólo la Universidad Autónoma de Tlaxcala recibió apoyo por 2,132 miles de pesos, 0.2% respecto del total asignado a las UPES, y se encuentra afiliada al IMSS.
- 1 (Tlaxcala) registró un déficit actuarial por 527.3 millones de pesos, ya que sus activos (341.4 millones de pesos) sólo alcanzarán para financiar sus obligaciones hasta el año 2032.

B. Grupo II: se integra por 10 instituciones que cuentan con un régimen de pensiones complementario al de la institución de Seguridad Social a la que están afiliados.

- a 2015, este grupo ha recibido recursos por 2,718.5 millones de pesos;
- de las 10 instituciones, 1 (Durango) no tiene pasivos pensionarios;
- las nueve UPES restantes recibieron en conjunto 160,130 miles de pesos, 18.5% del total asignado a las 33 universidades.
- 2 (Baja California e Instituto Tecnológico de Sonora) tienen fondo perenne;
- 7 registraron un déficit por 79,631.2 millones de pesos;

- de las 7 UPES con déficit: 3 (Guanajuato, Zacatecas y Guerrero) tuvieron suficiencia a 2015; 1 (Tamaulipas), para 2019; 2 (San Luis Potosí y Chihuahua), para 2022; 1 (Aguascalientes), para 2028;
 - las UPES del Grupo II que presentarían el mayor déficit, si no se hubieran realizado reformas a su plan de pensiones, serían la Universidad Autónoma de Guerrero y la Universidad Autónoma de Zacatecas.
- C. Grupo III: se integra por 11 instituciones que tienen su propio régimen de pensiones.
- en 2015 no se otorgaron recursos a la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, en tanto que las diez UPES restantes recibieron en conjunto apoyo por 344,006 miles de pesos, 39.7% respecto del total.
 - a 2015, el grupo III ha recibido recursos por 4,681.4 millones de pesos;
 - de las 11 UPES ,1 (Nuevo León) tiene fondo perenne;
 - 1 (Oaxaca) no ha concretado reforma alguna, debido a problemas de aceptación por parte de los trabajadores;
 - 9 registraron un déficit por 78,050.7 millones de pesos;
 - de las 9 UPES con déficit: 1 (Coahuila) tuvo suficiencia a 2015; 2 (Puebla y del Carmen) tienen insuficiencia a 2017; 1 (Campeche), a 2018; 1 (Yucatán), a 2019; 1 (Colima), a 2021; 1 (Baja California Sur), a 2022; 1 (Tabasco), a 2023, y 1 (Ciudad Juárez), a 2078.
 - Las UPES del Grupo III que presentarían el mayor déficit, si no se hubieran realizado reformas a su plan de pensiones, serían la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y la Universidad Autónoma de Nuevo León.

- Las UPES del Grupo III que realizaron reformas a su plan de pensiones y presentaron más años de suficiencia fueron la Universidad Autónoma del Carmen y la Universidad de Colima.
- D. Grupo IV: se integra por 7 instituciones que tienen su propio régimen de pensiones, pero sus trabajadores reciben doble pensión, ya que están afiliados a otra institución de Seguridad Social.
- a 2015, las 7 UPES del grupo IV han recibido recursos por 4,710.5 millones de pesos;
 - las 7 UPES del grupo IV presentan déficit actuarial;
 - 3 (Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelos y Nayarit) tuvieron suficiencia financiera a 2015; 1 (Querétaro) tendrá suficiencia a 2018; 1 (Sinaloa), a 2022; 1 (Hidalgo), a 2028, y 1 (Guadalajara), a 2039.
 - las UPES del Grupo IV que presentarían el mayor déficit, si no hubieran realizado reformas a su plan de pensiones, serían la Universidad Autónoma de Sinaloa y Universidad Autónoma de Querétaro.
 - las UPES del Grupo IV que realizaron reformas a su plan de pensiones y presentaron más años de suficiencia fueron, la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo y la Universidad de Guadalajara.

De 2002 a 2016, el Gobierno Federal ha destinado, anualmente, 944.3 millones de pesos, en total 13,220.5 millones de pesos para auxiliar en el corto plazo a las universidades en sus crisis pensionarias, por medio del Pp U081 “Apoyos para el Saneamiento Financiero y la Atención a Problemas Estructurales de las UPES”.^{107/} Esta cantidad representa el 4% del pasivo pensionario de las universidades (331,117.3 millones de pesos).

107

Presupuesto de Egresos de la Federación para los ejercicios fiscales de 2002 a 2016.

VI. 4 Conclusiones¹⁰⁸

El financiamiento de la jubilación tiene un principio muy sencillo; hay que ahorrar durante la vida productiva los suficientes recursos, para financiar el consumo durante la jubilación.

Resolver el desfase entre las obligaciones de pensiones y jubilaciones, y los escasos fondos disponibles, obligará a recortar las jubilaciones y las prestaciones, o bien, éstas se tendrán que financiar -como ya se está haciendo- con recursos fiscales, afectando al contribuyente y el desarrollo general del país.

No resolver los desequilibrios entre los derechos adquiridos de los trabajadores en prestaciones y jubilaciones, y los pasivos contingentes de los sistemas de pensiones, podría tener graves consecuencias para los pensionados y para el país en su conjunto.

A medida que la magnitud y las implicaciones de la carga de las pensiones, se vayan volviendo evidentes para los potenciales pensionados, es muy probable que esa población vea más conveniente aplazar el retiro o de plano -si ello es posible- no retirarse. Querrán jubilarse, pero no será posible porque su pensión será una caída drástica de su nivel de vida.

Tras los debates turbulentos donde parecía que iba a prevalecer la política de “sálvese el que pueda”, el G7, la OCDE y el FMI están contribuyendo a difundir un nuevo clima de solución justa en esta materia.

El debate se centra entre dos sistemas: el del ahorro individualizado, en donde cada quien capitaliza según sus posibilidades, sobre la base de una línea mínima garantizada por el Estado; y, el sistema de reparto y con beneficios definidos, con reducción de los desequilibrios de caja y de reservas actuariales. ¿Cuál de los dos sería mejor para garantizar en el futuro las pretensiones y esperanzas de los trabajadores?

108 Elaborado con base en: Salcedo Aquino, Roberto. Palabras para la presentación del Libro “Pensiones en México. La Próxima Crisis”, de Pedro Vásquez Colmenares. 2012.

Dado el debate, las miradas han vuelto a repasar la conferencia de T.H. Marshall en Cambridge en 1949, con el nombre de Ciudadanía y Clase Social.^{109/} Para este autor no basta la ciudadanía política, que es la que consigna igualdad ante la ley y frente al ejercicio del poder; asienta que es necesario la ciudadanía social, que es el principio que establece que todos los miembros de una comunidad democrática tienen derecho a un nivel de bienestar mínimo garantizado, que no esté relacionado con el lugar que ocupan en la división del trabajo, sino con su condición de ciudadanos de un Estado democrático.

El reconocimiento del principio de ciudadanía social, significa que el Estado ha de intervenir en la protección de todos los individuos frente a la inseguridad económica, y en la provisión de una red básica por debajo de la cual no se debería permitir que ningún ciudadano cayera.

El busilis de la tesis de Marshall, es que la igualdad política debe extenderse a la esfera económica, por lo menos estableciendo una línea básica, sobre la que cada ciudadano tenga la oportunidad de disfrutar del nivel de bienestar prevaeciente en la sociedad en su conjunto. Esa línea no debe concebirse como un término mínimo, sino en un nivel razonable para una vida digna.

Las universidades, al abordar el asunto de sus sistemas de pensiones, no solamente deberán buscar la solución actuarial de sus fondos, sino que tendrán que decidir si apoyarán a sus trabajadores para que logren un nivel razonable de vida digna, al concluir su vida laboral.

Las universidades con problemas en sus sistemas de pensiones han realizado reformas, modificado diferentes características de sus planes, entre las que destacan: la edad de jubilación, años de servicio y el salario base de cotización, con el objeto de obtener el subsidio federal.

Los actores involucrados en la crisis de las pensiones en las universidades deben ser conscientes que, a) la ayuda gubernamental está siendo reactiva y ha buscado enfrentar solamente el problema en el corto plazo, con lo que la crisis permanece latente; y que b) las Entidades Federativas, cuyas universidades están en problemas, tienen que ser parte de la solución.

109 T.H. Marshall. *Citizenship and Social Class and Author Essays*. Cambridge: Cambridge University Press, 1950.

Las reformas estructurales implementadas a la fecha por las universidades, han impactado positivamente en la viabilidad financiera de sus sistemas pensionarios; sin embargo, no se ha logrado revertir la tendencia creciente de los pasivos laborales contingentes, situación que puede poner en riesgo el ingreso de los trabajadores al término de su vida laboral, por lo que se debe continuar con las reformas a los planes de beneficios, con el objetivo de reducir su costo, modificando sus condiciones para hacerlos viables desde el punto de vista financiero y actuarial.

Referencias

Auditoría Superior de la Federación. Auditoría núm. 145 “Régimen de Pensiones y Jubilaciones”

Cuenta Pública 2010, sitio web: http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2010i/Grupos/Desarrollo_Social/2010_0145_a.pdf

Auditoría Superior de la Federación. Auditoría núm. 317 “Regímenes de pensiones y jubilaciones”, Cuenta Pública 2015, sitio web: http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2015i/Documentos/Fichas/Ficha_DS_a.pdf

Auditoría Superior de la Federación. Auditoría núm. 298 “Regímenes de pensiones y jubilaciones” Cuenta Pública 2015, sitio web: http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2015i/Documentos/Fichas/Ficha_DS_a.pdf

Auditoría Superior de la Federación. Auditoría. Auditoría núm. 68 “Sistema Nacional de Pensiones” Cuenta Pública 2015, sitio web: http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2015i/Documentos/Fichas/Ficha_GB_a.pdf

“Evaluación del Ahorro y Diagnóstico de los Resultados Obtenidos por las Reformas a los Beneficios que Otorgan a sus Trabajadores 2002-2014”, de la Secretaría de Educación Pública, Subsecretaría de Educación Superior, Dirección General de Educación Superior Universitaria, Universidades e Instituciones Públicas de Educación Superior. Act. Carlos Jorge Soto Pérez.

Presupuesto de Egresos de la Federación para los ejercicios fiscales de 2002 a 2016.

Salcedo Aquino, Roberto. Palabras para la presentación del Libro “Pensiones en México. La próxima Crisis”, de Pedro Vásquez Colmenares. 2012.

T.H. Marshall. *Citizenship and Social Class and Author Essays*. Cambridge: Cambridge University Press, 1950.

Soto Pérez, C.J. *Evaluación del Ahorro y Diagnóstico de los Resultados Obtenidos por las Reformas a los Beneficios que Otorgan a sus Trabajadores 2002-2014*, México: Secretaría de Educación Pública.

VII. Componentes del concepto de pensión y sus interpretaciones en México

*Carlos Contreras Cruz*¹¹⁰

VII.1 Agradecimiento

Muchas gracias a la Comisión de Seguridad Social de la H. Cámara de Diputados por la invitación a participar en la Semana Nacional de la Seguridad Social, especialmente a la Diputada Dra. Araceli Damián González, Presidenta de dicha Comisión y a todo su equipo de trabajo.

VII.2 Orígenes de la Semana Nacional de la Seguridad Social

Hoy en día existen días mundiales que se han establecido, primordialmente por el impulso de organismos internacionales, con el objetivo de recordar que como sociedad tenemos aún algunos rezagos o adeudos sociales con miembros que conforman la misma. Así podemos recordar, por ejemplo, el Día Internacional para Erradicar la Violencia contra las Mujeres, o el Día Internacional de la Eliminación de la Discriminación Racial, solamente por mencionar dos ejemplos.

Por ello es de llamar la atención que el Centro de Estudios de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), en 2009, al reunirse en Asamblea General en la República de Guatemala, propusiera la denominada Declaración de Guatemala, en la que se invita “a los Estados nacionales a declarar la última

110 Académico de la Facultad de Ciencias de la UNAM.

semana de abril como la ‘Semana de la Seguridad Social’ en honor a que el 27 de abril de 1955 entró en vigencia el Convenio 102 (...), es decir, los firmantes podrían estar reconociendo que la deuda de la sociedad con ella misma en materia de seguridad social, es probablemente mayor que cualquier otra.

Esta idea cobra sentido si se piensa que mientras otros días suelen estar dirigidos únicamente a un sector de la sociedad, la seguridad social corresponde, como un derecho universal, a todos y cada uno de los miembros que conforman la sociedad.

VII.3 El Convenio 102 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y las pensiones

En materia de pensiones, cual corresponde al panel en que se desarrolla esta intervención, debe reconocerse que tal vez el primer problema sea definir el término “pensión”.

Suponiendo que todos los seres humanos comprenden qué es la seguridad social por tratarse de un derecho que tienen, el siguiente problema es entender que una pensión no es exclusivamente para los trabajadores y por lo tanto, no es un premio por haber trabajado un determinado número de años, ni una dádiva de origen sindical o gubernamental; ni tampoco un lastre, una carga fiscal o en general, una pesada carga para el Gobierno.

El Convenio 102 de la OIT señala que el beneficio por vejez consistirá en “un pago periódico” que debe entregarse de forma garantizada a las personas que hayan cumplido con condiciones de adquisición, primordialmente edad¹¹¹ y años de aportaciones o residencia. Asimismo, indica que este pago periódico a un beneficiario tipo (hombre, con cónyuge en edad de pensión), debe ser de cuando menos del 40% de las ganancias anteriores del beneficiario.

Con estos elementos ampliamente aceptados, se puede pensar en una definición de pensión como la siguiente: **“Beneficio monetario que se entrega a las personas de forma vitalicia o mientras cumplan los requisitos de una normativa, como una serie de pagos periódicos ciertos de monto real**

111

El Artículo 26 señala que “La contingencia cubierta será la supervivencia más allá de una edad prescrita”.

constante, ante la **ocurrencia de una contingencia**, específicamente las siguientes: **vejez; muerte; y accidentes y enfermedades que imposibiliten de forma permanente que la persona protegida se pueda procurar a sí misma un ingreso con el cual vivir**”.

Los elementos señalados en letras negritas son la clave para comprender cómo debe funcionar un seguro de pensiones, mal llamado de manera común “sistema de pensiones”, y a continuación se explican las generalidades de cada uno de ellos:

- **Beneficio monetario**, es decir, debe pagarse en dinero.
- **Forma vitalicia o mientras se cumplan los requisitos de la normativa**. Esto indica que al concederse una pensión, la serie de pagos periódicos no puede suspenderse a menos que la normativa expresamente lo permita, por ejemplo, en el caso de una pensión de viudez si el o la beneficiaria contrae nupcias de nueva cuenta.
- **Pagos periódicos ciertos**, señalando con ello que una vez establecida la periodicidad de los pagos (semanal, quincenal, mensual, etcétera) ésta debe respetarse y el monto de cada pago debe conocerse con anticipación, sin dar opción a ajustes que disminuyan el beneficio.
- **De monto real constante**, es decir, que debe mantener su valor adquisitivo, o dicho de otra forma, debe actualizarse al alza, con base en un indicador de inflación.
- **Ante la ocurrencia de una contingencia**. Esta es tal vez la parte más complicada de entender en materia de pensiones, pues como se mencionó previamente, hay quien piensa que una pensión es un premio por haber trabajado o una conquista sindical, sin embargo, una pensión es el sustituto de los ingresos que una persona deja de percibir al envejecer, sufrir un accidente discapacitante o al fallecer el principal sostén económico de un núcleo familiar. Estos eventos en sí, cumplen con ciertas características:

- Son aleatorios, es decir, pueden o no ocurrir, y en caso de ocurrencia, se desconoce el momento exacto en que sobrevendrá el evento;
- Son fortuitos, o ajenos a la voluntad de las personas;
- Son medibles, lo que implica que aunque se desconozca el momento de ocurrencia, se puede estimar un momento probable; y
- Son cuantificables, es decir, es posible determinar el impacto económico que tendrá la ocurrencia del evento.

Más adelante se retomará la importancia de estas características.

- **Vejez; muerte; y accidentes y enfermedades que imposibiliten de forma permanente que la persona protegida se pueda procurar a sí misma un ingreso con el cual vivir.** La definición también menciona los eventos contingentes que cumplen con las características del punto previo, y como es obvio, todos ellos corresponden a contingencias propias del ser humano.

VII.4 ¿Qué hacer frente a una posible contingencia?

Cuando una persona sabe que puede sufrir una contingencia, es decir, que está expuesta a un riesgo que de materializarse le causará un daño, podría recurrir a alguna de las siguientes acciones:

- Ser indiferente. Esto implica no realizar acción alguna, sea porque se piensa que el posible evento nunca va ocurrir, o porque de presentarse, en ese momento se pensaría qué hacer para subsanar la pérdida.
- Prevenir. La máxima que señala: “Más vale prevenir que lamentar”, es la mejor explicación para esta acción, sin embargo, si bien se

pueden prevenir, en cierta medida, accidentes o enfermedades, la muerte es un evento que siempre ocurrirá y la vejez, si la persona sobrevive un número determinado de años, también puede generar inevitablemente la pérdida de capacidades físicas y/o mentales, que impidan que la persona pueda valerse por sí misma. Es por ello que la prevención debe entenderse como un conjunto de acciones que permitan disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento en cuestión, o en su caso, de ser inevitable, que el impacto sea el menor posible.

- **Prever.** Refiriéndose únicamente al impacto económico que traería consigo la ocurrencia del evento, prever implica que cada persona ahorre por su cuenta el dinero que considere necesario para enfrentar por sí sola la afectación económica. Esto evidentemente no siempre será suficiente, pues por un lado no todas las personas tienen capacidad de ahorro, mientras que el monto necesario, es una cantidad incierta.
- **Asegurar.** Puesto que como se ha indicado, el ahorro no siempre es suficiente para enfrentar las contingencias, una forma de actuar en conjunto con otras personas también expuestas al mismo riesgo, es el esquema de aseguramiento. En éste se requiere la participación de una entidad a la que se denomina aseguradora, la cual a cada individuo interesado en asegurarse, le cobrará una cantidad monetaria con la que le garantizará resarcir el daño económico, únicamente a aquellos que lo sufran.

Es evidente entonces, que la aseguradora debe poseer las capacidades necesarias de poder estimar, entre otras cifras, el número suficiente de asegurados que debe aceptar, así como la cantidad monetaria que debe cobrarle a cada uno para resarcir los daños de unos cuantos, es decir, de aquellos que se espera reclamen el beneficio, y que no serán todos de forma simultánea.

VII.5 No es igual ahorro que aseguramiento, ni son excluyentes entre sí

La diferencia entre ahorro y aseguramiento es evidente, sin embargo, es importante hacer hincapié en un punto muy relevante: el ahorro acumulado para enfrentar una pérdida dependerá del monto de dinero destinado a ese ahorro, la periodicidad con que se ahorre, así como de los intereses generados por mantener invertido ese dinero. Por otro lado, en el aseguramiento se estipula con anticipación la cantidad monetaria que se entregará para resarcir un daño, y con base en ello se establece la cantidad de dinero necesaria para cumplir esa promesa de pago.

Por lo anterior, es evidente que la aseguradora incurre en una gran responsabilidad, pues se compromete a pagar una cantidad cierta (suma asegurada única o serie de pagos) a quienes tengan el derecho de reclamarla, por el simple hecho de haber cubierto la cantidad de dinero que les solicitó (prima, cuota, aportación).

VII.6 El asegurador privado y el asegurador social

En este punto de reflexión, es probable que se piense en un asegurador privado; que pueda considerarse que ofrece productos caros; que desde un enfoque de negocios, tenga la facultad de rechazar candidatos a asegurados; que incremente sus costos por el hecho de buscar una utilidad; y que a aquellos asegurados que le representen un mayor riesgo, les penalice cobrándoles una cantidad de dinero mayor que al resto de los asegurados, en caso que deseen asegurarse.

No obstante, el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos señala en su primer párrafo que “toda persona tiene (...) derecho a los **seguros** en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias ajenas a su voluntad”.

¿Cómo podría hacerse efectivo este derecho si no todas las personas tienen posibilidad económica de acceder a un asegurador privado?

La respuesta se encuentra en los aseguradores sociales, los cuales regularmente se encuentran bajo la administración pública, dado que no tienen fines de lucro; cobran tarifas absolutas diferenciadas, puesto que el monto de la prima se establece como un porcentaje de los salarios u otras cantidades monetarias; y no tienen facultad para denegar el acceso al esquema de aseguramiento, en virtud de que sería muy difícil que una persona tuviera acceso a otro tipo de seguro.

A pesar de estas diferencias, ambos aseguradores comparten las más importantes características: fijar un pago que, tras el cumplimiento de algunas condiciones, dé acceso a los asegurados a recibir un beneficio, cual es el caso de una pensión.

VII.7 ¿Priorizar el seguro sobre el ahorro o viceversa?

Esta interrogante surge a partir de una declaración en 2016 del creador de las cuentas individuales de administración privada en Chile, el Economista José Piñera, quien en una entrevista en la televisión chilena declaró: “Nadie puede prometer una pensión, sólo Dios puede prometer una pensión”.

Es evidente que el Sr. Piñera, como muchos otros promotores de los sistemas de capitalización individual, desconoce el trabajo del profesional de las Ciencias Actuariales o Actuario y que en consecuencia no conozca el concepto de seguro, por lo que no sabe diferenciarlo del ahorro. Y aún más preocupante, es que se piense que uno es excluyente del otro, en lugar de entender que para dar tratamiento al riesgo **integralmente hay que prevenir, hay que ahorrar, pero también hay que asegurar.**

VII.8 ¿A qué da origen esta confusión?

La confusión entre ahorro y seguro ha llevado consecuentemente a errores como los siguientes:

- De acuerdo con el estudio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) sobre el sistema de pensiones en México, del año 2015, el sistema anterior a la reforma de 1997 tuvo problemas porque la relación activo-pasivo ha cambiado, es

decir, al paso del tiempo el número de pensionados con respecto a los trabajadores, representa una proporción mayor; sin embargo en un seguro, eso es una cifra si bien importante, no de la relevancia que se le pretende dar, argumentando que el dinero que pagan los activos, se envía directamente al pago de las pensiones de los retirados. En un seguro los pagos de todos los asegurados conforman una reserva actuarial, la cual debe invertirse de manera adecuada para tomar de ella solamente los recursos que permitan pagar las pensiones de los que cumplen las condiciones de adquisición.

- Las aportaciones en México son de las más bajas con respecto a los demás países de la OCDE. Esta cifra es relativamente correcta, pues si bien el porcentaje es mayor en otros países, en ellos el porcentaje es una prima de aseguramiento y no un porcentaje de ahorro. La excepción se encuentra en Chile y por características propias de la sociedad y economía en aquel país, las aportaciones tampoco pueden ser comparables simplemente por una ordenación numérica.

Asimismo, se trata de presentar esquemas de origen diferente como si fueran iguales, es decir, se busca equiparar y dar un a un sistema establecido en una ley, el mismo tratamiento que a un sistema derivado de la contratación colectiva.

VII.9 Retomando el tema de prevención y ahorro.

Sobre la prevención no hay mucho que decir. Incluso la sabiduría popular nos recuerda que es mejor prevenir que resarcir, sin embargo, sobre el ahorro, debe tenerse en cuenta que si bien no es malo, las condiciones del ahorro forzoso para la población en México no son las mejores.

Obsérvese el siguiente extracto del contrato que toda persona interesada en abrir una cuenta de ahorro para el retiro, debe firmar con la Administradora de Fondos para el Retiro (AFORE) de su elección.¹¹²

112

Véase la Imagen 7.1 en el Anexo 1.

Cuadro 7.1. — Extracto del contrato que toda persona interesada en abrir una cuenta de ahorro para el retiro debe firmar

DECLARACIONES

I. EL TRABAJADOR DECLARA, bajo protesta de decir verdad:

- a) Que es un trabajador cuyos datos generales son los que se contienen y se encuentran asentados en la Solicitud de Registro y/o de Traspaso en Administradora de Fondos para el Retiro, según el caso, la cual aparece en el anverso de este documento y que dichos datos forman parte de estas declaraciones;
- b) Que reconoce expresamente que por la naturaleza de sus inversiones en acciones de la(s) Sociedad(es) de Inversión Especializada(s) de Fondos para el Retiro y de aquellas inversiones que esta(s) última(s) realiza(n) en el mercado de valores, inclusive sobre instrumentos de deuda, no es posible garantizar rendimientos y que, por lo tanto, sus inversiones se encuentran sujetas a pérdidas o ganancias que en lo general provienen de fluctuaciones del mercado.

Sin incursionar en materia jurídica sobre si el contrato es leonino o no, aquí se demuestra que la suposición mencionada al inicio de este documento, sobre el conocimiento de la seguridad social por parte de todos los componentes de la sociedad, por tratarse de un derecho que tienen, es falsa.

Adicional a lo anterior, este sistema de ahorro en México cuenta con severas inconsistencias que inclusive se han plasmado en la normativa del organismo regulador, supervisor y sancionador de las AFORE: la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR). El ejemplo más visible es el Índice de Rendimiento Neto (IRN), el cual es el único que oficialmente puede usarse para comparar las AFORE en cuanto a su desempeño en las inversiones.

El IRN es utilizado por la misma CONSAR para asignar cuentas de aquellos trabajadores que no eligieron AFORE. Sin embargo, es el resultado de restar dos tasas de diferente periodicidad: Una se refiere al rendimiento de la Sociedad de Inversión Especializada en Fondos para el Retiro (SIEFORE) de los últimos “n” meses (al menos treinta y seis), y la otra a la comisión sobre saldo que las administradoras cobran bimestralmente.

VII.10 ¿Y qué hay del seguro?

La Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social de 1943 fue sustentada actuarialmente en los estudios patrocinados por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), mientras se encontraba asilada en la Universidad de McGill, en Canadá, los cuales fueron desarrollados por el Dr. Emilio Schoenbaum.

En el capítulo III del Informe Financiero y Actuarial del Anteproyecto de Ley del Seguro Social (1942), titulado *El financiamiento del seguro social*, Schoenbaum señalaba: “El seguro de invalidez y vejez se basa sobre el sistema de primas promediales, calculadas bajo la suposición de que si son pagadas por todos los asegurados que entran en el seguro en el momento en que la Ley entre en vigor y por los que ingresen en la etapa posterior, se cubrirán no sólo las prestaciones y los gastos administrativos corrientes, sino también las pagaderas en el futuro lejano”.

Desafortunadamente, de acuerdo con la opinión del que escribe, esta Ley fracasó por la mala implementación que se hizo, la cual podría demostrarse en el siguiente artículo de la Ley aprobada:

Cuadro 7.2. — Artículo 128 de la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social de 1943

Artículo 128. El total de las reservas se invertirá:

- I. En la adquisición, construcción o financiamiento de hospitales, sanatorios, casas de maternidad, dispensarios, laboratorios y demás edificios para usos del Instituto;
- II. Hasta un veinte por ciento en la construcción de colonias obreras;
- III. En préstamos o valores hipotecarios, especialmente los destinados para habitaciones populares
- IV. Hasta un veinte por ciento en bonos o títulos emitidos por el Gobierno Federal, por los Estados, Distrito o Territorios Federales, para servicios públicos, tales como los de vitalidad, de energía eléctrica, de saneamiento, de educación, de introducción de aguas potables, de construcción de mercados y otros similares, y
- V. Hasta un treinta por ciento en bonos o títulos de Instituciones Nacionales de Crédito y bonos emitidos por empresas mexicanas industriales:

Es evidente que la inversión de las reservas actuariales fue inadecuada, lo que puso en peligro el equilibrio financiero del Instituto y se dice buscó mejorarse con la reforma a la Ley en 1973. No obstante, llama la atención el siguiente párrafo en la exposición de motivos de la Ley 73:

Cuadro 7.3. — Párrafo en la exposición de motivos en la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social de 1973

Derecho a la Rehabilitación	Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte
Eliminación del plazo de 72 semanas que señala la ley actual para disfrutar del subsidio en dinero, el cual se otorgará al asegurado en tanto no sea dado de alta o se declare su incapacidad permanente, parcial o total. Aumento en la cuantía de las pensiones por incapacidad permanente total. Aumento proporcional en las cuantías de las pensiones por incapacidad permanente parcial. Finalmente, se introducen artículos que facultan al Instituto para proporcionar servicios	La iniciativa mejora las pensiones por invalidez, por vejez, por cesantía en edad avanzada y para los beneficiarios de los asegurados y pensionados fallecidos, sin elevar la prima que para el financiamiento de este ramo del seguro se estableció en la Ley de 1943 y que equivale al 6 por ciento de los salarios. Igualmente, se introduce como reforma substancial a lo establecido en el artículo 86 de la ley actual, el disfrute simultáneo de pensiones de este ramo y del de riesgos de

Fuente: Elaboración propia

Esto señala que, aunque se buscó implementar un sistema financiero de primas escalonadas, el monto de la prima quedó estático y en el futuro podría presentarse un desequilibrio financiero que ya se vislumbraba en la Valuación Actuarial y Financiera al 31 de diciembre de 1977:

**Cuadro 7.4. — Extracto de la Valuación Actuarial
y Financiera al 31 de diciembre de 1977**

Con el transcurso del tiempo y, desde el punto de vista práctico, los tres sistemas financieros se convirtieron en uno, el de reparto anual para los cuatro seguros en operación. En otros términos, los ingresos anuales que obtuvo el Instituto se emplearon para cubrir los gastos e inversiones anuales necesarios para proporcionar las prestaciones en especie, en servicios y en dinero a la población derechohabiente, así como para cubrir los gastos de administración. Por esta razón, no se han constituido formalmente las reservas técnicas, requeridas para la operación de los regímenes de pensiones (*de RT e IVCM*) mediante sistemas financieros de capitalización que permitan soportar el incremento de su costo en el futuro.

Tal aseveración quedaba corroborada en el balance general de dicha valuación, el cual se muestra a continuación.

**Cuadro 7.5. — Balance actuarial del Instituto Mexicano del Seguro Social
correspondiente al régimen de pensiones del seguro de I.V.C.M.,
al 31 de diciembre de 1977**

Activo			Pasivo		
I	Valor actual de las cotizaciones futuras de la:		I	Valor actual de las pensiones en curso de pago, tomando en cuenta a las pensiones a supervivientes	34 929
	- Población inicial de asegurados	581 815			
	- Población formada por las nuevas generaciones	8 240 916	II	Valor actual de las pensiones en curso de adquisición de la generación inicial	1 953 615
II	Valor del patrimonio contable	17 047	III	Valor actual de las pensiones de las generaciones futuras	18 864 961
	Déficit	7 013 727			
	Suma el activo	15 853 505		Suma el pasivo	15 853 505

Fuente: Elaboración propia

A pesar de esta probable situación futura que se vislumbraba complicada, el mismo estudio actuarial señalaba la posibilidad de recurrir a opciones de re-equilibrio financiero sin llegar al reparto puro, tal como se muestra en las conclusiones y recomendaciones:

**Cuadro 7.6. — Opinión en el extracto de la Valuación Actuarial
y Financiera al 31 de diciembre de 1977**

B. Regímenes de pensiones de IVCM:

- La aplicación del sistema de prima media general haría necesario aumentar la prima global actual en más de un 4 por ciento, para obtener equilibrio actuarial. Por consiguiente, es necesario buscar un sistema financiero diferente.
- Para mantener constante la prima global durante varios años, es necesario adoptar el régimen de primas escalonadas para IVCM. Si se desea mantenerla constante hasta 1982, la prima inicial en este régimen es de 1.64 por ciento. ²/ En 1983 la prima aumentaría hasta 1.8 por ciento y se mantendría constante hasta 1988. Este incremento no implicaría necesariamente un aumento en la prima global, siempre y cuando se adopten una serie de medidas como las que aquí se recomiendan.
- Es conveniente constituir una reserva inicial (*a diciembre de 1977*) de 700 millones de pesos y tratar de maximizar el rendimiento de las reservas, considerando el interés social de las acciones del IMSS y as-

Dada la situación actual, es evidente que las recomendaciones no se siguieron, ya que el 1 de julio de 1997 entró en vigor la Ley 97, la cual usa la capitalización individual como sistema financiero para el seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.

Junio de 2017

Sección Tercera

**PERSPECTIVA DE LOS SISTEMAS
DE SALUD EN MÉXICO Y EN ALGUNOS
PAÍSES LATINOAMERICANOS**

VIII. Reflexiones desde la experiencia colombiana sobre los Sistemas de Salud y Seguridad Social en América Latina

*Saúl Franco*¹¹³

Introducción

Si bien esta presentación parte de analizar el sistema de salud colombiano, su objetivo es mirar desde él hacia América Latina – AL -, tratando de ver qué elementos y lecciones de la experiencia colombiana pueden ser útiles para avanzar en la región hacia sistemas de salud equitativos, universales, integrales y de predominio público.

La presentación incluye cuatro puntos. El primero trata de identificar los grandes temas que están en discusión al abordar la cuestión de los Sistemas de Salud y Seguridad Social, SSSS, no solo en Colombia sino a nivel global y de AL. El segundo pretende sintetizar las ideas y componentes básicos del sistema de salud colombiano. El tercero señala algunos de los principales saldos rojos del sistema colombiano. Y, finalmente, en el cuarto punto se delinearán algunos de los prerrequisitos y elementos básicos de una posible iniciativa regional, tendiente a lograr en América Latina SSSS con las características antes enunciadas.

VIII.1 Los grandes temas en discusión a nivel internacional

La participación frecuente en este tipo de eventos en diferentes países, me ha ido confirmando que, al debatir la cuestión de los SSSS, en todas partes se están planteando interrogantes similares y discutiendo los mismos problemas de fondo. El primero de ellos constituye el núcleo del debate en las distintas reformas: ¿la salud es un derecho humano fundamental o una mercancía? Formo parte de quienes consideramos que la salud es un derecho que nos corresponde, por el simple y elemental acontecimiento de ser seres humanos. No es algo ligado a nuestra condición de empleados, de compradores de servicios o cotizantes de planes de beneficios (Hernández, M. 2000). El tema ha calado tanto que ya hasta los organismos trasnacionales, como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, hablan del derecho a la salud. Van cooptando y reinterprestando las categorías para tratar de salvar sus intereses y preservar el *statu quo*.

En segundo lugar: ¿nos referimos al buen vivir y a la atención integral de salud para todos, o vamos a optar por paquetes de servicios, por grupos de beneficios más o menos limitados o extendidos? Más allá del bienestar, ha ido ganando terreno la concepción de los pueblos originarios de América sobre el buen vivir, como una manera de realizarnos y relacionarnos armónicamente entre los seres humanos y con todos los demás seres de la naturaleza (Acosta, A. 2010. Franco, S. 2016). Y la integralidad de los componentes del derecho a la salud y de la atención de las enfermedades, ha sido postulada y defendida por organismos del sector, constituciones y leyes. Pero la mayoría de los sistemas de salud, o niegan en la práctica el derecho, o van reduciendo la integralidad a determinados tipos y grupos de atención. Con una característica adicional: que son paquetes que no solamente reducen la comprensión del sistema de salud y de los servicios que se prestan, sino que establecen una diferenciación, una segmentación social y, por tanto, incrementan la inequidad (Almeida, C. 2002).

En tercer lugar: ¿los recursos de la salud son públicos o privados? Este punto es también muy importante. Porque una cosa es que el recurso sea público y tenga por lo tanto una destinación a favor del conjunto de la población, o que

se trate de una apropiación privada de tales recursos y, por lo tanto, se manejen con criterio de enriquecimiento para algunos sectores. Si son públicos, pertenecen a todos y deben destinarse al bien común. Si se privatizan, pertenecen a unos pocos y buscan defender sus intereses particulares. De este núcleo temático se derivan una serie de preguntas específicas. Por ejemplo: ¿debe introducirse o mantenerse en el campo de salud el ánimo de lucro? ¿Debe separarse la prestación de los servicios de su financiamiento? ¿Debe haber intermediación financiera en salud? Es decir: ¿debe haber organizaciones que se dediquen exclusivamente a recoger, administrar y asignar los fondos de la salud, apropiándose de buena parte de ellos, o debe eliminarse esta intermediación? Y, complementariamente: ¿debe introducirse o mantenerse la integración vertical? Como se sabe, tal integración consiste en que un mismo grupo empresarial realiza las diferentes tareas del aseguramiento y la prestación de los servicios de salud, a través de instituciones con distintos nombres, pero de los mismos propietarios, reduciendo costos y servicios, controlando el mercado y multiplicando las ganancias.

En cuarto lugar: ¿cuál debe ser la participación del sector privado en la prestación de los servicios y en la administración de los recursos en salud? Es una discusión abierta (López, W. 2016). Personalmente considero que la participación del sector privado puede ser positiva. Lo que no está bien es que se privaticen los recursos de la salud. O que el sector privado controle el sistema. Ni está bien que la ganancia se convierta en el criterio central de la prestación de los servicios o de la administración de los recursos de la salud.

Un aspecto que recientemente ha venido cobrando importancia es el de la sostenibilidad fiscal. Todos sabemos que el Estado tiene la obligación de garantizar su sostenibilidad en términos económicos y una adecuada distribución de los recursos públicos en los distintos frentes que requiere la sociedad (Fedesarrollo, 2012). Pero, ¿debe someterse el derecho a la salud a la sostenibilidad fiscal de los estados? En otras palabras: ¿el derecho a la salud es un derecho prioritario o debe estar supeditado al techo presupuestal que el Estado le asigne?

Dos temas complementarios: el papel y los alcances de la tutela (o derecho de amparo), y la participación de la población en salud. La tutela: ¿debe mante-

nerse o debe limitarse? Resulta que la tutela se ha convertido en uno de los pocos mecanismos que le queda a la gente, para reclamar el derecho y los servicios que no se le prestan, una especie de válvula de escape (Defensoría del Pueblo, 2015). Y como cada vez se niegan más servicios, las tutelas se han incrementado exponencialmente, hasta el punto que para algunos funcionarios gubernamentales hay una epidemia de “tutelitis” y, por tanto, debe limitarse drásticamente su utilización. Lo ideal sería que la cobertura fuera tan universal y el acceso tan eficiente, que no hubiera que recurrir a la tutela. Pero no se debe suspender el medicamento antes de controlar la enfermedad.

Nadie niega, por lo demás, la importancia de la participación de la población en salud (León U, J. 2012). Pero muchos de los defensores del modelo dominante quisieran en la práctica que se redujera a colaborar en tareas preventivas o en aspectos formales, sin tocar para nada la participación en el debate e implementación de las políticas, en la vigilancia y control de la gestión y los recursos del sector, y en la toma de las decisiones estratégicas.

Como puede apreciarse en el conjunto de temas enunciados, lo que está en discusión no son cuestiones de poca monta o matices de algún fundamentalismo ideológico. Ni es sólo una cuestión tecno-burocrática. Lo que está de por medio es la racionalidad político-económica, la fundamentación ética, la finalidad y la razón de ser de los sistemas de salud y Seguridad Social. Se trata entonces de la manera como se entienden el estado, la sociedad, la salud y la economía. Es en las diferencias en esas concepciones, racionalidades y finalidades, donde se originan las diversas propuestas. Y es preciso advertir que lo que está de por medio no son sólo diferencias ideológico-políticas, sino también tensiones de intereses y poderes económico-políticos supremamente fuertes. Por lo tanto, más que un problema académico, es un problema del ordenamiento económico y de lucha política en la sociedad.

VIII.2 ¿Qué es lo esencial del sistema de salud que se ha implementado en Colombia?

Conviene enunciar de manera sintética algunos elementos del contexto en el cual se originó el actual Sistema de Salud y Seguridad Social colombiano. El punto de partida hacia el modelo vigente de SSSS en Colombia, es la Constitución de 1991 (República de Colombia, 1991). Y esa Constitución surge en el

entrecruzamiento en el país del auge neoliberal imperante a nivel internacional, con un intento de paz, uno más en la historia reciente de Colombia, a raíz de la negociación con una de las organizaciones guerrilleras: el M-19. Estos dos elementos: un proyecto macroeconómico internacional y una organización guerrillera que trataba de negociar y de llegar a algunos pactos, en medio de una intensa movilización, configuran lo esencial del escenario de la nueva constitución. Y hay que recordar que las constituciones no son dogmas intemporales. Son pactos, acuerdos para hacer posible la convivencia entre las distintas fuerzas sociales de un país en un determinado momento de su historia.

La nueva constitución de Colombia expresa entonces esas tensiones y esos intereses en juego. Justo por eso, la Constitución de 1991 no reconoció en Colombia la salud como un derecho humano fundamental. De manera contradictoria, reconoció la salud como derecho humano fundamental sólo para los niños. Contradictorio ya que un derecho humano fundamental es para todos los humanos, no sólo para un sector. Todo el respeto y el cariño por los niños, y el reconocimiento pleno de su derecho a la salud. El debate no es con ellos o contra ellos, sino en términos de la universalidad de los derechos fundamentales. La nueva constitución colombiana declaró que para todos los demás – para los no niños – la salud es un servicio público a cargo del Estado, que se podrá prestar por instituciones públicas o privadas. En su Artículo 48 dice: “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado... La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley” (República de Colombia, 1993). Un discurso bastante similar al de la constitución chilena promulgada al final de la dictadura y bajo las orientaciones del propio Milton Friedman.

A partir del mandato constitucional, el gobierno colombiano promovió la formulación de un modelo de Seguridad Social y salud. La Ley 100 no es solamente entonces una ley acerca del sistema de salud. La mitad de sus artículos se dedica al sistema de pensiones, que se analiza en otro capítulo. Voy a referirme a continuación al componente de salud de dicha ley.

¿Qué es lo esencial? En primer lugar, la ley 100 reduce la concepción de la salud y del servicio de salud a la atención de las enfermedades. Se recorta

todo el resto del horizonte sanitario del buen vivir, de las condiciones y la calidad de vida. Lo que interesa en el nuevo modelo es la prestación y – sobre todo - el financiamiento de los servicios asistenciales relacionados con la respuesta a las enfermedades.

El modelo plantea que se requiere el aseguramiento individual. Es decir: que para tener derecho a la atención en salud hay que aportar, y que es en función de lo aportado que se define lo que en realidad recibirá cada persona. Es reconocer y establecer que en la sociedad hay que comprar la salud, y que su garantía depende fundamentalmente del nivel individual de ingreso. Por lo tanto, los servicios asistenciales de salud se convierten en una mercancía sometida, obviamente, a las leyes del mercado: usted tendrá tanta, cuanta pueda pagar y, al mismo tiempo, sectores del capital financiero nacional y transnacional pueden invertir y obtener jugosas ganancias en la compra-venta de tales servicios.

Como consecuencia de la mercantilización de los servicios de salud, se establecieron en Colombia tres regímenes de adscripción al sistema de salud. El régimen contributivo, para aquellos que tienen capacidad de pago mediante relaciones laborales. La cotización corresponde al 12% del salario. El trabajador aporta la tercera parte y el empleador las restantes dos terceras partes -Ley 100, Art. 204-. El régimen subsidiado, para aquellos que, por su incapacidad de pago total o parcial, requieren de un subsidio. Los subsidios provienen de recursos fiscales o de un fondo de solidaridad, financiado básicamente con un porcentaje del aporte de los cotizantes del régimen contributivo y aportes del presupuesto nacional -Ley 100, artículo 211-. Los regímenes de excepción, conformados por los servicios y programas de salud preexistentes a la propia Ley 100 de 1993 y que ella misma, por presiones de diferentes grupos de poder, se encargó de mantener. Incluyen, entre otros, a las fuerzas militares y de policía, a los miembros del Congreso de la República, al magisterio y a los trabajadores de la estatal petrolera Ecopetrol -Ley 100, artículo 279-. A más de estos tres regímenes, en la práctica existe otro, denominado de medicina prepagada. Corresponde a los planes que adquieren adicional e individualmente las personas de mayores ingresos para garantizar servicios y beneficios especiales, generalmente no incluidos en el régimen contributivo.

Para cada uno de los cuatro regímenes, existen uno o varios paquetes diferenciados de beneficios y servicios, siendo los más limitados los del régimen subsidiado y los más completos, obviamente, los de medicina prepagada. Esta fragmentación de los servicios de salud en función de la capacidad de pago es una negación absoluta de la salud como derecho humano fundamental, una legalización de la estratificación social y un estímulo al mantenimiento e incremento de la inequidad social, que es una de las peores consecuencias del modelo en cuestión.

Otro elemento esencial del sistema basado en la Ley 100, es la separación de la prestación de los servicios, de su administración y su manejo financiero. Se crean entonces las Entidades Promotoras de Salud -EPS- y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-. Las primeras se encargarían de la afiliación, el registro, el recaudo de las cotizaciones y la contratación con las instituciones prestadoras de servicios. Las segundas, conformadas por hospitales, clínicas, centros asistenciales y de diagnóstico, se encargarían de hacer efectivos los servicios de salud mediante contratación con las EPS.

Muy pronto las EPS dejaron el eufemismo nominal de “Entidades” y asumieron la denominación correcta: empresas. Pero no se desprendieron del otro calificativo: Promotoras, que resultó ser una cooptación, con fines de mercado, del nombre de la estrategia de promoción de la salud, que por entonces renacía a raíz de la Carta de Ottawa de 1986. Veintitrés años después de la creación de las EPS puede afirmarse que han tenido poquísimo que ver con la promoción de la salud. En cambio su carácter empresarial se fue fortaleciendo aceleradamente. Tomaron en serio su papel de intermediación financiera, y les sobró inteligencia y creatividad para aprovecharlo y expandirlo, hasta límites que excedieron la legalidad tanto del país como del propio mercado. Fueron acumulando tal poder, que configuraron grandes conglomerados económicos, diversificando y controlando cada una de las actividades relacionadas con el sector: medicamentos, personal profesional, especializado y técnico-administrativo, insumos tecnológicos, exámenes e imágenes diagnósticas, dotación hospitalaria, hoteleería. Varias de las EPS han figurado entre las empresas más grandes del país. No sólo han privilegiado el lucro sobre la calidad y el acceso a los servicios, sino que se han apropiado, e inclusive han desviado porcentajes muy grandes de los dineros aportados por la población para la salud.

En esta lógica mercantil, el Estado deja entonces de ser el garante de la salud y rector del respectivo sistema, para convertirse en un actor más del mercado. En la práctica, las EPS asumieron la posición dominante en el sistema, fueron imponiendo sus intereses, estilo y lenguaje, y llegaron hasta configurar una especie de “cartel” para controlar precios, servicios y normas.

Finalmente, la participación de la sociedad – convertida ahora en “clientes” o “usuarios” individuales – perdió peso e importancia y fue quedando reducida a unas cuantas prácticas formales, instrumentales, operativas, despojadas de creatividad, efectividad y fuerza vinculante. No se trata de ejercicio de ciudadanía en salud, sino de reclamación contractual y funcionamiento mercantil.

VIII.3 Los ajustes al modelo

Las dificultades de su implementación, las tensiones entre los intereses de los diversos actores y los cuestionamientos de los sectores opuestos a ella (Franco, 2003), han llevado a que durante su vigencia se le hayan hecho varias reformas a la Ley 100. Las más importantes se dieron en el 2007 - ley 1122 de ese año-; en el 2011-ley 1438- y en 2015, cuando se promulgó la ley estatutaria. Además, la Corte Constitucional, que es la máxima instancia del orden jurídico en el país, promulgó en el año 2008 la Sentencia T-760 (Corte Constitucional, 2008), en la que formuló los mayores avances jurisprudenciales en cuanto al derecho a la salud, trató de darle la mayor vigencia posible dentro del ordenamiento constitucional, y ordenó al gobierno nacional una serie de medidas conducentes a reducir las barreras impuestas por la ley 100, y a acoger las demandas planteadas por los “usuarios” mediante el mecanismo de tutela.

Es conveniente señalar también, que detrás de cada una de esas reformas, ha habido importantes debates y movilizaciones en el país por el derecho a la salud. Posiblemente las dos mayores se dieron en 2009-2010, cuando el gobierno del presidente Uribe Vélez quiso hacer la reforma más radical al modelo, tratando inclusive de crear lo que allí se llamaba “un sistema técnico-científico en salud”. Dicho “sistema”, intentaba introducir la mercantilización y la privatización en los campos de la ideología, la ética y el jurídico-penal, anu-

lando la autonomía de los profesionales de la salud, reduciendo su actividad al cumplimiento de unos protocolos, penalizando el ejercicio profesional y obligando a todos a someterse acríticamente a tal “sistema”. Las movilizaciones de los profesionales y estudiantes de la salud, el apoyo popular provocado por la amenaza de tener que recurrir hasta a los ahorros personales y familiares para poder cubrir los gastos en salud, y el fallo de la Corte Constitucional, contrario a los contenidos fundamentales de la propuesta del gobierno de Uribe, lograron frenar el intento regresivo.

Posteriormente, a partir del año 2012, se reactivó el debate sobre el modelo de salud. La discusión se fue centrando en distintas propuestas para una Ley Estatutaria en Salud. Dadas su importancia y actualidad, conviene esbozar de manera sintética lo esencial de dicho debate.

En primer lugar, ¿qué es una Ley Estatutaria? Existen distintos tipos y categorías de leyes. La Constitución es la suprema ley, la ley de leyes. Vienen luego algunas leyes de especial relevancia, tales como las relacionadas con la aprobación e integración, al ordenamiento jurídico nacional, de los pactos internacionales. Por su parte, las leyes estatutarias abordan temas de gran importancia, como la definición, delimitación y reglamentación de los distintos derechos. Son leyes que requieren un trámite especial y la revisión previa de la Corte Constitucional para poder ser sancionadas por el presidente de la República y entrar en vigencia. Existen, además, leyes ordinarias.

En Colombia, dadas la existencia de una Constitución relativamente reciente, 1991, y la complejidad política para la formulación de una nueva Constitución o de enmiendas constitucionales, nos empeñamos en la propuesta de una Ley Estatutaria en Salud, buscando reivindicar y dotar de cuerpo y peso legal el derecho a la salud, definir las obligaciones del Estado en su garantía, y señalar los derechos y deberes que implica para los ciudadanos. Después de intensos debates, movilizaciones masivas, formulación y presentación de diferentes propuestas – desde la sociedad civil se logró elaborar tanto una sólida propuesta de ley estatutaria como otra de ley ordinaria (Comisión de Seguimiento, 2014) -, y conformación de diversas alianzas sociales y políticas, el gobierno logró la aprobación, por parte del Congreso de la República en junio de 2013, de su proyecto de Ley Estatutaria en Salud. En 2014 la

Corte Constitucional declaró exequible buena parte de ella, eliminó algunos aspectos, precisó otros, y promulgó la Sentencia C-313 en la cual expone las bases jurisprudenciales de sus posiciones y decisiones. En febrero de 2015 el ejecutivo, después de algunas vacilaciones, finalmente la sancionó como Ley 1751. Sin duda esta ley significa un avance importante por cuanto delimita y regula el derecho a la salud y las responsabilidades del Estado en su respeto, protección y garantía, y defiende la tutela, la participación en el sistema de salud, las redes integrales de salud, la autonomía profesional, el trabajo digno en el sector, el control de los precios de los medicamentos y la obligatoriedad de la atención de urgencias.

Este último aspecto de la atención de las urgencias merece un breve comentario. Por presión de algunos sectores, la Ley 100 del 93 determinó que, en los casos de urgencias, los servicios de salud sólo estaban obligados a prestar la atención *inicial*. Con esta simple palabra (inicial) se ahorraron algunos costos, pero en la práctica condenaron a muerte a una gran cantidad de personas, pues si usted llegaba a un centro médico en situación de urgencia y no tenía su carné a la mano o su cotización al día, simplemente le daban la atención mínima y lo remitían. Cumplían la ley, pero no resolvían su grave situación de salud y lo exponían o condenaban a muerte. En el proyecto original de Ley Estatutaria presentado por el gobierno, se mantenía el criterio de la atención *inicial* de urgencias. Gracias a los debates y las movilizaciones de muchos sectores se logró, entre otras cosas, que al menos esa palabra se eliminara y se estableciera la obligatoriedad, sin ningún requisito, de la atención integral de las urgencias. Este hecho concreto permite además llamar la atención acerca de la complejidad y los riesgos de las luchas legales, y de la necesidad de estar pendientes hasta de los mínimos detalles en sus textos. Con frecuencia el discurso es inclusivo, pero al concretarse en normas y textos, coopta y desvirtúa conceptos como el derecho a la salud, o reduce el derecho con acotaciones como la anteriormente anotada.

Reconociéndola como un avance, esta ley estatutaria tiene, sin embargo, muchas limitaciones. Es un paso firme, pero insuficiente. ¿Por qué? Porque no enfrenta el carácter esencialmente mercantil del modelo y, en consecuencia, persisten el aseguramiento individual, la compra-venta de servicios, la intermediación financiera, las EPS, y los diversos regímenes y planes de be-

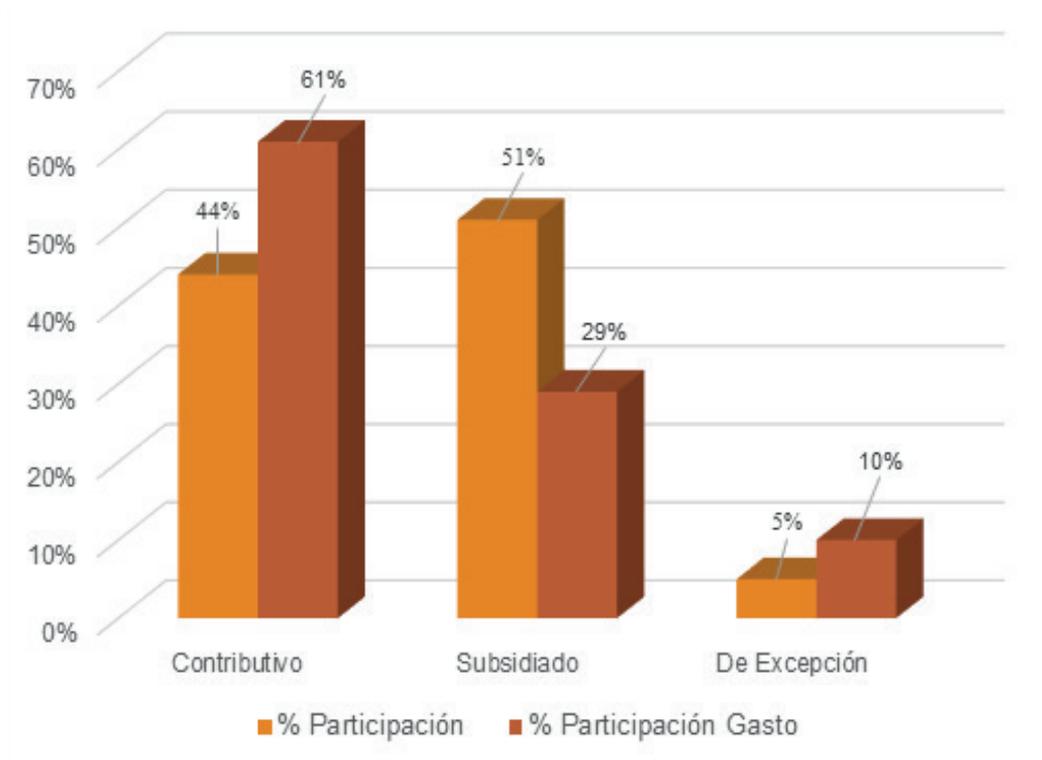
neficios en función de la capacidad de pago. O sea, a pesar de los ajustes y de los logros parciales, las bases del modelo quedan intactas. Y la gestión del gobierno en salud, posterior a la aprobación de la ley, sigue demostrando la relativa intrascendencia práctica de la nueva ley, y que lo esencial no se tocó.

VIII.4 Los saldos rojos del modelo de Seguridad Social en salud vigente en Colombia

A más de la cantidad de vidas perdidas, de los dolores evitables padecidos por muchos enfermos y sus familias, y de la indignidad que esta ley ha producido en Colombia, pienso que su peor saldo rojo es el mantenimiento e incremento de las inequidades en salud. La ley 100 no creó las inequidades en salud en el país, ellas eran anteriores a dicha ley. Pero ésta, al discriminar en función de la pobreza padecida o de la capacidad de pago por la compra de servicios diferenciados, introdujo una estratificación perversa de personas - ahora “usuarios” - de primera, segunda y tercera categoría.

Se confirma la inequidad del sistema al comprobar, por ejemplo, que el gasto *per cápita* del régimen de excepción, que apenas cubre al cinco por ciento de la población, es casi el doble del gasto en el régimen contributivo y tres veces el gasto en el régimen subsidiado. El Gráfico 8.1 muestra la participación de cada uno de los tres regímenes en el total de población vinculada y en el gasto del sector. El régimen subsidiado tiene la mitad de la población, 51%, pero gasta 15 puntos porcentuales menos que el contributivo. El régimen de excepción cubre, como ya se dijo, sólo al 5% de la población, pero gasta el 10%.

Gráfico 8.1 —Participación de Asegurados vs Gasto en los distintos Regímenes del Sistema de Salud. Colombia 2010



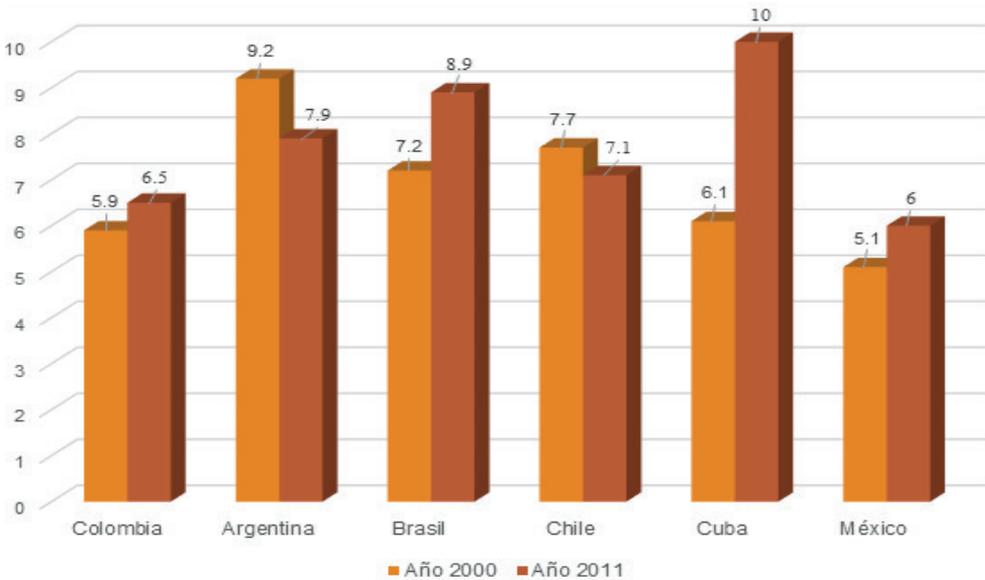
Fuente: López, William. *Relaciones Público Privadas en el Sistema de Salud de Colombia*. Rio de Janeiro 2016

Comparativamente con otros países de la región, Colombia invierte en salud un porcentaje inferior del Producto Interno Bruto -PIB-. El Gráfico 8.2 compara el porcentaje del PIB invertido en salud por seis países de la región: Cuba, Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México, en los años 2000 y 2011. Colombia y México gastan en salud un porcentaje del PIB relativamente bajo, y muy similar: Colombia el 6.5% en el 2011, y México el 6% en el mismo año. De estos seis países, Cuba invierte en salud el más alto porcentaje del PIB y registra además el mayor incremento porcentual en el período indicado.

Otro saldo rojo del sistema en cuestión ha sido el incremento exponencial de las tutelas. En el 2014 hubo en Colombia 118,281 tutelas relacionadas con

la salud: cuatro reclamos por minuto en promedio durante todo el año. Con un agravante: la mayoría de los reclamos se deben a la negación de servicios incluidos en el denominado Plan Obligatorio de Salud, es decir: lo más básico (Echeverry ME, 2013). Ningún sistema es perfecto y todos tienen fallas. Pero para que haya tal cantidad de reclamos en un año, tiene que ser que el sistema es demasiado inadecuado e incompetente. No puede afirmarse que un sistema así es un buen sistema. Obviamente el problema no es la tutela. Esta es, como se dijo, un recurso legal válido. Pero su exceso y su tendencia creciente son signos fehacientes de la ineptitud del sistema.

Gráfico 8.2 — Gasto total en salud como porcentaje del PIB



Fuente: López, William. Relaciones Público Privadas en el Sistema de Salud de Colombia. Río de Janeiro 2016

Otro saldo rojo del modelo colombiano, es la enorme deuda del gobierno y de las EPS con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. A finales del año pasado, la deuda llegaba a 4 billones de dólares. Eso quiere decir que los dineros de la salud no están llegando a donde deben llegar. Que los intermediarios se están quedando o están reteniendo buena parte de tales recursos.

Que la corrupción no es marginal sino protagónica en el sistema. Y que, en consecuencia, los hospitales – en especial los públicos -, las clínicas y demás centros de atención de la salud, están condenados a la bancarrota mientras persista este modelo. A lo anterior se suma el hecho que, al ser la rentabilidad económica la principal motivación tanto de las IPS como de las EPS, ambos tipos de instituciones han ido cerrando o desestimulando el funcionamiento de servicios socialmente necesarios, pero menos rentables, tales como las urgencias y las hospitalizaciones de pediatría.

El incremento constante de las barreras al acceso constituye otro preocupante saldo rojo del modelo colombiano de salud (Vargas, L.I. 2010). Son barreras de tipo económico, geográfico y administrativo. Los costos de la atención discriminan y marginan a amplios sectores. Tanto las EPS como las IPS con mayor capacidad resolutoria y mejor dotación científico-técnica, se ubican en los mejores sectores de las ciudades y municipios más poblados y de mayores ingresos. Por su parte, las barreras administrativas son cada vez mayores y afectan negativamente la calidad de vida y la dignidad de las personas, en especial cuando están enfermas; cualquier atención requiere una o varias autorizaciones y no hay coherencia entre el lugar de residencia de la gente y los centros en donde debe solicitar la cita, ser atendida u hospitalizada, o recibir los medicamentos. Los defensores del modelo insisten en la ampliación de cobertura que ha logrado (Glassman, AL. et al. 2009). Pero, en rigor, buena parte de tal cobertura es nominal o parcial. Es una cobertura de papel, cuando lo que en realidad importa es el acceso real, oportuno y efectivo a servicios integrales.

Ya se indicó que la red pública hospitalaria está prácticamente colapsada en el país. La mayor parte de los hospitales, incluyendo los hospitales universitarios de las principales ciudades, han tenido que cerrar sus puertas. ¿Por qué? Porque la racionalidad del modelo es económica, de rentabilidad, de producción de ganancia, no de producción de salud o de nuevos conocimientos, ni de mejoría de la calidad de la vida.

Como salubrista tengo que señalar que la salud pública fue desconocida o relegada a un plano muy secundario en el actual sistema de salud colombiano (Franco, S. 2003). Las consecuencias negativas de tal orientación - tales como

el desinterés por las enfermedades infecto-contagiosas y las respectivas acciones preventivas de vacunación y saneamiento ambiental, o la subvaloración de problemas tan graves como la desnutrición infantil o la violencia, o el menosprecio de la promoción de la salud -, y el reclamo de sectores académicos y sociales, llevaron a que varias de las reformas que se han hecho al modelo hayan tratado de enmendar parcialmente el error y, en consecuencia, darle alguna presencia a la salud pública (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). No obstante, la salud pública sigue sin ser el eje del sistema, relegada a un plano secundario, o desnaturalizada por los intentos de convertirla también en pieza mercantil.

La corrupción es otro de los graves problemas del sistema de salud colombiano. No es un problema originario del sector, por supuesto, ni lo inventó la Ley 100. Es la presencia en el sector de uno de los mayores problemas del país, agravado sí por los valores mercantiles e individualistas impulsados por el sistema de salud y por las sumas billonarias de dinero que mueve. Hay que advertir que el problema de la corrupción se ha instalado no sólo en el sector público, sino también en el sector privado que domina el sistema de salud.

Justamente, y dado su carácter emblemático, merece relatarse brevemente el caso de corrupción que se dio en la mayor EPS del país, llamada Saludcoop (Franco, S. 2013). Fue fundada en 1994, llegó a tener 4.6 millones de afiliados y, en sus primeros 16 años, incrementó su capital 176 veces (Coronel, D. 2010). Creo que ni el narcotráfico produce esos niveles de ganancia. Sólo entre 2007 y 2008 aumentó su utilidad operacional en 184 por ciento. ¿A costa de qué? De la reducción de la atención a las personas; del recobro de medicamentos -en especial los de alto costo-, a unos precios escandalosos; a la integración vertical, es decir, a la conformación de un enorme conglomerado de pequeñas empresas de los mismos propietarios, una para cada una de las múltiples actividades y necesidades de los servicios de salud: suministro de medicamentos, contratación de personal de salud, construcción, dotación y mantenimiento de clínicas y hospitales, laboratorios clínicos, ambulancias, etc. La pujanza económica de Salucoop fue tal, que empezó a repartir jugosos dividendos entre sus principales accionistas y a invertir en propiedad raíz, proyectos inmobiliarios de lujo y construcción de canchas de golf. En 2011 el presidente de Saludcoop ganaba un salario equivalente a cinco veces el

salario del presidente de la República y a 162 veces el salario mínimo legal vigente. A pesar de la cooptación económica de muchos altos funcionarios del gobierno por parte de dicha empresa, el Estado tuvo que empezar a tomar cartas en el asunto. En 2012 tuvieron que sancionarla los organismos de control. En noviembre del 2015, cuando ya empezaba a tener un patrimonio negativo de un billón de dólares, el Estado la intervino, pero de una manera sorprendente: la cerró y asignó todos los pacientes a otra empresa del mismo grupo, llamada Cafesalud. La liquidación de Saludcoop ha estado rodeada de nuevos y frecuentes escándalos, de evasión de responsabilidades laborales, financieras y administrativas, de graves consecuencias tanto para los pacientes como para el personal profesional y técnico-administrativo; de renunciadas sorprendidas y hasta de crímenes sospechosos. Y Cafesalud, desbordada por las súbitas responsabilidades y la inmensa demanda de servicios, siguen tratando de sanearla para ofrecerla al mejor postor.

La historia todavía inconclusa y apenas esbozada de Saludcoop, es una de las mayores evidencias de las funestas consecuencias de convertir la salud en un negocio, de dejar el manejo de los fondos y servicios de la salud a la lógica y a los intereses del mercado, de permitir y fomentar la corrupción, y de propiciar la ausencia del Estado en la regulación, funcionamiento y garantía del derecho a la salud. Si el Estado se legitima en parte mediante la prestación de servicios educativos, de salud, justicia y bienestar, su ausencia en estos campos – y muy especialmente en el de la salud- es un determinante de su progresiva deslegitimación.

VIII.5 Retos para los sistemas de salud y Seguridad Social en México y América Latina

Una reflexión final en torno al tema central. Me arriesgo a afirmar que, en términos regionales, el gran reto en salud y Seguridad Social es promover una iniciativa común latinoamericana, orientada a la construcción de sociedades saludables y en paz, basadas en una visión amplia de la vida, el buen vivir y la salud; en el reconocimiento de la salud como derecho humano fundamental; y en la defensa de SSSS universales, equitativos, integrales y de predominio público. En las actuales condiciones socio-políticas de la región, una iniciativa de esa magnitud tiene una serie de prerrequisitos, debe fijar unos lineamien-

tos básicos, y debe también respetar y tener en cuenta las especificidades nacionales.

Para abrirse camino la iniciativa debe, en primer lugar, enfrentar y contrarrestar la ofensiva privatizadora. Cuatro décadas de desarrollo y consolidación del modelo neoliberal en el campo de la salud y de los sistemas de salud en varios países de América Latina, han logrado instaurar una serie de valores y prácticas individualistas, utilitaristas y mercantiles que es preciso suplantar. Es necesario evidenciar la incapacidad estructural de tales sistemas para garantizar buen vivir, equidad y acceso universal. Esta tarea no se reduce al plano ideológico. La elaboración y divulgación del inventario de los saldos rojos de los sistemas en cuestión, como los enunciados en el caso colombiano, debe formar parte de la estrategia. Además, los contenidos en salud de las nuevas Constituciones latinoamericanas, en especial las de Brasil, Bolivia, Ecuador, y Venezuela, incorporan aportes fundamentales que es preciso defender y evitar que queden en letra muerta.

Otro prerrequisito fundamental para impulsar la iniciativa latinoamericana, es la conformación y el mantenimiento de instancias organizativas nacionales - y ojalá internacionales - que permitan madurar la propuesta, divulgarla y garantizarle el necesario apoyo académico, político y social. Sin tales instancias las propuestas son esporádicas e inconsistentes, y no alcanzan a trascender espacios reducidos y momentos coyunturales. Si hablamos de globalización, no sólo hay que globalizar el mercado. Hay que globalizar también estas causas sociales y estos movimientos hacia la salud y la Seguridad Social.

A partir de la experiencia colombiana considero que, respetando las diferencias nacionales, al momento de trazar los lineamientos de una iniciativa regional en salud y Seguridad Social, hay que fijar algunos mínimos o líneas rojas que es preciso defender a toda costa. Sólo como aporte al debate, me atrevo a enunciar las siguientes cuatro líneas rojas:

- 1) No a la mercantilización y medicalización de la salud.
- 2) No a la reducción de la salud al negocio de la atención de las enfermedades.

- 3) No a la privatización de los sistemas de salud y Seguridad Social, y al desconocimiento de las responsabilidades esenciales estatales.
- 4) No a la intermediación financiera en salud y Seguridad Social.

Tanto en este documento, como en muchos otros (Tetelboin, C. y Laurell, C. *et al.* 2015), ya se han desarrollado ampliamente la fundamentación, el significado y las consecuencias de estos cuatro enunciados sintéticos, lo que me exime de hacerlo ahora.

VIII.6 Una reflexión final

La vida me ha dado la oportunidad de conocer, relativamente de cerca, muchos sistemas de salud en distintas regiones del mundo. Y cada vez tengo más claro que no existe un modelo ideal de salud y Seguridad Social. Ninguno ha logrado niveles óptimos en términos de garantía plena del derecho a la salud y al buen vivir, ni resultados en salud, equidad, acceso, calidad y eficiencia. Pero es igualmente cierto que existen en algunos países de orientaciones políticas muy diversas, experiencias valiosas y resultados exitosos, que deben tenerse en cuenta al momento de tratar de construir sociedades saludables y en paz, y sistemas de salud como los que hemos esbozado. En mi opinión la experiencia colombiana, en lugar de servir de guía para lo que debe hacerse, enseña dolorosamente mucho de lo que no debe hacerse en cuanto a sistemas de salud y Seguridad Social.

El impulso a una iniciativa regional en este campo y su implementación en cada uno de los países, no es sólo un problema académico, o económico, político, o gremial. Es un problema complejo que compete a toda la sociedad. Y si no hay movilización social consciente, organizada, sistemática y persistente no hay posibilidad de alcanzar el objetivo (Borrero, Y. 2014). Pueden lograrse avances más o menos importantes. Pueden ganarse luchas parlamentarias, reformas legales y formales, e inclusive constituciones políticas progresistas. Pero si no hay conciencia social convertida en organización, propuestas y movilización, no es posible la conquista e implementación de este tipo de iniciativas en salud y Seguridad Social.

Bibliografía

Acosta, A. (2010). El Buen Vivir en el camino del post-desarrollo. Una lectura desde la Constitución de Montecristi. *Policy Paper 9*. Quito, Ecuador.

Almeida, C. (2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y El Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4):905-925.

Borrero, Y. (2014). Luchas por la salud en Colombia. Pontificia Universidad Javeriana, Cali.

Comisión de Seguimiento, (2014). Salud: iniciativas legislativas desde la sociedad civil. Comisión de Seguimiento a la sentencia T-760 de 2008 y de reforma estructural del sistema de salud y Seguridad Social. Bogotá.

Coronel, D. (2010). Dónde está la bolita. *Revista Semana*, 30 de enero. Bogotá.

Corte Constitucional, (2008=). Sentencia T-760 de 2008. Bogotá.

Defensoría del Pueblo, (2015). La tutela y los derechos a la salud y a la Seguridad Social. 2014. Bogotá.

Echeverry, M.E. (2013). *Indignación justa: estudios sobre la acción de tutela en salud en Medellín*. Universidad de Antioquia. Medellín.

Fedesarrollo. (2012). *La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano. Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro*. Bogotá: Fedesarrollo.

Franco, S. (2003). Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma de salud y Seguridad Social en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*: 2(4):58-69.

Franco, S. (2013). Entre los negocios y los derechos. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(2):268-284.

Franco, S. (2016). Retomando el Buen Vivir. Consultado en: www.elespectador.com/opinion/retomando-el-buen-vivir Abril 13.

Glassman, A.L. et al. (2009). *From few to many. Ten years of health insurance expansion in*

Colombia. IADB. Washington.

Hernández, M. (2000). El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. *Revista Salud Pública*, 2(2):121-144.

Laurell, A.C. (2012). Sistemas universales de salud: retos y desafíos.

León U, J. (2012). *La participación ciudadana en salud en Venezuela*. Consalud. Carabobo.

López, W. (2016). *Relacoes público-privadas no sistema de saúde da Colombia*. Río de Janeiro.

Ministerio de Salud y Protección Social, (2012). Plan Decenal de Salud Pública. Colombia, 2012-2021. Bogotá.

República de Colombia, (1991). Constitución Política de Colombia. Ecoe ediciones. Bogotá.

República de Colombia, (1993). Ley 100 de 1993. Ecoe ediciones. Bogotá.

Tetelboin, C. Laurell, A.C. *et al.* (2015). *Por el derecho universal a la salud*. Buenos Aires: Clacso.

Vargas L, I. *et al.* (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista Salud Pública*. 12(5):701-712.

IX. La crisis crónica del sistema nacional de salud y las posibles reformas

Asa Cristina Laurell¹¹⁴

“No podemos solucionar problemas usando el mismo tipo de pensamiento que usamos al crearlos”.

Albert Einstein

México lleva tres lustros reformando el Sistema Nacional de Salud¹¹⁵ (SNS) o más de tres décadas, si partimos desde el inicio de la descentralización de la Secretaría de Salud Federal (SS). Los hitos del proceso de reforma son: la reforma del IMSS en 1995/97, la creación del Sistema Nacional de Protección de Salud (SNPS) más conocido como Seguro Popular (SP) en 2003 con una ampliación en 2007, y la reforma del ISSSTE, también en 2007. Se nos prometía que habría cobertura universal de salud en 2011 y todavía no se ha logrado. En el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 se plantea de nuevo la

114 Investigadora y docente Cátedra “Ramón Villareal”—Universidad Autónoma Metropolitana. Xochimilco.

115 El SNS “está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud...”. (Artículo 5 Ley General de Salud)

integración de un sistema universal, esta vez llamado el Sistema Nacional de Salud Universal, que ha avanzado muy poco.

Las propias instituciones gubernamentales, los organismos supranacionales, los actores privados en materia de salud y sus consultores, así como los estudiosos académicos del tema, coinciden en señalar que el SNS tiene problemas serios de funcionamiento y de financiamiento, por lo que requiere ser reformado.

El objetivo de este texto es examinar la problemática del sistema, con énfasis en los temas críticos que son: la cobertura del aseguramiento; el acceso a los servicios requeridos; la sobrecarga institucional; falta de infraestructura y personal; las acciones de salud pública y seguridad sanitaria; y el financiamiento. Así mismo, se revisará cómo los distintos actores del sector salud diagnostican estos problemas y qué proponen para resolverlos. Sobre esta base, nos interesa particularmente analizar si la profundización del actual proceso de reforma resolvería la problemática, o si se requiere de otro tipo de reforma para garantizar el derecho universal a la salud a todos.

IX.1 La concepción de la(s) reforma(s)

Es necesario aclarar que las sucesivas reformas del periodo 1995-2007, obedecen a la misma concepción básica, el modelo de “competencia gerenciada”, que actualmente se conoce en México como el “pluralismo estructurado” (Londoño y Frenk, 1997). Este modelo esencialmente plantea que deben separarse el financiamiento (los fondos de salud) de la administración de fondos/compra de servicios (la llamada instancia articuladora) y la prestación de los servicios médicos a las personas. Tanto la instancia articuladora como los prestadores pueden ser públicos o privados, y debe regir el principio de libre elección de ellos. Una condición indispensable para hacer viable la instrumentación de este modelo, es definir y costear paquetes explícitos de servicios, para que los compradores y los prestadores de servicios puedan calcular costos y ganancias.

Este modelo de mercantilización y privatización de los servicios de salud, fue una de las condicionantes de los préstamos de rescate de los organismos su-

pranacionales al gobierno mexicano, a raíz de la crisis de 1994-5 (Laurell, 1998); y desde entonces, es el esquema implícito en las reformas. Otra característica de este modelo es que se centra en la atención a la persona y no en la colectividad o comunidad. Esto ha conllevado una medición del desempeño de los servicios por el número de consultas, hospitalizaciones, cirugías, etcétera, y sobre esta base se fijan los incentivos.

En este diseño el papel del Estado debe restringirse a regular o modular el sistema de salud, proveer información a los compradores de servicios, para compensar las conocidísimas fallas del mercado, hacerse cargo de las acciones de salud pública y seguridad sanitaria y, eventualmente, subsidiar el seguro médico para garantizar la existencia del mercado (Laurell, 2013). Es cierto que la implantación de este modelo ha enfrentado muchas dificultades de orden legal e institucional, y resistencias muy variadas. Sin embargo, a pesar del fracaso de los reiterados intentos de imponer alguna de sus variantes, sigue siendo dominante por su concordancia con el padrón de acumulación imperante, o sea el proyecto económico neoclásico adoptado desde 1983.

IX.2 Diagnósticos sobre el SNS y sus problemas

Existe un gran número de diagnósticos sobre el SNS y la reforma, sean éstos de fuentes gubernamentales, de organizaciones internacionales, de actores privados o sus consultores, y de académicos. Entre los organismos nacionales que demuestran que hay problemas en el sistema mexicano de salud, están la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición y varias instituciones académicas: la UNAM, particularmente el Seminario de la Cuestión Social del cual formó parte el Dr. José R. Narro; la UAM y otras. Entre las instituciones públicas están también, las evaluaciones de CONEVAL, el INEGI (2015) con la Encuesta Intercensal de 2015 y, significativamente, el diagnóstico del Plan Sectorial de Salud 2013-2018, que llegan a conclusiones semejantes. Del sector privado tenemos opiniones en este sentido de Funsalud en 2012, la Fundación Espinosa Yglesias en 2013, la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) junto con Funsalud y Coparmex en 2015, así como el primer reporte ciudadano sobre calidad y acceso efectivo a la salud. Los organismos internacionales

que tienen la misma idea son el Banco Mundial en 2014, la OCDE en 2016, y la Organización Panamericana de Salud en 2012 y 2013. O sea, parece haber consenso de que estamos frente al quebranto y estancamiento de esa reforma.

Respecto a la ausencia del aseguramiento universal, objetivo prioritario de la reforma, las sucesivas Encuestas Nacionales de Ingreso y Gasto de los Hogares (2010, 2012 y 2014) y la Encuesta Intercensal de 2015 confirman dos hechos. Por un lado, hay un porcentaje importante de mexicanos que no cuentan con ningún seguro de salud, que en 2015 alcanzaba al 17% de la población o alrededor de 21 millones de personas (INEGI, 2015, p. 40-1). Por el otro, se constata una discrepancia importante entre los datos administrativos de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) y los datos recogidos por encuestas directas a la población, pues indican que fue del orden de 8 millones de personas en 2015 (CNPSS, 2016). Incluso el propio Programa Sectorial de Salud señala, aunque ambiguamente, esta situación.

Sobre el tema del acceso oportuno a los servicios requeridos, hay que aclarar que es incorrecto sostener que los actuales afiliados al Seguro Popular (SP) carecían de servicios médicos, ya que tenían, como hoy, acceso a los servicios de la SS y a los servicios estatales de salud (SES). Todos los análisis, desde la OCDE (2016) hasta la AMIS (González y Martínez, 2015), señalan que sigue habiendo un acceso inequitativo entre distintos grupos poblacionales. Las razones son de distinto tipo.

Los institutos de seguridad social, en principio, ofrecen todos los servicios médicos a sus derechohabientes con muy pocas exclusiones -por ejemplo cirugía cosmética-, mientras que el SP sólo garantiza a sus afiliados un paquete explícito de servicios, el CAUSES (Catálogo Universal de Servicios de Salud) y atiende un grupo de padecimientos o intervenciones de “gasto catastrófico”, que juntos equivalen a un 10-15% de los servicios ofrecidos por el IMSS e ISSSTE a sus derechohabientes (Muñoz, 2012) como se observa en el cuadro 9.1.

Cuadro 9.1. — Comparación entre servicios garantizados por tipo de seguro

Seguro Popular¹	Institutos de Seguridad Social²
<p>Paquete de servicios/intervenciones y medicamentos del CAUSES (287), pocos gastos catastróficos de adultos y los incluidos en el Seguro Siglo XXI.</p> <p>Todos los demás servicios se pagan.</p>	<p>Asistencia médico quirúrgica y obstétrica, farmacéutica y hospitalaria necesaria.</p> <p>Servicios de medicina preventiva y rehabilitación.</p>

Fuente: Elaboración propia con información de 1/ CNPSS 2/ Ley del IMSS y Ley del ISSSTE.

El CAUSES supuestamente cubre la totalidad de las intervenciones del Primer nivel de atención médica, y los principales padecimientos reportados como egresos hospitalarios (CNPSS, 2016); pero esta afirmación no se sostiene si se confronta con los datos correspondiente. El problema mayor es, sin embargo, el de los padecimientos de “Gasto Catastrófico” que, por ejemplo, sólo cubre ocho tipos de cáncer en adultos, y el infarto al corazón hasta los 60 años, y dejan fuera varias de las principales causas de muerte (Laurell, 2013).

Las restricciones del Seguro Popular o la carencia de un seguro, se traducen en un obstáculo económico muy importante en el acceso a los servicios requeridos, para la mayoría de la población, ya que los servicios excluidos deben ser pagados por el paciente, al igual que los servicios requeridos por los no-asegurados. Hay además otros obstáculos de acceso, como son los geográficos, burocráticos y culturales, que todos son más graves para los sectores populares de bajos ingresos.

La desigualdad en el acceso a los servicios entre los afiliados al SP y los derechohabientes de los institutos de seguridad social, se expresa en los datos de servicios prestados, como se observa en el Cuadro 9.2.

Cuadro 9.2. — Comparación de servicios prestados Seguro Popular, IMSS e ISSSTE

Tipo de servicio	Seguro Popular ^{1/}	IMSS población usuaria ^{2/3/}	ISSSTE población usuaria ^{2/3/}
Consulta	1.5 (1.8) ⁴	4.9	3.3
Urgencias	0.08 (0.09) ⁴	0.7	0.13
Hospitalización por 100 personas	2.0 (3.5) ⁴	6.8	4.5
Cirugías por 100	N.D	5.0	2.9

Fuente: *Elaboración propia con datos de 1/ Informe CNPSS 2016 p.42-45 y 2/ Boletín de Información Estadística número 33, DGIS, SSA, 2014. 3/ Población usuaria es la adscrita a una unidad de atención. 4/ Los datos entre paréntesis usan como denominador los datos de la Encuesta Intercensal 2015.*

Es necesario subrayar que el sector público es el principal prestador de servicios de salud a la población, a diferencia de lo que ocurre en la mayor parte del continente americano. Efectivamente, el 83 por ciento de las hospitalizaciones y el 61 por ciento de las consultas son en instituciones públicas (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2013 p. 51 y 44).

Esta alta demanda contribuye a la sobrecarga institucional, que a su vez se acentúa por la falta de infraestructura y personal en los institutos de seguridad social, y particularmente en el subsistema de Servicios Estatales de Salud (SES). El problema principal de los SES es que los servicios fueron descentralizados, acarreando con esto serios problemas sobre la cantidad y calidad de infraestructura y personal. Actualmente los recursos frescos provenientes del SP están etiquetados: para personal (hasta 40%), medicamentos e insumos (hasta 30%), actividades preventivas (20%) y administrativas (6%), por lo que prácticamente no hay dinero para obra, equipo y mantenimiento, a menos que se restrinja el gasto en personal o en medicamentos. Las entidades federativas sólo pueden solicitar a la federación financiamiento de inversión vía el Fondo de Previsión Presupuestal, que es limitado y con reglas muy estrictas.

Los institutos de seguridad social han ampliado su capacidad de inversión en infraestructura y equipo médico, pero no al ritmo requerido por las restricciones impuestas por las reformas, que los obligan a tener reservas actuariales (Laurell, 2008). Ante esta situación, sus titulares han declarado que utilizarán contratos de Asociación Público Privada (APP) para construcción de infraestructura, a pesar que son muy desventajosos y restringen el gasto de operación (Laurell y Herrera, 2015).

La falta de personal es grave en los SES, donde prevalecen los contratos temporales y sin prestaciones al personal nuevo, a pesar que supuestamente hay un proceso de regularización de plazas. Al IMSS se le prohibió abrir nuevas plazas a cargo de las cuotas obrero-patronales, a raíz de un cambio en la legislación, lo que ha llevado a que tampoco ha abierto las plazas faltantes. Por ello, opera con mucho personal sin base, aparte que está recurriendo crecientemente a la subrogación de servicios auxiliares con el sector privado, de laboratorio, de ambulancias y de tratamientos específicos como la hemodiálisis. Por otra parte, con la creciente regulación del trabajo médico y el pago por desempeño, hay una especie de muerte de la clínica, ya que lo que vale no es desplegar el conocimiento clínico y dialogar con el paciente, sino cuántos pacientes se ve por hora, cómo aplicar los protocolos de atención, etcétera (Himmelstein, Ariely y Woolhandler, 2014).

El hecho que el pluralismo estructurado se centre en la atención a la persona, ha significado que las actividades de salud pública y seguridad sanitaria hayan pasado a segundo lugar (Knaul et al., 2012. pp. 227-8), ya que se ha abandonado la base territorial del anterior modelo de atención. Así, los centros de salud y las jurisdicciones sanitarias, han disminuido el trabajo de campo con la población bajo su responsabilidad. A ello se añade que se ha desconcentrado el control sanitario a la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y a los organismos estatales equivalentes, con los problemas burocráticos que esto significa.

Todos coinciden en señalar la baja del financiamiento a la parte pública del SNS. El financiamiento del Seguro Popular está fijado en la Ley General de Salud (LGS) pero no se cumple por varias razones (Laurell, 2013, p. 83-102). En primer lugar, el monto que presenta la SS cada año, en el proyecto de presu-

puesto de egresos es menor al señalado por la LGS. Luego, hay un subejercicio permanente del rango del 12 al 20 por ciento, además de los recortes de los últimos años. A ello se añade que el Fondo de Gastos Catastróficos no se ejerce debidamente, a pesar que se transfiere un monto mayor a este fondo que el especificado por ley¹¹⁶; y son recursos que se restan de las transferencias a los estados. Adicionalmente los fondos del ramo 33 –Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud— son dedicados casi exclusivamente a pagar el personal con plazas federales. Esto explica que el presupuesto de los SES resulta insuficiente para cumplir sus responsabilidades de ley, independientemente de posibles y documentados fraudes y desvío de recursos.

En el IMSS, el financiamiento fue recortado por la reforma de 1995/97 (Laurell, 2013, p. 37). Los ingresos del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) bajaron en un 7.5 por ciento, a pesar que el gobierno incrementó su aportación al IMSS de un 5 a un 30 por ciento del presupuesto. Además, está muy subestimado el costo de la atención para los pensionados, que está fijado en 1.5 por ciento del salario base de cotización. Este rubro es responsable de la mayor parte del déficit del SEM. Estos no son problemas de organización de los servicios y eficiencia administrativa, como dijo el director general del IMSS, cuando inauguró este seminario: “son problemas de subfinanciamiento.”

Por último, el ISSSTE recibió recursos adicionales cuando fue reformado, y es hoy la institución pública con el presupuesto per cápita más alto del sector público de salud, con excepción de los servicios médicos de PEMEX.

IX.3 Estrategias para constituir el “Sistema Universal de Salud”

La retórica sobre la “cobertura universal de salud” y el “sistema universal de salud” de los sucesivos gobiernos, ha ofuscado su real sentido. Con “cobertura universal” se refiere a la cobertura de un seguro, sin señalar a qué servicios tiene derecho el afiliado, como se analizó arriba. El “sistema universal de salud” no se refiere a la integración de un sistema único y accesible para todos los mexicanos por igual, como mecanismo para garantizar el derecho a la protección de la salud estipulado en el Artículo 4º Constitucional.

116 En 2015 se canalizó a este Fondo el 17 por ciento, y en 2010 el 15 por ciento, contra el 8 por ciento legal (CNPSS, 2016 p. 96).

Las estrategias que se fijaron para llegar al “Sistema Universal de Salud” durante los gobiernos del PAN, particularmente con Calderón, coinciden *grosso modo* con las del “Sistema Nacional de Salud Universal” del gobierno de Peña Nieto. Estas son: la “portabilidad del seguro”, la “convergencia de los servicios de salud” y el “desarrollo del mercado de salud”, dejando al Estado-gobierno sólo la regulación o modulación del SNS, y la responsabilidad de la salud pública o de la comunidad.

La “portabilidad del seguro”, sea éste público del SNPSS, IMSS, ISSSTE, o privado, daría acceso a instituciones prestadoras públicas y privadas, con libertad de elección para el usuario de optar por su administrador y prestador. Para que esto sea factible, es necesario que se haga explícito qué servicios cubre cada uno de estos seguros; tema que se ha abordado ambiguamente o soslayado. Para empezar, el paquete de servicios del Seguro Popular es, como ya se vio, mucho más reducido que el del IMSS o del ISSSTE. Los seguros privados pueden amparar distintos paquetes o tener un tope de gasto. Esto quiere decir que habría un acceso diferenciado y desigual, en función del tipo de seguro, y una libertad de elección dudosa.

Por la “convergencia de los servicios de salud” se entiende que todas las instituciones, públicas y privadas, basarían su atención en los mismos protocolos de atención. Éstos son guías clínico-terapéuticas estandarizadas y acordadas, que señalan para cada diagnóstico qué exámenes se pueden practicar, qué medicamentos prescribir, cuántos días de hospitalización autorizar, qué intervención quirúrgica realizar, etcétera. La razón de ello es tener costos unificados y predeterminados, en la atención de cada paciente. Es bien conocido que este sistema se presta a manipulaciones por parte de las aseguradoras/compradores de servicios, o de los prestadores, particularmente cuando son privados (Dahlgren, 2014). Otro sistema que se usa con el mismo propósito son los Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD) que tiene problemas muy semejantes. Tienden a cambiar de definición frecuentemente y referirse a servicios específicos de un hospital (Zaremba, 2013). Como se observa, no existe la intención de integrar un sistema único y público de salud accesible para todos.

El “desarrollo del mercado en salud” es una confesión de parte. Aquí se advierte con claridad que se sigue el modelo del “pluralismo estructurado”, que impulsa la libre competencia entre los administradores de fondos públicos y privados, y entre prestadores públicos y entre los prestadores públicos y los privados. Sobre este tema es necesario hacer varias precisiones. La primera es que no existen evidencias de que la competencia entre prestadores de servicios médicos incrementa la eficiencia, la calidad o los resultados en la salud, ni que los prestadores privados sean más eficientes que los públicos. Más bien los estudios empíricos demuestran lo contrario, particularmente el meta-análisis de los estudios existentes (Devreau et al., 2004; Basu et al., 2012; Minué y Martín, 2013). La prueba contundente es que los EUA, el país paradigmático de la solución privada a los problemas de salud, están gastando una parte mayor de su PIB que ningún otro país, con malos resultados tanto de cobertura como de salud (Navarro, 2013) que el *Affordable Care Act* de Obama no ha podido resolver (Geyman, 2015).

La segunda aclaración es que la competencia entre prestadores públicos y privados tiende a ser una competencia desleal para los prestadores públicos. Es así porque los privados pueden bajar sus costos fijos, por ejemplo, usando formas de contratación de personal con pago a destajo o incrementando el uso de sus instalaciones, presionando a los médicos a hospitalizar pacientes o usar medios diagnósticos innecesarios cuando el pago es por el servicio prestado (Franco, 2010).

Como se señaló, estas estrategias han enfrentado en la práctica un sin número de obstáculos, que van de los legales hasta los que se derivan de un desconocimiento grande de la realidad material institucional.

La institución que ha tenido la reorganización más importante, es el subsistema SS-SES, mientras que los institutos públicos de seguridad social prácticamente mantienen su estructura y funcionamiento pre-reforma (Laurell, 2008; Ulloa y Alonso Raya, 2008). El análisis de la reforma de la LGS que creó el SNPSS en 2004, y de la estructura actual de la SS-SES, demuestra que efectivamente se ha avanzado en la instrumentación del pluralismo estructurado. La creación de la CNPSS¹¹⁷ como órgano desconcentrado de la SS, con auto-

mía técnica, administrativa y operativa (CNPSS, 2012) puso en sus manos los recursos financieros y la gestión de servicios para los afiliados del SNPSS y con ello mucho poder. Esto es, se constituyó como la instancia administradora de los fondos del SNPSS/compradora de servicios o instancia “articuladora”, junto con los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS). Así, la Comisión maneja alrededor de dos tercios del presupuesto total de la SS y tiene la relación directa con los prestadores de servicios, sean éstos públicos o privados. La creación de los REPSS ha tenido muchas más dificultades, pero con la modificación de la legislación en 2014, se fortaleció el control federal sobre ellos.

La creación de la COFEPRIS, con el mismo estatuto legal que la CNPSS, también quitó funciones operativas a la SS. Se inspiró en la idea de que deben separarse las funciones de regulación sanitaria de las de prestación de servicios a la persona, a imagen y semejanza de la FDA estadounidense. La última iniciativa de modificaciones a la LGS de mayo 2016 divide a la COFEPRIS y crea otra comisión federal encargada de regular y vigilar los servicios de atención médica, recogiendo una propuesta hecha por la OCDE (2016) al inicio del año.

El desmantelamiento de la SS para convertirla en una instancia coordinadora, normativa y de planeación, que sólo opera tareas de promoción, prevención y epidemiológicas, es un ejemplo paradigmático de la reforma neoliberal del Estado. El resultado es que le ha quitado poder a la SS que desde antes era bastante exiguo frente al de los institutos de seguridad social.

Los institutos de seguridad social no han sufrido cambios drásticos en su estructura a pesar de varios intentos. En el IMSS la autonomía de gestión de zonas médicas y hospitales fracasó, y actualmente sólo sigue vigente en las Unidades Médicas de Alta Especialidad, con resultados bastante cuestionables. En el caso del ISSSTE tampoco se han operado los cambios de estructura, a pesar que están más explícitos en la ley. Lo más notable es que la instancia financiera, que tiene facultades para fijar el techo presupuestal de los servicios médicos, y determinar el paquete de servicios correspondiente, solamente se instaló, pero no ha tomado ninguna decisión.

El análisis del Programa Institucional del IMSS 2014-2018 (2014) correspondiente al Plan Nacional de Desarrollo, revela que a pesar que formalmente se inscribe en la política de universalización del acceso a la salud, sus principales contribuciones consisten en fortalecer el Instituto, el intercambio de algunos servicios, y el coadyuvar en la definición de un paquete de servicio a la persona –el *Catálogo de Intervenciones para Mejorar el Acceso a la Salud (CIMAS)*— para todos los mexicanos, aclarando que el CIMAS debe ser “acotado por cuestiones financieras” (p. 34). Como se observa, no hay un compromiso de portabilidad ni de convergencia, y no se menciona el desarrollo del mercado en salud o la libre elección, pero se insiste en eliminar la doble afiliación. El Programa Institucional del ISSSTE (2014) tiene la misma orientación que el del IMSS, pero es más escueto y no menciona, por ejemplo, el CIMAS. Una interpretación admisible de la divergencia entre las continuas transformaciones de la SS y el compromiso ambiguo de los institutos de seguridad social, particularmente del IMSS, es que no existe un acuerdo sobre cómo transitar al Sistema Nacional de Salud Universal.

Ya desde la aprobación del SNPSS, el director general del IMSS, Santiago Levy, se oponía alegando que la universalización debería hacerse desde el IMSS, para no promover la informalidad creando un seguro de salud paralelo. Levy asesoró a Peña Nieto durante su campaña y presumiblemente hizo la propuesta de Seguridad Social Universal siendo vicepresidente del BID. En resumen, su propuesta para salud (Levy, 2011) es de una tributación general vía el IVA, y eliminando las cuotas obrero-patronales. En materia de salud sugiere que el paquete de servicios médicos fuera el del IMSS.

La otra propuesta de reforma¹¹⁸, la de Funsalud (2012, p. 77-81), insiste en el pluralismo estructurado, con una plena separación de funciones y la libre elección. Se establecería un fondo único de salud sustentado en recursos fiscales, así como administradores de fondos/compradores de servicios, públicos y privados, y redes de prestadores públicos de SES, IMSS, ISSSTE y privadas. Habría un paquete de beneficios universales garantizado y gratuito igual para todos, y se podría acceder a más servicios mediante el prepagado o de cuotas más altas. Aunque ambas propuestas coinciden en el financiamiento

118 Al elaborarse, la doctora Mercedes Juan, la primera Secretaria de Salud de EPN, era su presidenta ejecutiva, y participaron en la elaboración entre otros Julio Frenk y Guillermo Soberón.

público, discrepan en cómo integrar el Fondo de Salud, en la definición de el/los paquete(s), y en la sectorización del IMSS e ISSSTE a la SS en materia de salud, para fortalecerla. Prevé además una nueva agencia regulatoria de los servicios de salud semejante a las superintendencias colombianas y chilenas.

La propuesta de Funsalud no especifica cual sería el paquete universal de beneficios, pero parece probable que sería el del Seguro Popular, con el resultado que los derechohabientes de los institutos de seguridad social perderían muchos de sus derechos en salud. Por otro lado, esta propuesta está encaminada a introducir los seguros complementarios, para incrementar el acceso a los padecimientos excluidos del paquete básico. Abre de esta manera los mercados para las administradoras de fondos/compradoras de servicios.

Ninguna de estas dos propuestas básicas para el Sistema Nacional de Salud Universal ha sido instrumentada hasta ahora, y parece poco probable que así ocurra. Las razones son de orden político, financiero e institucional. El problema político para un gobierno con creciente pérdida de legitimidad, es reducir drásticamente la atención médica de los derechohabientes del IMSS y el ISSSTE, que representan cerca de la mitad de la población. A diferencia de las pérdidas de derechos de las reformas de pensiones que tardan en manifestarse, las pérdidas de servicios de salud son inmediatamente visibles y críticas, y hasta las organizaciones sindicales controladas tendrían objeciones.

La cuestión financiera no es menos conflictiva. Por un lado, los institutos de seguridad social tendrían muchas dificultades para operar si no disponen de las cuotas obrero-patronales, sea porque se eliminen o porque se entreguen al fondo único de salud. Tienen suficiente poder para oponerse, o pueden argumentar el riesgo bastante real de un colapso en la prestación de servicios. Por otro lado, la propuesta de incrementar el IVA es muy impopular en México, en vista de los niveles de corrupción existentes. La razón institucional dice relación con la fortaleza de los institutos de seguridad social, particularmente del IMSS, frente a la SS en cuanto a su capacidad de prestación de servicios, debido a su razonablemente coherente estructura de servicios médicos. De nuevo el argumento es un posible colapso de prestación de servicios. Esto fue lo que pasó cuando se descentralizó IMSS-Coplamar a los estados, y que paró la descentralización durante el sexenio salinista.

Estas situaciones explicarían que la “universalización” se haya reducido a un simple “intercambio de servicios” entre las instituciones del sector público. La única intervención obligatoria para todos es la emergencia obstétrica. El resto de las acciones interinstitucionales avanzan sobre la base de establecer protocolos compartidos de atención y costearlos. El intercambio tampoco es general, sino que ocurrirá donde hay capacidad ociosa, que es bastante reducida.

IX.4 Propuestas de reforma de otros actores

El freno a la reforma ha dejado fuera a los actores privados que siguen presionando para que se profundice la reforma neoliberal. Está muy activa la AMIS, que presentó una propuesta junto con Funsalud y la Universidad Anáhuac en 2015 (González Block y Martínez González, 2015), inspirada en el pluralismo estructurado. Expone los posibles campos de asociación público-privada, o de complementariedad en el aseguramiento y la prestación de servicios, en un “modelo universal de colaboración público-privada” que involucra tanto el Seguro Popular como a los institutos de seguridad social.

Básicamente se plantea cómo las aseguradoras privadas pueden jugar el papel de instancia articuladora, y/o proporcionar seguros complementarios o modificados para distintos grupos poblacionales. Presenta así el Seguro Popular Competitivo, el Seguro Popular de Clase Media, el Seguro Popular Integral, y la administración y compra de servicios de enfermedades crónicas, por ejemplo de derechohabientes del IMSS. Son todas formas de transferir recursos públicos y del público, a las aseguradoras privadas a semejanza del sistema de Afores para pensiones.

Aunque no se vea que estas propuestas tengan éxito en el corto plazo, es de subrayar que se hizo una reforma a la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas en 2015, que favorece a las llamadas Instituciones de Seguros Especializadas en Salud. Así mismo, en caso que se redujera el paquete de servicios del seguro social, la AMIS ya estaría preparada para ofrecer seguros complementarios. La poderosa consultora Pricewaterhouse Cooper también ha publicado un texto sobre salud en México, con el sugestivo nombre de: *Megashifts. Impulso al sector salud. Doing business in Mexico* (2012) que tiene una orientación semejante.

Otra propuesta a considerar es la de la OCDE (2016). Este organismo supranacional, encabezado por el ex secretario de Hacienda Ángel Gurría, se ha convertido en un actor político importante en el actual gobierno. Después de un diagnóstico del SNS, la OCDE recomienda establecer una clara separación entre compradores de servicios y prestadores, y sugiere enfocar el sistema en la atención del individuo, antes que en la comunidad o colectividad; que se haga un “uso efectivo del sector público y privado” para garantizar un sistema “rentable y sustentable”. Reconoce que el sistema de salud está subfinanciado, y propone realizar nuevas reformas fiscales y dejar de depender de las contribuciones al seguro social, o sea, coincide con la idea de Levy. Sin embargo, adscribe un papel importante al financiamiento público y al establecimiento de un fondo único de salud, que transferiría el dinero a los administradores públicos y privados, sobre la base del número de sus afiliados y crear un padrón único de asegurados, públicos y privados.

Recomienda además redefinir los paquetes de servicios de salud, para que sea el mismo para el Seguro Popular y los institutos de Seguridad Social, al considerar que los beneficios en salud del IMSS e ISSSTE son demasiado generosos. Quedaría un paquete explícito de servicios financiados con recursos públicos, por lo que debería haber seguros privados complementarios. Conocedora de la pugna entre la SS y los institutos de seguridad social, considera que en el corto plazo no habrá más que convenios interinstitucionales de intercambio de servicios, pero si sus recomendaciones avanzaran se podría llegar a un sistema basado en la competencia entre administradores de fondos y entre prestadores.

Las propuestas para resolver las dificultades del SNS profundizando la reforma neoliberal, se inscriben en la línea de razonamiento hegemónica para la cual “no hay más camino que el nuestro”, y que ha dominado desde hace tres décadas. No hay entonces disposición a pensar los problemas de una manera distinta. A ello contribuyen, por supuesto, los intereses privados de los involucrados. Sin embargo, si se quiere encontrar un camino para realizar el derecho a la protección de la salud para todos los mexicanos, existen otras propuestas más sensatas. Estas propuestas se han probado en otras partes del mundo y en América Latina. No son utopías fantasiosas sino probadamente factibles.

La salida de la doctora Mercedes Juan de la SS y el nombramiento del doctor José Narro en febrero de 2016, se puede leer como una derrota de las propuestas basadas en el pluralismo estructurado. Narro ha apoyado sistemáticamente un sistema universal público de salud, semejante al Servicio Nacional de Salud de Inglaterra, y ha sido un crítico asiduo del SP (cfr Narro, Lomelí, Cordera, 2006). Aunque no haya presentado un documento formal de trabajo, sus discursos y declaraciones a la prensa sugieren que seguiría fortaleciendo el sistema público de salud, y el intercambio de servicios entre los institutos de seguridad social y la SS-SES. Adicionalmente tiene un discurso médico-sanitarista, poco usado por los otros actores.

IX.5 Elementos para una reforma alternativa

Es necesario aclarar que una reforma alternativa necesita de un entorno económico y político distinto al actual, y no es viable si sólo involucra el sector salud. Requiere de un vasto acuerdo social por una política social amplia y redistributiva, que no debe ser un pacto sólo entre partidos políticos y el gobierno en turno. Requiere ser una política de Estado construida desde abajo, que permita a los ciudadanos encargar al gobierno realizarla, como la instancia que dispone de una parte la riqueza colectiva, y la puede redistribuir para favorecer el interés común o bien colectivo.

Es necesario dejar atrás la concepción de la salud como un bien privado, y restituir la concepción de que la salud es una necesidad humana básica, al igual que la educación, cuya satisfacción es una condición para que haya democracia y plena participación de la sociedad. La salud como un derecho social y no sólo humano, plantea la exigencia de que haya un sujeto obligado a garantizarlo. Este sujeto no puede ser otro que el Estado, ya que la relación entre privados es un contrato limitado en el tiempo y con un contenido específico.

La solución práctica que surge de esta exigencia, es el sistema único y público de salud financiado con recursos fiscales. Su conformación específica no estaría dada sólo normativamente, sino que se construiría en un proceso que parte de las fortalezas del sistema público actual. México, a diferencia de casi todos los países del continente americano, tiene la ventaja de tener un sistema público con infraestructura de grandes dimensiones, aunque insuficiente,

con su propio personal asalariado, particularmente en el IMSS. Es, en mi opinión, la razón principal de que ha resistido los ofensivas mercantilizadoras y privatizadoras, el insuficiente financiamiento e incluso la desmoralización institucional.

Esta (re)construcción y fortalecimiento de la institución pública requiere que se cumplan varias condiciones. En primer lugar, hay que lograr un gran acuerdo institucional donde el interés general —la salud de la población— prevalezca sobre los intereses particulares por legítimos que fueran. No hay que olvidar que la razón de ser de las instituciones públicas es la salud de **toda** la población, cuestión que se ha perdido en las sucesivas y fallidas fases de la actual reforma. La tarea más lenta pero indispensable es la creación de una nueva cultura institucional y ética pública; una ética pública que reconoce que lo público se debe al público, y por ello corresponde atenderlo con respeto y salvaguardando su dignidad, y no como si fuera un favor.

La innovación institucional, sobre la base de su fortalecimiento, requiere además poner la administración al servicio de los procesos de atención, para que no se convierta en un obstáculo infranqueable. Es más importante saber cómo hacer las cosas, que saber qué no se puede hacer.

Otra condición es construir una participación popular plena, que sólo se logra con información y educación, y que permita participar activa e informadamente en el control social de las instituciones y la toma de decisiones.

A pesar de las dimensiones del sistema público mexicano, es insuficiente para atender adecuadamente a la población. En consecuencia, se tiene que hacer una inversión planificada en infraestructura de salud, con prioridad máxima para los estados o regiones más rezagadas, y proporcionar los recursos suficientes para operar. Esta construcción desde “abajo hacia arriba” permitiría montar las tan ambicionadas redes de servicios, y reconstituir la responsabilidad territorial de las acciones de salud de la comunidad y la salud pública. Estas tareas sólo las puede realizar el Estado y es una quimera creer que el mercado las pueda cumplir.

Para sostener este proceso, es indispensable garantizar un incremento programado y sostenido de los recursos públicos y el uso óptimo de ellos. Esto quiere decir, eliminar de entrada el gasto en una alta burocracia redundante, reducir sus salarios y quitar sus privilegios como el seguro de gastos médicos mayores, gastos de representación, remodelación de oficinas y nuevas camionetas, premios de desempeño, etcétera. Con esta “austeridad republicana”, el gobierno de López Obrador en el DF pagó el costo total de la pensión universal de los adultos mayores y le sobró dinero. Otro tema urgente es combatir la corrupción, lo que, por ejemplo, ahorró a la Secretaría de Salud de su gobierno un 25 por ciento en la compra de medicamentos y un 30 por ciento en la compra de equipo médico (Laurell y Cisneros, 2015). El combate a la corrupción tiene como su segundo pilar una rigurosa transparencia en todos los quehaceres institucionales.

El uso óptimo de los recursos públicos desde luego significa no transferirlos al sector privado bajo ninguna fórmula.

Referencias

Basu S. et al. (2012). Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *PLoS Med* 9(6): e1001244. doi: 10.1371/journal.pmed.1001244

CNPSS (2012). *Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud*. México: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

CNPSS (2016). *Informe de resultados 2015*. México: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Dahlgren G. (2014). Why public health services? Experiences from profit-driven health care reforms in Sweden. *Int. Jour Health Services* 44(3): 507–524

Devreau, P. J., et al. (2004). Payments for care at private for profit and private not for profit hospitals: A systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 170:1817–1824. 2

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados nacionales (2012). Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.

Franco, S. (2010). Cuatro reflexiones iniciales sobre los decretos de la emergencia social en salud. *Cuadernos del Doctorado. Universidad Nacional de Colombia*.

Funsalud (2012). *Universalidad de los Servicios de Salud. Propuesta de Funsalud*. México DF: Funsalud.

Geyman, J.P. (2015). A Five-Year Assessment of the Affordable Care Act: Market Forces Still Trump the Common Good in U.S. Health Care *Int. Jour. Health Services* 45(2): 209–25

González Block, MA y Martínez González, G. (2015). *Hacia la cobertura universal de la protección financiera de la salud en México. Propuesta de colaboración público-privada para el sistema de salud universal del sector asegurador*. México DF: AMIS-Funsalud-U. Anáhuac

Himmelstein D., Ariely D., Woolhandler S. (2014). Pay-for-performance: toxic to quality? *Int. Jour. Health Services* 44(2): 203–14

IMSS (2014). *Programa Institucional del IMSS 2014-2018*. México: IMSS. p. 33-34.

INEGI (2015). *Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015*. México: Instituto Nacio-

nal de Geografía y Estadística.

ISSSTE (2014). *Programa institucional del ISSSTE*. México: ISSSTE. p. 46-48.

Knaul, F, Frenk, J., Soberón, G., Chertorivski, S. et al (2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud Pública de México* 55(2): 207-235

Laurell, A.C. (1998). "El Banco Mundial en la reforma de los servicios médicos del IMSS". *Salud Problema* 3(4): 57-62.

Laurell, A.C. (2008). El modelo privatizador en los sistemas de salud. El caso del IMSS. En Ortiz, R. (coord.) *Diez años de reformas de la Seguridad Social en México*. México; Cámara de Diputados

Laurell, AC. (2013). *El impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*. Buenos Aires, Argentina: CLACSO

Laurell A.C. y J. Herrera Ronquillo (2015). Claves para entender los contratos de asociaciones público-privadas. En I. E. Sandoval Ballesteros (coor): *Interés público, asociaciones público-privadas y poderes fácticos*. México DF: UNAM-IIS. Pp. 123-43

Laurell, A.C. y Cisneros Luján, A. I. (2015). Construcción de un proyecto contra-hegemónico de salud. El caso del Distrito Federal, México. En Tetelboin, C y A. C. Laurell (coord.) *Por el derecho universal a la salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha*. Buenos Aires: CLACSO. pp. 51-71.

Levy, S. (2011). ¿Universalización de la salud o de la Seguridad Social? *Gaceta Médica de México* 147: 455-65.

Londoño, J. L. y Frenk, J. (1997). *Pluralismo estructurado*. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.

Minué S y Martín J. (2013). Gestión privada: ¿más eficiente? *AMF* (Actualización Medicina de Familia) 9(1):15-23

Muñoz Hernández, O. (Coordinador) (2012). *Propuesta de un sistema nacional de servicios de salud. Componente de salud de una propuesta de Seguridad Social Universal*. México: CONEVAL y CEESES del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Narro, J, Cordera, R. y Lomelí (2006). *Hacia la Universalización de la Seguridad Social*. Disponible en http://www.facmed.unam.mx/publicaciones/symposium/husss/pdf/Hacia%20la%20universalizacion%20de%20la%20seguridad%20social%20_2_.pdf Acceso 1/6, 2016.

Navarro, V. (2013). La privatización de la sanidad. *El Plural.com* 4 de febrero.

OCDE (2016). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México*. Paris: Organización para la Cooperación y el Desarrollo.

PricewaterhouseCooper (2013). *Megashifts. Impulso al Sector Salud. Doing business in Mexico*. México: PricewaterhouseCooper

Ulloa, O y Alonso Raya, M. (2008). ISSSTE: la reforma estructural del consenso dominante. En Ortiz, R. (coord.) *Diez años de reformas de la Seguridad Social en México*. México; Cámara de Diputados

Zaremba, M. (2013). *Patientens pris (El precio del paciente)* Estocolmo:Weyler förlag

X. Hacia un nuevo esquema de financiación y de gestión pública de la salud

*Angélica Ivonne Cisneros Luján*¹¹⁹

Resumen

En este ensayo se reflexiona acerca de algunas debilidades que ha mostrado el Sistema de Protección Social en Salud de México como alternativa de financiación dirigida a la población que no goza de seguridad social. El propósito es motivar la construcción colectiva de alternativas viables que mejoren el esquema hasta hoy vigente, transitando hacia una visión solidaria de las finanzas públicas, a la par del fortalecimiento de la capacidad de gestión de las entidades federativas, sustentada en la construcción de una nueva ética pública, y el impulso a la participación ciudadana en la vigilancia de la correcta aplicación de los recursos destinados a la salud.

Introducción

México inició el siglo XXI con una marcada inequidad en salud, como consecuencia de la conformación histórica del sistema de salud público, que lo fragmentó desde sus orígenes en diversas instituciones, y segmentó

119 Licenciada en Economía y Maestra en Administración. Investigadora de Tiempo Completo del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. acisneros@uv.mx y cisneluj@hotmail.com

la población entre aquella con derecho a la seguridad social por contar con un empleo estable, y la excluida de esa condición, misma que para el año 2000 representaba alrededor del 41 por ciento del total (INEGI, 2015). De las principales inequidades entre ambos grupos poblacionales, destacaban las relativas a la cobertura de los servicios de salud y la financiación pública, enfatizando que para la población sin seguridad social, ambos aspectos se sustentaban en una perspectiva asistencialista, en contraposición a la que se deriva del derecho universal a la salud.

Así, la financiación de los servicios de salud se erigió en una de las principales inequidades en salud, ya que para la población con seguridad social, ésta se ha sostenido a través del presupuesto público y las aportaciones de patrones y empleados, garantizando una cobertura amplia, de acuerdo con la necesidad de cada persona. En tanto que, para la población sin seguridad social el esquema financiero hasta el año 2003, se soportó en un presupuesto público insuficiente, complementado por las aportaciones de los enfermos al momento de recibir los servicios de atención médica, bajo la figura de una “cuota de recuperación”, diferenciada según su nivel de ingreso, con la posibilidad de exentar del pago a los más pobres. Dicho esquema financiero excluyó el derecho a los medicamentos necesarios para el tratamiento de la enfermedad y la mayoría de los auxiliares de diagnóstico, y por tanto su cobertura dependía en gran medida de la capacidad de pago de las personas.

Una de las consecuencias de la inequidad en la financiación en salud prevaleciente hasta esa fecha, pudo medirse a través del gasto público per cápita en salud, el cual para el año 2000 generó una brecha significativa, toda vez que para la población con seguridad social éste representó 3,367.5 pesos, en tanto que para la población que no gozaba de ese beneficio el gasto fue de 1,554.1 pesos (SS, 2016).

En el año 2003, Julio Frenk, desarrolló una estrategia para enfrentar la situación existente, bajo un discurso de universalidad, equidad, calidad de la atención y protección financiera, que presentó a la Cámara de Senadores en su calidad de Secretario de Salud, a efecto de modificar la Ley General de Salud, para poner en marcha el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) conocido como Seguro Popular. La modificación fue aprobada por mayoría,

agregando el Artículo 77 BIS a la Ley, lo que significó la puesta en marcha de dicho Sistema a partir del año 2004.

X.1 Las contradicciones y debilidades del Sistema de Protección Social en Salud

Julio Frenk sustentó su propuesta hacia la universalidad de la salud y la protección financiera, en el pluralismo estructurado, teoría desarrollada en coautoría con Londoño. Discursivamente ponen en el centro el derecho universal a la salud, aunque su concreción se aleja de ese propósito, y se centra en la creación de un Seguro Público que oferta un paquete básico de servicios de salud con una lista de medicamentos asociada a los servicios ofertados (Cisneros, A. 2012). El indicador de acceso universal es el número de personas aseguradas y no el número de personas que fueron atendidas de acuerdo con su necesidad. En términos de gestión, promueven la separación de funciones entre el asegurador y el prestador de servicios, lo que en los hechos significa el engrosamiento de la administración y la duplicidad de funciones; una financiación tripartita proveniente del Presupuesto Federal, el de los estados y el pago del seguro por parte de las familias; un subsidio a los más pobres; y la apertura de la salud al mercado, para que el sector privado pueda prestar también los servicios del asegurado a través del financiamiento público.

Lo anterior se expresó con claridad en la exposición de motivos de la iniciativa del proyecto de Decreto para modificar la Ley General de Salud, como se muestra a continuación: (Senado de la República, 2002).

“...la presente iniciativa busca garantizar el derecho constitucional de la protección de la salud por medio del Sistema del Seguro de Protección Social en Salud, el cual servirá de instrumento para financiar la atención de la población que carece de una relación laboral con un patrón y, por tanto, hasta hoy excluida de las instituciones de seguridad social. Con este tercer seguro público,

como nuevo componente financiero del Sistema Nacional de Salud, se alcanza el ideal de la universalidad de la seguridad social en materia de salud.

...da la oportunidad de que las familias interesadas, se incorporen a un Sistema de Seguro de Protección en Salud operado de manera estatal, bajo la coordinación de la Federación.

Bajo un sistema similar al de un “seguro”, en tanto el pago de cuotas de recuperación en el momento de la atención será sustituido por una aportación familiar anual y anticipada conforme a condición socioeconómica, y cuya principal fuente de financiamiento serán recursos públicos tanto federales como estatales,... se protegerá a las familias con un catálogo de servicios esenciales de salud que incluirá sin costo adicional los medicamentos asociados a los tratamientos.

Con lo anterior se pretende vincular directamente las aportaciones provenientes de impuestos generales que el Estado otorga para la protección de la salud, con las necesidades de cada ciudadano o familia mexicana que se han de reflejar en la demanda por servicios de salud. Ello sin importar en el mediano plazo, la institución o dependencia, pública, social o privada, que preste el servicio.”

Esta concepción quedó plasmada en el Artículo 77 Bis de la Ley General de Salud, resaltando que en el apartado Bis1, se alude a los propósitos de universalidad, acotados a la incorporación de la población sin seguridad social al Sistema de Protección Social en Salud, gozando de los servicios que éste ofrezca, cuyos alcances se definirían por los reglamentos respectivos. Por su parte, el apartado Bis 2 define el SPSS, y precisa lo referente a la separación de funciones entre prestador y financiador, de cuyo análisis resalta la disminución de la autonomía financiera de las entidades federativas y el aumento de la burocracia en salud, al crear los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), que en los hechos fungirán como “aseguradoras públicas”, con el consecuente incremento del gasto administrativo.

“Artículo 77 bis 2. Para los efectos de este Título, se entenderá por Sistema de Protección Social en Salud a las acciones que en esta materia provean la Secretaría de Salud y los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud entendiéndose por éstos, a las estructuras administrativas que provean dichas acciones, que dependan o sean coordinadas por la encargada de conducir la política en materia de salud en las entidades federativas.

La Secretaría de Salud coordinará las acciones de protección social en salud, que lleven a cabo los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud en sus respectivas jurisdicciones, los cuales contarán con la participación subsidiaria y coordinada de la Federación, de conformidad con lo dispuesto en este Título y demás disposiciones aplicables.

Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud garantizarán las acciones a que se refiere el párrafo anterior, mediante el financiamiento y la coordinación eficiente, oportuna y sistemática de la prestación de los servicios de salud a la persona del Sistema de Protección Social en Salud, los cuales deberán realizar su actividad de manera independiente de la prestación de servicios de salud”

El Capítulo III del Artículo 77 BIS, desglosa el esquema de financiamiento, destacando que se trata de un diseño de contribución tripartita que implica la aportación de recursos públicos federales y estatales, así como el pago de una cuota anual por parte de las familias afiliadas. Cabe destacar que el número de personas afiliadas, es la principal base de cálculo de las aportaciones federales (cuota social y aportación solidaria), según se puede leer a continuación, lo que ha generado en la práctica un incentivo para las entidades federativas, que priorizan el número de asegurados sobre la solución de los problemas en salud, es decir sobre el acceso efectivo a los servicios.

Artículo 77 bis 15. *El Gobierno Federal transferirá a los gobiernos de las entidades federativas, los recursos que por concepto de cuota social y de aportación solidaria le correspondan, con base en las personas afiliadas, que no gocen de los beneficios de las instituciones de seguridad social, validados por la Secretaría de Salud.*

Así el SPSS, pone en el centro del esquema de financiación y atención a la salud, a la persona afiliada al seguro popular, siendo este indicador la base de cálculo para la asignación presupuestal, y si bien es cierto el Art 77 Bis 13 incorpora criterios compensatorios, con base en el perfil de las necesidades de salud de las entidades, no se precisa la forma en que éstos se determinan, además que combinan dichos criterios con la valoración de la aportación económica estatal y el desempeño de los servicios estatales de salud, castigando a la población en su conjunto cuando alguna entidad federativa no cumple con las metas de afiliación establecidas, o con la aportación económica o, en su caso, el desempeño esperado.

Aunado a lo anterior, este esquema de financiación refleja una visión que tiende a priorizar la atención parcial a la enfermedad a través de un paquete básico de servicios, en contraposición a la que se sustenta en una perspectiva encaminada a garantizar la salud de la población, procurando todas aquellas acciones preventivas y de educación para la salud, que apuntan hacia una población sana, sin descuidar desde luego, la atención de la enfermedad, siempre con base en la necesidad de cada persona y sin excluir padecimientos ni tratamientos requeridos.

Así, puede observarse que una debilidad adicional del SPSS es que minimiza cualitativa y cuantitativamente la perspectiva comunitaria de la salud, ya que si bien es cierto que en el Art 77 Bis 20 de la Ley se establece un Fondo de Aportaciones para los servicios de salud a la comunidad, su monto es insuficiente y en él se incluyen las funciones de Rectoría del sistema, es decir un gasto administrativo que suele ser alto.

Artículo 77 bis 20. *El gobierno federal establecerá un Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, mediante el cual se aportarán recursos que serán ejercidos, en los términos que disponga el Reglamento, por la Secretaría de Salud y las entidades federativas para llevar a cabo las acciones relativas a las funciones de rectoría y la prestación de servicios de salud a la comunidad, conforme a los objetivos estratégicos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud, y de*

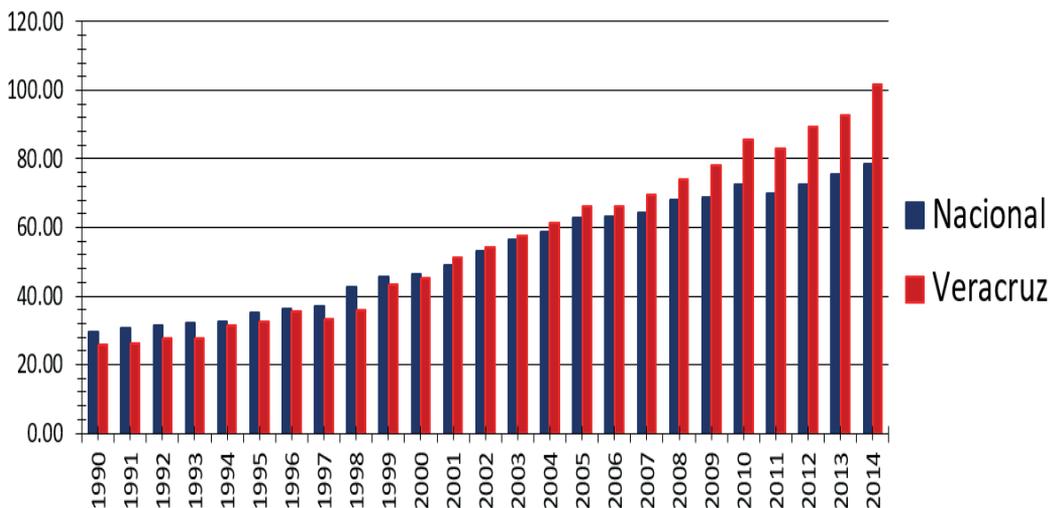
conformidad con los acuerdos de coordinación que para el efecto se suscriban.

La Secretaría de Salud determinará el monto anual de este fondo, así como la distribución del mismo con base en la fórmula establecida para tal efecto en las disposiciones reglamentarias de esta Ley. Dicha fórmula deberá tomar en cuenta la población total de cada entidad federativa y un factor de ajuste por necesidades de salud asociadas a riesgos sanitarios y a otros factores relacionados con la prestación de servicios de salud a la comunidad”

De acuerdo con el Presupuesto de Egresos de la Federación 2017, las transferencias a las entidades federativas para el Seguro Popular fueron aprobadas por un monto de 68,702.4 millones de pesos, en tanto que el presupuesto para salud a la comunidad incluidos los gastos de rectoría del sistema ascendió a 6,072.0 millones, es decir, casi 10 por ciento de lo destinado a la atención médica.

Las consecuencias negativas de esta política para la salud de la población pueden observarse al analizar el crecimiento de la mortalidad general por diabetes mellitus Tipo II, como se puede apreciar en la siguiente tabla.

Gráfico 10.1 – Tasa de mortalidad específica Diabetes Tipo II. Serie histórica (1990-2014)



Defunciones por cada 100,000 habitantes

Fuente: Elaborado a partir de Cubos de información de la Dirección General de Información en Salud – Defunciones cifras oficiales definitivas, 2016 disponible en http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_defunciones.html

La diabetes tipo II podría mostrar comportamientos más favorables, mediante acciones preventivas y de salud pública eficaces debidamente soportadas financieramente. Es de resaltar que siendo la obesidad uno de los principales factores de riesgo de este padecimiento, México ocupa el segundo lugar mundial en su prevalencia.

En el último diagnóstico de la OCDE se reconoce que las acciones de prevención no han sido efectivas, lo que ha originado, según dicho organismo internacional, que “...entre 2000 y 2012 las tasas de sobrepeso y de obesidad en la población adulta se incrementaron de 62.3% a 71.3%; uno de tres niños también tiene sobrepeso u obesidad. No es de sorprenderse que la diabetes, la enfermedad crónica más directamente ligada con la obesidad, se está extendiendo rápidamente y ahora afecta a muchos adultos. En México, más de 15.9% de los adultos tienen diabetes, más del doble del promedio de los países de la OCDE de 6.9%.” (OCDE, 2016)

Aunado a lo anterior, el SPSS es costoso, complejo administrativamente y tiende a duplicar funciones. Esto es así porque desde la aprobación de la reforma a la Ley en 2003, se estableció en el Art 77 BIS la creación de toda una estructura burocrática en los estados de la república, denominada Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) encargada de recibir y administrar los recursos, así como supervisar la prestación de los servicios y promover el fortalecimiento de la infraestructura en salud.

Artículo 77 bis 10. *Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud se ajustarán a las bases siguientes:*

I. *Tendrán a su cargo la administración y gestión de los recursos que en términos de los Capítulos III y IV de este Título, se aporten para el financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud; en el caso de los recursos transferidos por la federación a que se refiere el artículo 77 Bis 15, fracción I de esta ley, deberán abrir cuentas bancarias productivas específicas para su manejo;*

II. *Verificarán que se provean de manera integral los servicios de salud, los medicamentos y demás insumos para la salud asociados, siempre que los beneficiarios cumplan con sus obligaciones;*

III. *Fortalecerán el mantenimiento y desarrollo de infraestructura en salud, a partir de los recursos que reciban en los términos de este Título, destinando los recursos necesarios para la inversión en infraestructura médica, de conformidad con el plan maestro que para el efecto elabore la Secretaría de Salud;*

IV. *Deberán rendir cuentas y proporcionar la información establecida respecto a los recursos que reciban, en los términos de esta ley y las demás aplicables...”*

Cabe señalar que todas estas funciones podrían llevarse a cabo por las estructuras administrativas de las Secretarías de Salud Estatales, sin necesidad de crear estructuras paralelas, evitando así, la utilización de recursos para la salud en gastos administrativos, que contribuyen a que México tenga uno de los indicadores más desfavorables de entre los países de la OCDE, al situar el

gasto administrativo en casi 10 por ciento del presupuesto en salud. (OCDE, 2016). Es preocupante que solo para la Oficina de la Comisión Nacional de Protección en Salud, se destinaron en 2017,900 millones de pesos entre sueldos y gasto de operación. (Cámara de Diputados, 2016).

Otro elemento significativo que debe valorarse de este esquema financiero, es la separación de funciones entre financiador y prestador de servicios, ya que en la práctica esta visión no ha garantizado la aplicación adecuada ni transparente de los recursos públicos y, lejos de ello, las irregularidades en el manejo de los fondos han sido una constante, a pesar de las remociones de funcionarios, el fincamiento de responsabilidades o la apertura de procesos penales, como por ejemplo la inhabilitación por 10 años de Juan Antonio Fernández Ortiz en 2007 (Leal, G. 2013) quien fuera el segundo Comisionado Nacional, o más recientemente el juicio penal contra Leonel Bustos Director del REPSS en Veracruz iniciado en enero de 2017.

Por su parte, la liberalización de fondos públicos al mercado a fin de comprar servicios de salud a las empresas privadas, en lugar de fortalecer el sistema desde lo público, en ocasiones ha sido un factor que propicia la corrupción en los procesos de compra.

X.2 El resumen de la corrupción e ineficiencia

Del análisis al resultado de las auditorías realizadas a la cuenta pública 2015 por la Auditoría Superior de la Federación (ASF), se encontró que de 60,551.3 millones de pesos autorizados en el PEF de ese año como subsidios a las entidades federativas para el Seguro Popular, 28 entidades tuvieron observaciones por un monto de 12,518.1 millones, lo que representa el 20.6 por ciento del total. En la mayoría de los casos la ASF, presume daños patrimoniales ya sea por no aplicar los recursos destinados al Seguro Popular, o bien por adquirir medicamentos u otros insumos o servicios a precios excesivos, o sin observar la normatividad, entre otras causales.

Cuadro 10.1 – Recursos observados por la ASF relativos al Seguro Popular (2015)

N°	Estado	Monto (pesos)
1	Estado de México	4,069,364,080
2	Ciudad de México	1,488,050,639
3	San Luis Potosí	1,065,043,226
4	Baja California	1,056,220,781
5	Jalisco	677,339,183
6	Chihuahua	568,404,648
7	Durango	543,457,815
8	Tlaxcala	528,530,452
9	Veracruz	518,658,367
10	Guanajuato	347,366,752
11	Nayarit	342,379,131
12	Guerrero	326,936,332
13	Yucatán	216,276,690
14	Aguascalientes	196,494,286
15	Querétaro	107,480,671
16	Baja California Sur	89,325,926
17	Sinaloa	75,945,293
18	Oaxaca	66,031,213
19	Tabasco	65,890,328
20	Quintana Roo	43,476,496
21	Morelos	39,403,053
22	Zacatecas	27,005,577
23	Hidalgo	25,104,044
24	Sonora	9,449,228
25	Chiapas	9,380,015
26	Coahuila	7,495,034
27	Puebla	5,290,043

28	Tamaulipas	1,158,474
29	Colima	849,046
30	Campeche	366,227
31	Michoacán	No se localizó obs.
32	Nuevo León	No se localizó obs.

Fuente: Auditoría Superior de la Federación (ASF) 2017. observaciones por Entes, año cuenta pública 2015. Consultado en marzo 2017 en: <http://www.asfdatos.gob.mx/>

X.3 Algunas evaluaciones al Seguro Popular

Diversos organismos y académicos han realizado evaluaciones al Seguro Popular, y han encontrado que la afiliación no es sinónimo de acceso efectivo a los servicios de salud requeridos, por lo que considerar el indicador de personas afiliadas para medir la universalidad del derecho a la salud, resulta insuficiente. Lo anterior, muestra que este esquema de financiación de la salud, no necesariamente está resolviendo el propósito que al menos en el discurso sustentó la reforma en salud de 2003, es decir, lograr el derecho universal a la salud, aunque se reconoce que el acceso al paquete básico de servicios y a los medicamentos asociados a éstos, han incentivado la asistencia de las familias a las unidades médicas.

El estudio realizado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL) en 2014, determinó que entre 2010 y 2012 la carencia por acceso a servicios de salud disminuyó debido, principalmente, al incremento en la afiliación al Seguro Popular, la cual aumentó tanto en porcentaje como en número de personas; sin embargo, los indicadores sobre el acceso oportuno a la atención médica y el acceso efectivo a los servicios de salud no han tenido una variación similar.

Por su parte, el último estudio realizado por la OCDE en 2016, retoma los resultados de CONEVAL valorando positivamente el aumento en la afiliación al Seguro Popular, que pasó de 5 millones de personas en 2004 a cerca de 50 millones en 2014; sin embargo, reconoce que continúan existiendo inequidades de acceso con relación a la seguridad social, ya que el “*Seguro*

Popular no cubre los infartos cardíacos en los mayores de 60 años, los accidentes cerebrovasculares, la diálisis después de la insuficiencia renal, la esclerosis múltiple y el cáncer de pulmón. También son evidentes algunas diferencias en el acceso: Por ejemplo, el número de consultas ambulatorias especializadas es 319 por cada 1,000 afiliados al Seguro Popular, comparado con 338 y 620 por cada 1,000 afiliados en el IMSS y en el ISSSTE, respectivamente. Si bien algunas de estas diferencias pueden reflejar una necesidad desigual (como la población más envejecida del ISSSTE), otras no pueden justificarse de esta manera. El número de recetas médicas prescritas que no se surtieron por completo debido a la falta de inventario se ubicó en 33% en el Seguro Popular, comparado con 14% en el IMSS, de acuerdo con datos de encuestas (aunque las cifras propias de las instituciones de seguridad social sugieren tasas más altas de recetas surtidas).

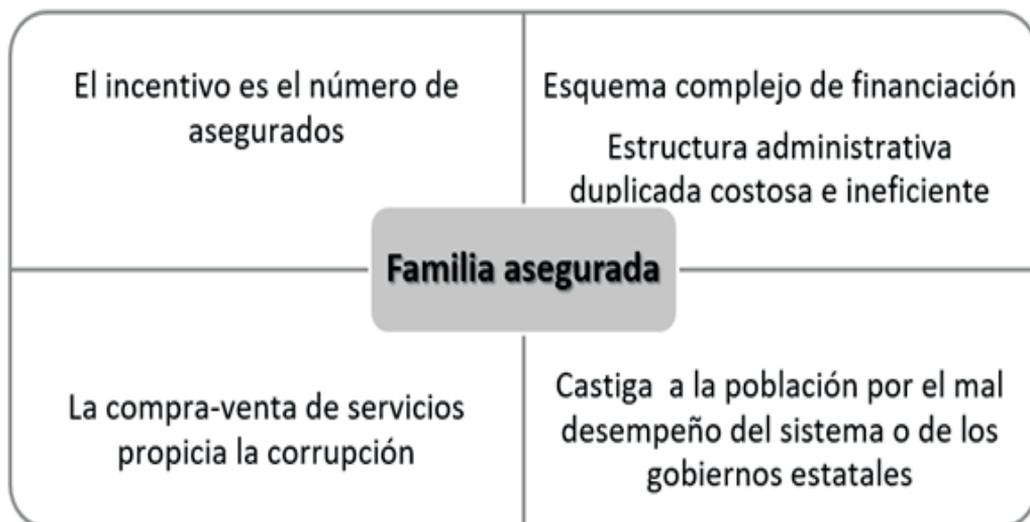
Dicho estudio también reconoce que “el gasto de bolsillo en México constituye 45% de los ingresos del sistema de salud y 4.0% del gasto de los hogares. Ambas cifras se encuentran entre las más altas de la OCDE. El gasto de bolsillo no ha disminuido de manera significativa en la última década, a pesar de los esfuerzos por alcanzar la cobertura universal en salud a través de la reforma del Seguro Popular”

Por su parte, Laurell y Herrera profundizan en el análisis de las inequidades que trae consigo el Seguro Popular, al apuntar que esta política implica el pago de todos aquellos servicios no incluidos en el paquete básico, aunado a una mayor segmentación de la población al emerger otra nueva división de la población de cara al derecho a los servicios de salud: la afiliada al seguro popular y la que no se encuentra en esa condición y que debe pagar la totalidad de la atención. Además de ello observan la problemática de acceso efectivo para los afiliados que habitan en zonas muy pobres o en los estados con mayor rezago social, debido a la falta de inversión en infraestructura en salud, y a la falta de personal médico y de enfermería en esas zonas del país. (Laurell, A y Herrera, J 2010)

X.4 Hacia un nuevo rumbo

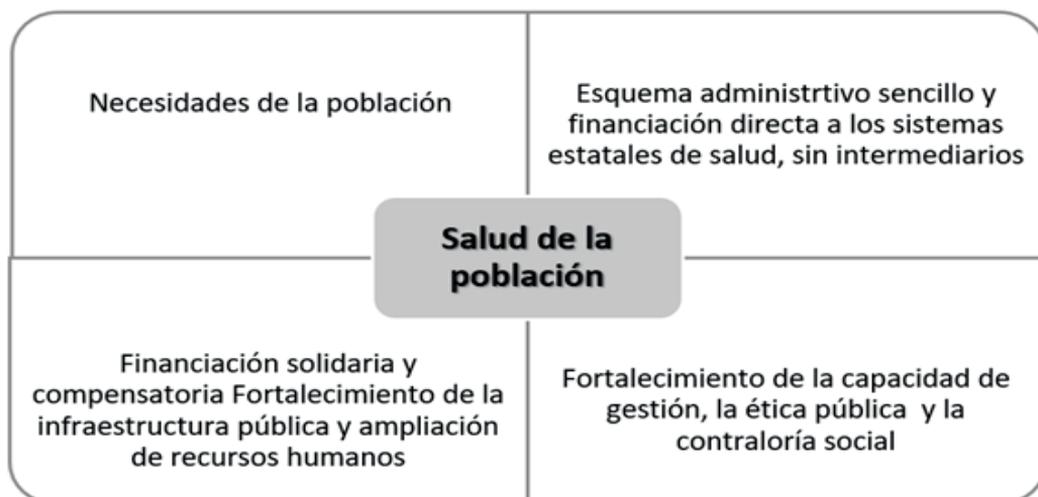
Catorce años después de haber sido aprobado el SPSS, la inequidad en salud continúa y el esquema de financiación no ha logrado cumplir su propósito, ha encarecido la administración de fondos para la salud y ha facilitado la corrupción en el manejo del presupuesto. Aunado a ello ha contribuido a la fragmentación y segmentación del sistema de salud. El gasto de bolsillo de la población no ha disminuido considerando el promedio nacional, y algunos padecimientos prevenibles van en aumento.

Con base en lo anterior, se propone pasar de un sistema que prioriza a la familia asegurada para otorgar el financiamiento y organizar la prestación de los servicios, a un sistema que ponga en el centro las necesidades específicas de la población y que reconozca las inequidades al interior del país, y al interior de cada entidad federativa, a la par que atienda los determinantes sociales de la salud. Un sistema que en consecuencia con lo señalado anteriormente, determina la financiación con una conceptualización solidaria, tendiente a compensar las inequidades como aspecto central de la política financiera, en contraposición a la aplicación de fórmulas homogéneas que suponen igualdad entre cada asegurado. Un sistema que sustituya la administración compleja de los fondos a través de intermediarios o “aseguradoras públicas”, que encarecen la administración al duplicar estructuras y que no han mostrado su eficacia, por esquemas administrativos sencillos sustentados en la financiación directa a los sistemas estatales de salud, eliminando los REPSS, fortaleciendo la infraestructura en salud y la inversión en recursos humanos, así como la capacidad de gestión de las entidades federativas, a través de la puesta en marcha de programas de profesionalización de la administración pública en salud, sustentada en el impulso de una nueva cultura institucional basada en el valor de la ética pública para propiciar el bien común, a la par de la construcción de una contraloría social fuerte que participe en el diseño de políticas públicas, así como en la integración de los presupuestos destinados para la salud.



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 10.3 – Propuesta



X.5 Lineamientos para que la Nación fortalezca la financiación y gestión del sistema público en salud.

Ante la creciente inequidad de acceso a los servicios de salud, es conveniente transitar paulatinamente en la sustitución del Seguro Popular por una estrategia de atención universal, que incluya la atención médica y los medicamentos gratuitos, para la población que no goza de seguridad social en condiciones de igualdad, con relación a la que sí goza de ese derecho, reconociendo que al tratarse de población que no cuenta con un empleo estable con prestaciones de ley, es necesaria la redistribución de la recaudación federal y estatal para abatir los rezagos en el acceso a los servicios de salud, y reconociendo también que la falta de transparencia y las debilidades de gestión de los REPSS y las entidades federativas, han afectado de manera significativa la óptima utilización de los recursos para la salud.

Con base en esta visión se sugiere iniciar un conjunto de acciones progresivas en los **ámbitos** ejecutivo y legislativo, entre las que podrían estar las siguientes:

1. Que de manera urgente la Secretaría de Salud aproveche la facultad que le otorga el Art. 77 Bis 15 en su segundo párrafo, para que ésta integre licitaciones públicas a fin de entregar a los servicios estatales de salud, parte del financiamiento que le corresponda del Seguro Popular en especie, evitando así se continúe con el desvío de recursos en las entidades federativas.

Artículo 77 bis 15. *El Gobierno Federal transferirá a los gobiernos de las entidades federativas, los recursos que por concepto de cuota social y de aportación solidaria le correspondan, con base en las personas afiliadas, que no gocen de los beneficios de las instituciones de seguridad social, validados por la Secretaría de Salud...*

- III.** *Los recursos en especie se entregarán a los servicios estatales de salud, quedando obligados a dar aviso de dicha entrega a la tesorería de su entidad para los efectos contables y presupuestarios correspondientes*

2. Impulsar una reforma a la Ley General de Salud para:
- a) Extinguir los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) al ser solo instancias mediadoras de la financiación, y usar los ahorros para fortalecer los servicios y reorientar el trabajo de afiliación hacia la promoción y educación para la salud.
 - b) Establecer la financiación directa a las secretarías de salud estatales, con criterios de solidaridad y equidad, y con base en planes anuales aprobados por la Secretaría de Salud, mismos que deberán incluir al menos:
 - ✓ Diagnósticos de salud de la población
 - ✓ Una perspectiva comunitaria, cuyo eje de atención de la salud sean las acciones de prevención, promoción y educación para la salud
 - ✓ Propuestas de programas específicos con base en la realidad de su comunidad, que garanticen el acceso a la atención médica con criterio de equidad, es decir de acuerdo con la necesidad de cada persona.
 - ✓ Plan de fortalecimiento de la capacidad resolutive de cada entidad federativa, que incluya el plan maestro de infraestructura, la propuesta de profesionalización del personal de salud y la voluntad expresa de sumarse a un sistema nacional de gestión de medicamentos, material de curación y equipamiento, a través de compras consolidadas.
 - c) Dar facultades expresas a la Secretaría de Salud, para que ejerza los recursos destinados para la infraestructura en salud en las entidades federativas, con base en el plan maestro de infraestructura aprobado.

- d) Dar facultades a la Secretaría de Salud, para adquirir los medicamentos de las entidades federativas que no han solventado las observaciones derivadas de auditorías de años previos a la fecha de adquisición de que se trate.
 - e) Establecer como obligación de la Secretaría de Salud la integración de un Sistema único de información de abasto, y un Sistema único de información de equipamiento, así como la obligación de los servicios de salud estatales respecto de su colaboración en su integración y su utilización, como herramientas de gestión modernas que coadyuven a la toma de decisiones y a la optimización de los recursos disponibles.
3. Reformar la Ley de adquisiciones, arrendamientos y servicios del sector público, a fin de fortalecer las licitaciones consolidadas de medicamentos e insumos médicos.
 4. A mediano plazo, presentar una siguiente reforma para crear un sistema único de salud alrededor del IMSS, por ser la Institución más fortalecida en materia de salud en el país. Esto considerando que los sistemas únicos de salud son los que han resultado más eficientes y equitativos en el mundo.

Conclusión

El Seguro Popular no ha logrado resolver los problemas de financiación de la salud para la población que no goza de seguridad social, ni la falta de acceso universal a la salud, destacando como principal problema su sustento conceptual, inspirado en las reformas estructurales tendientes a la liberalización de los recursos públicos a las leyes del mercado, lo que ha llevado a crear un sistema paralelo de aseguradoras públicas (REPSS) altamente ineficientes, y que en algunos casos han sido partícipes de la corrupción en los gobiernos de los estados. Dicho fracaso justifica convocar a un análisis nacional de la reforma en salud de 2003, a fin de construir las alternativas viables que gradualmente permitan contar con un sistema de financiación solidario, que garantice que la población tenga acceso efectivo a los servicios de salud de acuerdo con sus necesidades, independientemente de su condición laboral o de aseguramiento.

Referencias

Auditoría Superior de la Federación (ASF) 2017. Observaciones por Entes, año cuenta pública 2015. Consultado en marzo 2017 en: <http://www.asfdatos.gob.mx/>

Cámara de Diputados. Ley General de Salud. Consultada en marzo de 2017 http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_270117.pdf

Cámara de Diputados (2016). Presupuesto de Egresos de la Federación 2017. Consultado en marzo de 2017. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/PEF_2017.pdf

Cisneros, AI (2012) El acceso de la población mexicana sin seguridad social a los medicamentos: Entre el discurso y la realidad. *UniverSalud* 2012; 8(16) : 9-18. http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=95745&id_seccion=4987&id_ejemplar=9358&id_revista=330

5. CONEVAL (2014) Indicadores de Acceso y uso Efectivo de los servicios de Salud de afiliados al Seguro Popular. Consultado en marzo de 2017 <http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/Acceso%20y%20Uso%20Efectivo.pdf#search=seguro%20popular>

Gobierno Federal. Secretaría de Salud (2016) Gasto en Salud en el Sistema Nacional de Salud <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/gastoensalud.html>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI (2015). Derechohabiencia y uso de servicios de salud 2000-2014. Consultado en abril de 2017. <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msoc01&s=est&c=22594>

Laurell, Asa Cristina; Herrera Ronquillo, Joel; (2010). La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud Colectiva*, Mayo-Agosto, 137-148. Consultado en marzo de 2017 <http://www.redalyc.org/pdf/731/73115020002.pdf>

Leal Fernández, Gustavo. (2013). ¿Protección social en salud? Ni “seguro”, ni “popular”. *Estudios políticos (México)*, (28), 163-193. Recuperado en 14 de junio de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16162013000100009&lng=es&tln-g=es

Londoño, JL y Frenk, Julio, Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. BID Documento de trabajo 353, 2007 Consultado en marzo de 2017 <http://services.iadb.org/wmsfiles/products/Publications/35219518.pdf>

OCDE, (2016). Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México. Consultado en marzo de 2017. http://medicinaweb.cloudapp.net/observatorio/docs/ss/lg/SS2016_Lg_Informe.pdf

Senado de la República. Iniciativa de Decreto por el que se Adiciona y Reforma la Ley General de salud. Diario de los Debates, México. Número 23. Pág. 8-26, 12 de noviembre de 2002. Consultado en marzo de 2017 http://www.senado.gob.mx/content/sp/dd/content/cale/diarios/58/3/PPO/d23_12_11_2003.pdf

Frente a la “universalidad” no reclamada del peñismo, urge debatir siete prioridades para garantizar una efectivamente integral y resolutive¹²⁰

Gustavo Leal F.¹²¹

Señoras y señores: es un alto honor para este servidor y para mi centro de trabajo, haber sido convocados a este relevante Foro.

XI.1 ¿Qué “universalidad”?

El concepto ha sido considerado como el más poderoso que la salud pública puede ofrecerle al mundo. Sin embargo, existe una amplia brecha entre lo que significa para los decisores y aquello que representa para la ciudadanía. Para éstos últimos, el concepto connota una precisa demanda: la urgencia por mejorar los servicios y hacerlo pronto.

Durante la campaña presidencial de Peña no se discutió nuestra situación en salud y Seguridad Social. Sin reclamarlo, se ofreció un “sistema de seguridad universal”, así como una agenda externa a las necesidades sectoriales diseñada por Santiago Levy¹²². Inmediatamente después, la Secretaría de Salud (SS) activó una ruta gubernamental que desplazó la oferta de campaña y operó

120 Versión estenográfica presentada en el panel “Nuevos modelos para garantizar la salud pública” de la Semana Nacional de Seguridad Social 2017 el 4 de abril.

121 Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

122 Levy, S. (2008) “Se subsidia la informalidad”, *Enfoque*, suplemento dominical del diario *Reforma*, entrevista de Martha Martínez, domingo 7 de septiembre, 2008, pp. 4-6.

como el centro de las tareas de la SS durante el primer tramo de la administración¹²³.

La ruta era ambiciosa. Contemplaba: fondo único, financiamiento vía impuestos generales, principio de capitación, competencia entre prestadores -incluido el sector privado, con clara presencia del sector asegurador-, subrogación de servicios, libertad de elección, y priorización de intervenciones y padecimientos bajo la forma rustica de “paquetes” básicos, entre otros.

En otro lugar he examinado ampliamente esa “Seguridad Social universal” peñista¹²⁴. Toca hoy sólo resaltar que la “universalidad” no reclamada es apenas una “universalidad” no universal. Pero tampoco lo es el acotado *Acuerdo para la Universalización de los Servicios de Salud* (para intercambiar servicios IMSS/ISSSTE/SS -100 intervenciones- como quiere la OCDE), firmado por el Dr. Narro el 7 de abril 2016, ni el posterior, también limitado *Convenio de colaboración SS-IMSS-ISSSTE*, del 3 de marzo 2017.

XI.2 ¿“No estamos lejos” de esa “universalidad” no reclamada como declara el Dr. Narro?

Tanto el *Acuerdo* como el *Convenio* pretenden lavar la cara frente a la fracasada promesa de la Seguridad Social “universal” y ambos evitan, nuevamente, ocuparse de las carencias que determinan, desde el fondo, el ruinoso estado del sistema público de salud.

Como era esperarse, un año después de la firma del *Acuerdo* la realidad se impuso. Lo que el año transcurrido mostró fue lo que ya era de patente dominio público desde antes que Peña asumiera el cargo: que el sector público en salud carece de las condiciones de suficiencia que establecen la OMS-OPS para brindar un servicio digno. Su rasgo característico son sus patentes carencias: no cumple con los parámetros de suficiencia de personal capacitado y moti-

123 FUNSALUD (2013) “Universalidad de los servicios de salud en México”, *Salud Pública de México*, Vol.55, Editora invitada Mercedes Juan López, México, D.F.

124 Leal, Sánchez Pérez, León Cortés (2016) “Sobre la propuesta de “universalidad” en salud: Mercedes Juan y Enrique Peña Nieto”, *Estudios políticos*, Novena Época, Núm. 38, mayo-agosto, pp. 89-116 donde se reúne, además, una vasta bibliografía.

vado, así como de los medios disponibles para brindar la debida atención.

Pero todas estas carencias nadan, ahora, en un mar de corrupción nunca antes visto. El desplome de los procesos descentralizadores emprendidos por Zedillo (1994) y operados inercialmente por los gobiernos panistas de Fox y Calderón (2000-2012), colapsaron del todo con el peñismo. Ya no se trata del debate serio sobre el destino y orientación de las políticas públicas: es una combinación letal entre corrupción e impunidad estructurales.

Pese a este lamentable cuadro, el Secretario Narro declaró el 24 de febrero de 2017 que “estamos avanzando y me gustaría pensar que, con el gobierno del Presidente Peña, pudiéramos alcanzar la cobertura real en materia de salud. No estamos lejos”. Y el 3 de marzo volvió a firmar un *Convenio de colaboración* SS-IMSS-ISSSTE, para que los mexicanos reciban servicios “en cualquier unidad médica sin importar si tienen o no Seguridad Social”. Con ello “se cumple” el compromiso del Presidente Peña para que “todos los mexicanos tengan acceso a servicios”.

La diferencia con el acotado *Acuerdo* del 7 de abril-2016 fue que el *Convenio* alude a “aprovechar de mejor manera la disponibilidad de los servicios”. ¿En el ISSSTE hay “disponibilidad”? ¿Dónde? Obviamente, los sindicatos corporativos del IMSS-SS rechazaron el *Convenio*, ocupándose más de la infraestructura que de los profesionales de la salud que constituyen el frente de operación.

XI.3 Siete prioridades

Frente a este cuadro, es preciso *abrir el debate ordenando a las siguientes siete prioridades* que garanticen una universalidad efectivamente integral y resolutive.

XI.3.1 Primera: ¿y la prestación?

Resulta llamativo que en la cadena que estructura el financiamiento-prestación de servicios, suele privilegiarse la crítica del financiamiento. Lamentablemente, tal y como sucede con FUNSALUD, el factor *prestación* es el menos atendido. Ello confirma el alejamiento de los reclamos ciudadanos más sentidos y robustos: ¡mejorar servicios ya!; actualización del catálogo de presta-

ciones a la altura de la ciudadanía del Siglo XXI; suficiencia de personal sanitario capacitado y motivado, así como de los medios para brindar la atención y, finalmente, operación *integral* de la Atención Primaria.

XI.3.2 Segunda: mejora de la prestación y atención primaria a la salud

Ellas son las demandas más requeridas por los equipos de salud como responsables del servicio. Para la Atención Primaria, el reclamo está *directamente* vinculado con la carga laboral: su operación *integral* “nos desinfla demanda”, comunican, aunque adecuadamente instrumentada, contribuye a la resolutiveidad y efectividad.

También llama la atención que la operación *integral* de la Atención Primaria, sea confiscada exclusivamente al primer nivel de atención, lo que desatiende el horizonte nosológico del entero ciclo de vida¹²⁵. Tampoco puede ser “básica”, como quiere la OIT con los “pisos” básicos de protección social. Más bien, “sótanos”.

Por contraste, la demanda por un diseño de la prestación que integre en todos los niveles esa intervención primaria escalonada, constituye *la principal demanda* entre los equipos de salud responsables de la prestación, después de la de suficiencia.

XII.3.3 Tercera: redes integradas con eje clínico

Para la OMS, la cobertura universal “atañe a todos. Permite unificar los servicios y prestarlos de manera integral e integrada sobre la base de la atención primaria de salud”¹²⁶.

Ciertamente, la mejor manera de desplegar la Atención Primaria integral es incorporándola a lo que hoy día resume el más completo modelo de prestación: el de los servicios *integrados* o las así llamadas RISS: Redes Integradas de Servicios de Salud¹²⁷. En ellas se despliega ordenadamente el ciclo de vida asumiendo los desafíos de la dinámica demográfica *con y desde un eje clínico*.

125 Muñoz Hernández, O. (2012) (Coordinador), *Propuesta de Un Sistema Nacional de Servicios de Salud*, Hospital Infantil de México Federico Gómez-CONEVAl, México, D.F.

126 OMS (2012) *Sanidad para todos*, Ginebra

127 Representación OPS-OMS Chile (2011) *Redes Integradas de Servicios de Salud: el desafío de los hospitales*, Santiago.

Operar la Atención Primaria en este modelo es, efectivamente, el reto. Tal y como lo desarrolló el Gobierno Vasco¹²⁸ y el Servicio Nacional de Salud de Reino Unido (NHS)¹²⁹. Por el contrario, el modelo de “sociedad participativa” que promueve el gobierno de Holanda¹³⁰, constituye una severa amenaza al contenido clásico del Estado de Bienestar.

Muy poco o nada de ello se aprecia en la cómoda y hueca invocación al fortalecimiento de la Atención Primaria “en el primer nivel”. Aunque siempre resulta conveniente precisar el reto de gran envergadura que su cabal operación conlleva.

XI.3.4 Cuarta: ¿y el sector privado?

Qué y cómo del sector privado podría integrarse *adecuadamente regulado* a la prestación? ¿Bajo qué modalidades de colaboración? ¿Es anatema? Casi no se registran apuntes sobre esta línea fuga de la política pública, que permea el debate mundial¹³¹. Ahora, sobre todo, en el cuadro de la propagación de los servicios integrados. ¿Qué y cómo de la oferta privada cabe en un proyecto efectivo de universalidad¹³²?

La ausencia de reflexión, diseminación y debate estructural sobre el subtema, exhibe una agenda casi clandestina. Y revela que, tanto las propuestas de FUNSALUD, como del Centro Estudios Espinosa Yglesias¹³³ y las del propio sector asegurador¹³⁴, han sido incapaces, hasta el momento, de ponerlo sobre la mesa, permear a la opinión pública, otros intereses en la arena de la política pública y, sobre todo, a la ciudadanía. Tampoco hay pronunciamiento de

128 Gobierno Vasco (2010) *Estrategia para enfrentar el reto de la cronicidad en Euskadi*, junio.

129 The Economist (2014) “National Health Service. The English reformation, Nov. 22nd”; The Economist (2015) “Decentralising health care. Control yourself. Manchester gets a new dollop of autonomy, February 28th”; The Economist (2015) *Will Obamacare cut costs? The growth in America’s health-care spending is slowing*, march 7th.

130 El País (2015) “Holanda recorta servicios sociales y los transfiere a los municipios”, 1 de febrero

131 The Economist (2015) *Mental health. Out of the shadows. The stigma of mental illness is fading. But it will take time for sufferers to get the treatment they need*, April 25th; The Economist (2017) *The NHS and social care. Paying for grandpa*, March 4th.

132 Santamaría, C. (2012) *La Atención Primaria de Salud como estrategia de combate a la pobreza*, Consorcio Hospitalario de Cataluña, noviembre, México, D.F.

133 Centro Estudios Espinosa Yglesias (2013) *El México de 2013. Propuestas para transformar el Sistema Nacional de Salud*, México, D.F.

134 Presidencia de la República (2013), *Presidente Peña Nieto. Clausura de la 23 Convención de Aseguradores de México*, 8 de mayo, México, D.F. y especialmente las de Fernando Solís Soberón desde el GFBANORTE.

partido político alguno.

XI.3.5 Quinta: ¿y las Tecnologías de la Información y Comunicación?

¿Qué nuevas TIC's para qué procesos? ¡Otro gran faltante! Casi como si no existieran las soluciones informáticas en el ámbito de manejo de datos, interoperabilidad y comunicaciones; el expediente clínico electrónico; las agendas en línea; telemedicina; utilización de dispositivos móviles para mantener contacto entre los centros de atención y los usuarios, entre otros. Todos estos recursos pueden representar apoyos reales *cuando* se los integra correctamente, es decir: desde las personas, a los procesos de atención. Ellas facilitan los procesos que están previamente *bien* diseñados, pero *no* integran mágicamente, es decir: sin un adecuado modelo clínico de atención como su soporte original¹³⁵. Además, para los equipos de salud y en términos de la operación de la Atención Primaria, su integración constituye un severo desafío.

XI.3.6 Sexta: ¿y el humanismo en la prestación? Frente operativo y administradores del servicio

Frente al proyecto FUNSALUD-Espinosa Yglesias cabe preguntar ¿operan los sistemas sanitarios con la fría exactitud de los relojes suizos? ¿Tienen alma? ¿Quién los mueve? ¿Autómatas? Resulta alarmante la ausencia redonda de aquello que *los hace posible* en su misión *humana*. Tanto en proponentes como en intérpretes, el énfasis en el financiamiento no abre aún espacio para perspectivas que fortalezcan el demandado *humanismo*, también, *integral* a lo largo de toda la cadena horizontal del servicio integrado. No sorprende que frente a este ominoso silencio, apenas se escuchen aisladas notas ecuménicas: las del discurso vaticano¹³⁶.

En proponentes e intérpretes falta también tematizar un algo sin cuya presencia es prácticamente imposible explicar, comprender y, sobre todo, superar la situación de penuria que priva en los servicios de salud. Ese algo es la pérdida de poder absoluto -en el ciclo 1982-2017- del *frente operativo* ante el imperio de la así llamada "administración".

135 Un caso prototípico de cómo *no* se deben integrar clínicamente las TIC's es el del Expediente Clínico Electrónico en el Gobierno del Distrito Federal encabezado por Miguel Ángel Mancera, y diseñado por su secretario de Salud Armando Ahued.

136 "No se puede 'dar' al otro de lo mío sin haberle dado en primer lugar lo que en justicia le corresponde". Carta Encíclica Vaticana *Caridad en la verdad* (Benedicto XVI, 2009).

Ella está constituida por: la alta administración del IMSS-ISSSTE-SS responsable de la normatividad y del flujo de recursos a la operación. *No* hay que confundirla con los directivos de la operación que se encuentran al frente de las unidades hospitalarias y que, al igual que los equipos de salud que engrosan el frente operativo, padecen las mismas carencias.

La fuerza de esta casta decisoria es directamente proporcional a su capacidad para administrar la *no prestación* de servicios en la esfera pública y el encuadre de precios sombra en el sector privado, a pesar del sensible incremento en la demanda.

Una versión consumada de la incapacidad gubernamental que consagra -en detrimento de pacientes y equipos de salud- la realidad laboral de ese *frente operativo*, es la lectura “estratégica” de la SS¹³⁷.

En la derrota del frente operativo pesa también la renuencia cómplice de las dirigencias (que no de los trabajadores) de los tres grandes sindicatos nacionales de la salud para modernizar sus propuestas sindicales: SNTIMSS-SNTISSSTE-SNTSS. Con un ostensible y ya muy costoso retraso gestor, todas esas dirigencias están hoy día incapacitadas para cohesionar (junto y de la mano de sus “representados”) un diálogo que impida asociar *cualquier ajuste* con una demanda de más pago.

Estas renuencias del “dirigente” se traducen en un alto costo de atención para los pacientes, usuarios de la red sanitaria y los equipos de salud, toda vez que esa renuencia alcanza lo no actualización de los *profesiogramas* de una materia de trabajo correspondiente a una realidad laboral dinámica que, como “dirigentes”, los rebasa por minuto.

No es casual que la última modalidad de esta complicidad de las dirigencias con la *no prestación* de servicios, coincida con su sumisión al proyecto de reforma Peña en pro de esa “universalidad” no reclamada. Paradójicamente, por su parte, los entusiastas propulsores de la reforma no los respetan y, desde su olimpo tecnocrático virtual, apenas les otorgan, a regañadientes, la identidad de posibles “resistencias” al cambio que “urge” en el sector.

137 García-Saisó, S. y cols (2015) Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud, *Salud Pública de México*, vol 57, no. 2, marzo-abril, México, D.F.

También es cierto que, recientemente, se escucha cada vez con más fuerza la demanda levantada por los equipos de salud responsables del *frente operativo*, por una mayor participación en el debate sanitario de los diferentes Colegios de las ramas médicas y de enfermería, junto con especialistas en el diseño de políticas públicas. Ello confirma que las profesiones sanitarias tienden a sentirse mejor representadas en el ámbito de esos Colegios y agrupaciones de especialistas, más que en sus respectivas organizaciones sindicales. Lo que indica que las “dirigencias” sindicales se encuentran virtualmente desvinculadas de la defensa de la materia de trabajo de “sus” equipos de salud; estructuralmente alejadas de los liderazgos naturales que surgen de la operación y muy lejos de ser parte de soluciones viables. Por su parte, en los Colegios y agrupaciones de especialistas en la temática, palpita una masa crítica de estudiosos con amplio reconocimiento técnico y dilatada experiencia laboral en la operación de los servicios públicos y privados. No puede sorprender, entonces, que el alineamiento de las demandas de los equipos de salud con Colegios y agrupaciones de especialistas, al margen de las “dirigencias” sindicales, anuncie una nueva forma de presencia de los equipos de salud en la defensa de sus derechos laborales, independientemente de las prioridades institucionales (reforma Peña), personales y partidarias de las actuales “dirigencias” sindicales y cuya nota característica es la cerrazón frente a las demandas de sus “representados”.

XI.3.7.Final: por una universalidad efectiva, resolutive e integral para las mayorías

En el marco de una clase política que no usa la red pública y que, a todas luces, personalmente le significa muy poco, la demanda por la universalidad no puede ser soslayada: sí a la universalidad efectiva e integral para las mayorías que hacen uso de ella como única opción.

El gran tema central de la agenda es, entonces, ¿qué universalidad? Pero ella no se puede redefinir sin *todos* los actores. Ese es el futuro inmediato *viable* y *deseable* para alcanzarla como agenda ciudadana: atendiendo la honda demanda de mejorar servicios ¡ya! (con los recursos disponibles), actualizando y ampliando el catálogo de prestaciones (titularidades) a la altura de la ciudadanía del Siglo XX (en consonancia con el perfil de morbimortalidad),

cumpliendo con los parámetros de suficiencia y con servicios integrados que articulen atención primaria integral con eje clínico resolutivo.

¡No! a la “universalidad” de paquetes básicos del Seguro Popular y de los “pisos” de protección social mínima de la OIT.

¡Sí! a una amplia convocatoria de *todos* los actores de la arena, para proyectar un programa común en pro de una universalidad efectiva, resolutiva e integral para las mayorías¹³⁸.

Sin ella, que resulta de un ir y venir *a la realidad* de los actores, ordenando *desde ahí* sus agendas y pesos específicos en la arena, será difícil superar la naturaleza cupular, académica-autoreferencial, de las propuestas que se quieren concebir como alternativas y, sobre todo, sus diseños de gabinete (escritorio) para conformar opciones ciudadanas *viabiles*.

No es poco lo que está en juego: el programa reformista de Peña Nieto, que ya suma 14 reformas, quiere incorporar a México al mundo global con protección social mínima; subastando y comprometiendo el alcance salarial de la próxima generación: a nuestros jóvenes. También está hundiendo el medio-ambiente. Es un proyecto de modernización socialmente excluyente y con altos impactos oligárquicos. La salud de los mexicanos del Siglo XXI merece, sin duda, otro futuro. Eso es lo que, ni más ni menos, está en juego.

138 Fundación Colosio. (2014) *Estudio sobre las reformas a los sistemas de salud para alcanzar la cobertura universal*, México, D.F.

XII. El sistema de salud chileno. De público a privatizado

*Carolina Tetelboin Henrion*¹³⁹

Introducción

Esta presentación sobre el sistema de salud de Chile, se realiza desde un ángulo que muestra su trayectoria de identidad cada vez más pública durante el siglo XX hasta 1973, y luego, a partir del golpe de Estado, hacia un desarrollo cada vez más privatizado, una tendencia que lo ha marcado en los últimos 45 años. En tal sentido, el objetivo es hacer una reflexión en el largo plazo, desde que se creara en 1952 el Sistema Nacional de Salud (SNS) hasta el día de hoy. El SNS fue producto de un proceso gradual de integración de organismos públicos de salud bajo las premisas de mayor planeación nacional, integración, universalización, financiamiento público y contribuciones de las cajas de los trabajadores, que llegó a cubrir con sus atenciones a un alto porcentaje de la población, prácticamente el 90 por ciento de las hospitalizaciones y el 70 por ciento de las atenciones ambulatorias y de especialidad. Hoy, tenemos un sistema de salud al que desde una perspectiva subsidiaria se le llama mixto, pero desde una perspectiva de derechos, llamaremos privatizado.

Es privatizado, porque de la población total que atiende el fondo público, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), agrupa a alrededor del 80 por ciento del llamado sistema público, pero sólo dispone de un poco más de la mitad de los

recursos de salud del país; mientras, la otra mitad del financiamiento la concentra el sistema privado de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) para atender al 17 por ciento de la población en instituciones de atención privadas asociadas. De la población perteneciente al sistema solidario FONASA, el 30 por ciento corresponde al grupo A o indigentes que no aportan cotizaciones, y que se atienden exclusivamente a través de la modalidad de atención institucional, es decir, con financiamiento totalmente público, derivado de impuestos; el restante 50 por ciento de la población del FONASA, están clasificados como B, C y D, y contribuyen al aporte público con su previsión de salud (cotización obligatoria del 10 por ciento del salario), y con un gasto de bolsillo o bono adicional variable, para acceder a la modalidad de libre elección según la atención, en servicios también controlados por las ISAPREs. Este sistema es privatizado también, porque en su dinámica política, financiera y discursiva, el sistema público está subordinado a las necesidades del sistema privado, de manera que debe caracterizarse mejor como un sistema de salud desigual, inequitativo, arbitrario, insuficiente y con lógica privada.

Los grandes momentos del llamado cambio estructural que han llevado a estas transformaciones privatizadoras hasta el día de hoy, son los siguientes. Un primer momento, desde el golpe de Estado de 1973 hasta 1980-1981, propiamente hasta la constitución de 1980, es marcado por el control militar del SNS y el Ministerio de Salud a cargo de la Aviación; el estrangulamiento financiero y de recursos; y políticamente, las iniciativas del Colegio Médico golpista; en términos estructurales, significaron el término formal del SNS (1978) y la municipalización de la atención primaria.

Un segundo momento corresponde a la reforma estructural general, desde la Constitución de 1980, cuyos elementos esenciales son la economía de mercado, el nuevo papel de Estado subsidiario y la libertad de elección. Inmediatamente y al amparo de esa Constitución, se impusieron las reformas estructurales de 1981, marcadas por siete reformas fundamentales, entre ellas salud y pensiones. Durante este periodo se aplica el proyecto del llamado “El Ladrillo” construido por los “think tank” de la derecha chilena, con profesionales formados en Estados Unidos vinculados a la Pontificia Universidad Católica de Chile. El rasgo principal es que se legaliza el traslado de cotizaciones previsionales —consideradas hasta entonces públicas y solidarias— al sector

privado, quebrando o desfinanciando con ello la base de lo público. Así, los aportes de los trabajadores correspondientes al obligatorio 7 por ciento y 10 por ciento del salario, sirven de base para la creación de las Asociaciones de Fondos Previsionales (AFP) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) respectivamente, generándose con ello una nueva gran industria privada concentradora de los recursos de pensiones y de salud. Este panorama se mantiene después del fin de la dictadura en 1989, y los dos primeros gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia, que mejoraron el financiamiento, incorporaron controles de gestión, ampliaron la cobertura, pero sin cambiar la estructura del financiamiento de la salud ni de las pensiones.

La tercera reforma ocurre en 2004 a raíz de la crisis de las “colas” o listas de espera para las atenciones especializadas y la crisis financiera de los hospitales, que pusieron en evidencia la situación crítica del sistema público y la necesidad de su refinanciamiento. Su solución parecía marcar el límite al modelo privatizado y el abuso de las ISAPREs, y el inicio de un debate en torno a la disminución del aporte previsional del 7 por ciento para ellas, para así reorientarlo gradualmente al fortalecimiento del sistema público. Sin embargo, termina siendo una reforma que profundiza esta crisis y diseña una solución que no modifica la estructura del modelo anterior, sino que lo refuerza, al crear en aras de la equidad, un plan priorizado y judicializado, tanto para el sector público como para el privado, de atenciones oportunas garantizadas y exigibles en número de 4 hasta actualmente 80 patologías del Plan de Garantías Explícitas en Salud —Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud— (AUGE/GES). Este proceso tiene nuevamente consecuencias para la atención pública, ya que en vez de fortalecer el conjunto de las acciones de salud, se privilegian ciertas acciones, y se afectan las atenciones que no están en el AUGE y con ello la operación pública.

Por último, en 2010, hay una inflexión en el Sistema ISAPRE, cuando la Corte Suprema de Chile establece por primera vez límites al aumento de costos y a la selección adversa de planes y clientes. Sin embargo, las medidas son al interior de sistema ISAPRE y no en relación al conjunto del sistema.

En esa línea, el documento desarrolla en primer lugar las concepciones en pugna sobre lo social en salud y el mercado en salud. Luego desarrolla los

periodos históricos descritos. Finalmente, se da una mirada al gobierno actual de la Nueva Mayoría y su actuación respecto a los dilemas del sistema de salud chileno.

Desde el punto de vista de las características socioeconómicas de la población chilena, la mayoría vive con un salario bajo y un manejo económico ingenieril para la mantención básica funcional. Ante cualquier necesidad extra, como agregar a un nuevo miembro de la familia al acceso al transporte u otra necesidad, el plan financiero familiar se quiebra. Son entonces muy precarias las condiciones de subsistencia de la mayoría de la población, lo que no obsta para que haya una penetración de la idea del mercado, del individualismo y del consumo profundo y generalizado, que promueven los medios de comunicación y que se sustenta en el crédito, de manera que gran parte de la población tiene relación con el sistema financiero.

XII.1 La pugna política en salud

El debate actual sobre las concepciones de la política social y de salud, y de los sistemas de salud, se da en el marco de la crisis actual del capitalismo neoliberal que, no obstante las medidas de ajustes económicos, políticos, legales e ideológicos que se pusieron en marcha desde los ochenta del siglo pasado, han garantizado la concentración de recursos, pero no han solucionado la disminución del crecimiento económico; han generado el aumento de la pobreza, de los precios de los satisfactores y la destrucción institucional para responder a las necesidades. Con ello se ha producido una profunda crisis política de deslegitimación de los regímenes neoliberales. Aunque estos cambios se presentaron como necesidades técnicas modernizadoras, hoy está claro que su objetivo no se logró ni siquiera a costa de la profundización de las desigualdades. Este modelo económico, cuyos resultados fueron previsibles pero que hoy demuestra su profundo fracaso, se implantó a costa de la disminución y reorientación del gasto social, para crear nuevos mercados y negocios para la iniciativa privada con los bienes públicos nacionales, y los fondos públicos y sociales de los trabajadores. La estrategia fragmentó, segmentó y desapareció o cambió el carácter de las instituciones, las enajenó y se montó en una ideología individualista y consumidora, que hizo a la población deudora de los in-

tereses de la banca, retrasando o difiriendo la defensa de sus derechos. Todos los sectores públicos y sociales han sido sometidos a esta sin razón.

La perspectiva del mercado es la segmentación. Los *holdings* operan de esta manera para evadir impuestos y lograr mayor control sobre las utilidades. Esta es también la lógica impuesta a las instituciones públicas, bajo el argumento falaz de “zapatero a tus zapatos” y separando sus funciones, despedazándolas en sus sentidos sociales. De esta manera se debilita la acción pública, se extraen los fondos de las instituciones públicas, para controlarlos centralmente, y reasignarlos a una diversidad de prestadores, prestaciones y sistemas de mediación financiera. Este cambio conlleva un redireccionamiento de flujos de financiamiento, posibilitando la concentración y acumulación de los recursos de salud y el debilitamiento de las prestaciones sociales, así como de los tiempos, insumos y condiciones de trabajo para los trabajadores, que pasan a ser subordinados por esta lógica, y flexibilizados. Estos nuevos circuitos agregan también nuevos costos: control individualizado de los sujetos, administración y competencia para atraer clientes. Significa también establecer de nueva cuenta el regulador, el Estado, que a la vez que es juez y parte, porque impulsa la desarticulación, debe “regular” la competencia entre intereses privados en países con una corrupción desatada en estos nuevos ambientes.

Y finalmente tenemos una concepción de ciudadanos con derechos individuales y exigibilidades individuales, que es un avance relativo y discutible, porque se pone sobre la mesa la relación entre individuo y exigibilidad de derechos, pero se abandona la idea de los derechos sociales, que ampara al conjunto y supone la obligación de las instituciones públicas y del Estado de una protección social general. Quedan sólo los derechos establecidos de manera limitada, pero no para el conjunto, como fueron establecidos en los sistemas anteriores de mayor amparo que el actual. El resultado de este proyecto significó concentración de la riqueza y extensión de la pobreza, y en la actualidad, resistencia e indignación social, aunque todavía sin capacidad de reversión, salvo en el caso de algunos países y gobiernos locales de orientación distinta en América Latina. Éstos han hecho importantes aportes con sus experiencias, concitando la molestia e intervención de las transnacionales, la banca internacional y el imperialismo norteamericano.

El debate actual sobre las concepciones de la política y los sistemas de salud es un tema continental y mundial ante los terribles resultados de la política de mercado y el retiro del Estado. Actualmente, desde perspectivas teóricas, prácticas políticas y sociales, y de ejercicios de gobierno en distintos niveles, se trabaja en la construcción de la contracorriente, para transformar la perspectiva neoliberal de derechos individuales de mercado y Estados subsidiarios para los pobres, hacia la construcción de derechos universales y colectivos que garantice un Estado controlado por la sociedad, y no por los grupos financieros de la burguesía y la globalización.

Actualmente se pugna por sociedades democratizadas más allá del sentido liberal. Sociedades y trabajadores participativos, informados por medios libres, agregados en sus intereses y representados, con capacidad de control sobre la cuestión pública y el Estado. Se busca retomar políticas que restablezcan y avancen en una concepción y práctica de derechos ciudadanos universales e integrales, garantizados por el Estado y financiados equitativamente por los impuestos. Políticas que encarguen y fortalezcan a instituciones de nuevo tipo, públicas y sociales, generadas también por sus trabajadores; que cuiden la salud, las pensiones y otros servicios sociales; no encargadas a terceros que lucran, simplifican atenciones, aumentan costos y flexibilizan las relaciones laborales. Ésta es una de las líneas que tiene que ver con el papel de la cuestión pública y la responsabilidad del Estado, la democracia profundizada con sujetos sociales soberanos, en sentido de la creación de un pacto social que permita la operación de las instituciones, con agentes que puedan desarrollar estas funciones con los objetivos originales.

Esto significa en primer lugar desmercantilizar, es decir, eliminar el lucro de la política social para basarla en necesidades sociales de las mayorías; reorientar y fortalecer el financiamiento público para lo público y lo social; regresar los fondos de los trabajadores a su control y a formas solidarias eliminando el reparto individual, buscando nuevas opciones de solidaridad. Significa eliminar los subsidios públicos a privados lucrativos; disminuir la corrupción y clientelismo. Implica promover desde la política el interés social, mejorar financieramente y con gestiones participativas y sanas, las instituciones; apostar socialmente a la oferta pública a través de pactos entre instituciones, trabajadores y usuarios empoderados de beneficios más allá de los salarios y,

desde luego, hacia un sistema público o una asociación entre formas de Seguridad Social y público. Y finalmente el gran tema es quién toma las decisiones en el ámbito de lo social, y de la salud en particular, con relación a los intereses diversos que se mueven en ese campo, y que exigen una ampliación de las formas participativas y democráticas para el establecimiento de derechos sociales.

XII.2 El Servicio Nacional de Salud. 1952-1978

En la trayectoria de largo plazo del sistema de salud chileno, no se puede omitir la experiencia del Servicio Nacional de Salud, SNS, como la construcción institucional pública más importante, de bajo costo y efectiva en términos de los indicadores de salud. Fue creado en Chile en 1952 a través de un consenso profesional y político de distinta naturaleza y que subsistió hasta el gobierno de la Unidad Popular, que profundizó su vocación pública, social y participativa. En él se reunieron en un solo organismo todas las instituciones sanitarias para atención a las personas y de salud pública existentes, además de las industrias fundamentales para su operación autónoma como el Bacteriológico, la Central de Abastecimiento, el Laboratorio Chile, las Lavanderías; instituciones como la protección a la infancia (PROTINFA), la Gota de Leche (para la nutrición), los hospitales de la beneficencia y públicos para distintas especialidades. Fue encabezado por una Dirección General con capacidad de planeación nacional, y tenía una estructura de tres niveles, extendido por todo el país con sistemas de referencia y contrarreferencia desde postas rurales, consultorios y hospitales de distintos niveles, urbanos y rurales. A través de convenios docente-asistenciales se programaba la formación de recursos humanos profesionales entre el SNS y principalmente la Universidad de Chile y otras universidades de servicio público. Primero se integraba a los estudiantes como auxiliares técnicos y más tarde como profesionales de la salud. La actividad principal del ejercicio profesional era la del SNS, y la práctica privada era secundaria fuera de su horario institucional. A su vez, el SNS formaba otros trabajadores y técnicos.

Aunque se trataba de un sistema centralizado, el SNS tenía una presencia activa en todas las entonces provincias, además de contar con un reconocimiento

y legitimidad social, como el que gozaban otras instituciones nacionales como Carabineros y las Fuerzas Armadas, la Corporación de Fomento de la Producción (CORFO), entre otras.

El financiamiento del SNS provenía principalmente de los impuestos públicos y de las cajas de previsión o de Seguridad Social, cuyos miembros accedían a la atención, especialmente las hospitalizaciones. Las cajas de previsión para entonces eran más de 40. La más importante de ellas era la del “Seguro Obrero”, que agrupaba prácticamente al 80 por ciento de la población de las cajas. Las cajas concentraban los recursos de las pensiones, la salud y otras prestaciones para sus afiliados. A su vez, los trabajadores y empleados tenían formas de organización sindical o gremial fuertes, agrupadas las primeras por rama en la Central de Trabajadores de Chile, y en otras como la Asociación de Empleados Particulares y Periodistas, EMPART, o de los Empleados Fiscales, ANEF, entre otras; una de sus principales características era su visión de clase, su autonomía política y financiera del Estado, aunque todas con vínculos con partidos con los que se identificaban, desde la Democracia Cristiana a los partidos Comunista, Socialista y Radical. Por otra parte, el SNS tenía bienes propios producto de expropiaciones, donaciones o herencias previas, que contribuían al financiamiento.

La planta de profesionales, técnicos y trabajadores hacían su desarrollo profesional durante toda su vida laboral en la institución, con contrato regular, sistemas de ascenso y salarios dignos. Se agrupaban en distintas organizaciones nacionales con capítulos regionales: los profesionistas pertenecían a los Colegios Profesionales, que garantizaban el ejercicio ético de sus agremiados, y los técnicos y trabajadores en un sindicato único a nivel nacional. Con la dictadura, el sindicato se segmenta y con la nueva Constitución se cambia su carácter, afectando la capacidad de organización y resistencia de los trabajadores. El 80 por ciento de la población tenía atención curativa en el SNS y la mayoría en términos preventivos, de promoción y de rehabilitación, junto con algunas cajas, pero el sistema de salud era básicamente público. En aquel entonces la práctica privada se reducía a la consulta médica en las principales ciudades del país y las hospitalizaciones en clínicas privadas eran financiadas por pago directo de las familias.

En 1967 se formó un novedoso sistema mixto, el Servicio Nacional de Empleados, SERMENA, que a pesar de cubrir sólo un 7 por ciento de la población, sentó un precedente fundamental, que fue vincular las cotizaciones previsionales para salud de la Seguridad Social con un pago adicional, un bono, para la compra de servicios privados en consultas o clínicas privadas. Este sistema se habrá de integrar financieramente al sistema público durante la dictadura, en el Fondo Nacional de Salud, FONASA, permitiendo la atención privada a segmentos que anteriormente no accedían a ella. Actualmente el 70 por ciento de la atención pública puede acceder a servicios privados a través de este mecanismo llamado de libre elección o de convenios del FONASA, para determinadas atenciones como los partos. Entre tanto, los servicios de Seguridad Social de las fuerzas armadas y carabineros, no se han integrado a las reformas ni al sistema de pensiones ni de salud.

XII.3 La trayectoria privatizadora del Sistema de Salud de Chile

XII.3.1 El periodo de transición 1973-1980.

La dictadura de Pinochet establece la liberalización del mercado y la disminución de la participación directa del Estado en todos los campos, a partir del golpe de estado de 1973, y que se habrá de formalizar años después. En salud, el SNS es intervenido de inmediato y sus instalaciones quedan bajo control directo de las zonas militares respectivas y nuevos directores y cargos. Concomitantemente se realiza la limpieza de elementos “subversivos” con despidos, expulsiones, prisión y muerte, que alcanza a una importante población. Los expulsados del SNS forman grupos privados de atención a la salud con fines no lucrativos, para la manutención de los profesionales y trabajadores de la salud y para la atención de los perseguidos o excluidos.

A la vez, se inicia una política de shock al presupuesto público histórico, que se reduce drásticamente entre 1973 y 1981, mientras se construye el nuevo modelo. Éste se decanta finalmente en 1980 con la Constitución pinochetista, profundamente regresiva socialmente respecto a la de los años veintes. A la vez establece las leyes de operación del mercado, la limitación de lo público a la subsidiariedad y restringe todas las instancias de participación y repre-

sentación social. La política de shock produce un deterioro de la operación y funcionamiento del SNS por el deterioro general de los salarios, la falta de contrataciones, la carencia de recursos para insumos, adquisición de equipo y mantenimiento de la infraestructura, en el marco de un clima de represión y control.

Junto a la política de contracción del gasto, se abre el mercado a las importaciones y se llena el mercado con productos importados para los distintos niveles de consumidores y se desencadena la oferta de créditos sin control. En estas condiciones, en el año 1980 se produce una crisis económica tipo FOBAPROA. Como resultado se unieron préstamos impagables con quiebras de las empresas y los bancos, y el Banco Central asume la deuda privada como deuda pública ante los acreedores internacionales.

En ese marco hay un proceso muy grave de desnutrición de menores y se crea el programa del doctor Monckeberg, que establece centros de atención a desnutridos que, no obstante sus intenciones, originan las primeras focalizaciones en salud, dirigidas a evitar la muerte de niños con grado dos y tres de desnutrición, estableciéndose un círculo vicioso donde los niños ingresan, salen y vuelven a ingresar permanentemente. Yo he calificado este programa como el principio de la política focalizada de este país. Más tarde el shock presupuestal al sector público afecta directamente al SNS.

En 1978 finaliza legalmente el SNS, se segmenta en distintas partes y se forman: el Fondo Nacional de Salud (FONASA); los Servicios de Salud y; se enajenan todos aquellos servicios que no tienen que ver directamente con la prestación de servicios de salud. La cabeza de sector pasa a ser el Ministerio de Salud, a quien compete regular el conjunto del sistema. Con ello, la red nacional del SNS se desmiembra, quedando por un lado los hospitales y por otro lado la atención primaria. Los hospitales quedan a cargo de los 28 Servicios de Salud, desconcentrados regionalmente, incluida la estructura, los trabajadores y la población. Por otro lado, la atención primaria que se entrega a los municipios y es fiscalizada técnicamente por el Ministerio de Salud. La idea conductora es fragmentar, de manera que a ese nivel se puedan dar fácilmente convenios de prestación entre la atención primaria y la atención privada, formando por ejemplo consorcios para la administración y la gestión

de los fondos de salud municipal y la contratación de servicios privados como laboratorios y atenciones especializadas. Sin embargo, este proceso no generó una importante carga de compra de servicios por varios motivos, como la falta de experiencia en este tipo de arreglos, la falta de prestadores interesados, los bajos márgenes de ganancia, y las condiciones de la población que no puede hacerse cargo de pagos extras.

En términos de la población, el 80 por ciento está en el FONASA que es financiado por el sistema público. Éste se divide en segmentos A,B,C y D. Solo el 30 por ciento del primer grupo recibe financiamiento totalmente público, además del aporte del 7 por ciento de los ingresos de los trabajadores. Todos los demás, aún cuando formalmente pertenezcan al sistema público, contribuyen con copagos para tener atención institucional, es decir pública, o en el sistema privado, comprando bonos y realizando diversos pagos adicionales a su 7 por ciento, en el sistema privado. En tal sentido, el sistema público chileno es un sistema débil, porque a pesar que es muy importante en términos financieros y de la población que abarca, es financiado también por el aporte de los grupos B, C y D de la población también pobre.

XII.3.2 La nueva institucionalidad

Este conjunto de cambios preparatorios a las reformas afectan la operación, y posteriormente la nueva institucionalidad con la transformación legal en 1978. Puede decirse que son las formas de hacer inservible e inoperante su estructura y que prepara ideológicamente a la población para aceptar los nuevos cambios. En 1980 se cambia la Constitución, y en 1981 se produce el gran cambio modernizador, a través de siete reformas fundamentales de mercado cuyos fundamentos están contenidos en la Constitución, para iniciar su implementación; entre ellas las reformas de salud y de pensiones. Una primera consecuencia de las reformas, es que la ley autoriza la transferencia de las cotizaciones individuales al sector privado, a partir de la “voluntad” de cada trabajador. Con ello, en el caso de la salud, ocurre un traspaso de las cotizaciones de trabajadores de altos ingresos a las nuevas empresas privadas que, a pesar de su bajo número, el traspaso desfinancia al FONASA y rompe con el principio de solidaridad que rigió hasta ese momento.

Con base en estas transferencias, lo más importante de este periodo en términos del avance privatizador es la creación de las nuevas instituciones de administración de fondos de salud y de pensiones, para que cada persona ingrese al mercado eligiendo la(s) empresa(s) que de manera informada le merezca su confianza para administrar sus fondos: una Asociación de Fondos Previsionales, AFP, para las pensiones y/o una Institución de Salud Previsional, ISAPRE, para la salud. Un segundo paso es que la empresa le acepte, siempre que esté sano, y pueda contribuir con fondos frescos o ahorros para garantizar una mejor pensión o un mejor plan de salud. Entre los elementos curiosos del sistema se puede mencionar que si una persona no está inscrita en el sistema de pensiones privado AFP, no puede inscribirse en el sistema público de salud, FONASA, pero sí en el sistema privado de salud, ISAPRE, lo cual significa una selección adversa para privilegiar la atención privada y falta de libertad de las personas.

A su creación, las ISAPRE cobran la cotización del 7 por ciento obligatorio más un plus, que podría alcanzar hasta un 21 por ciento del salario total, para la cobertura de un paquete familiar. Se trata de la población que menos servicios requiere por ser la más sana, más joven, productiva, con mejores condiciones de vida; cuestión que se garantiza a través de una selección adversa y controlada. A su vez, el sistema público, FONASA, se desfinanció por la salida del aporte del 7 por ciento de la población con más altos salarios, permaneciendo la cotización de la gran masa laboral de bajos ingresos, con mayor desgaste, así como los más enfermos, los más viejos y los niños con mayor problemática social.

Aquí vale la pena comentar que la idea en boga que estos sistemas son equivalentes a la Seguridad Social, es una falacia. Los seguros privados, por su naturaleza individualizada, no pueden serlo, ni dar protección social. De ahí se desprende que si queremos mantener un sistema de Seguridad Social y solidario, no debemos permitir el traspaso de cotizaciones de los trabajadores a sistemas privados, porque significa privatizar, individualizar el poder de financiamiento que poseen los trabajadores en la construcción de sistemas solidarios, y por lo tanto desde una visión social, es inaceptable.

Finalmente la llamada libre elección en salud para acceder a la atención privada, a partir de la cotización previsional más un bono (compra de bolsillo) creada por algunas cajas en 1967; al ser éstas integradas en el sistema de pensiones, AFP, el sistema de atención de salud se fusiona al sistema público de salud en el FONASA, y con el tiempo se ha extendido como forma de articulación público-privada, constituyendo un sistema público desfigurado, donde se va perdiendo el derecho de un financiamiento universal de la salud para el conjunto de la población del FONASA.

XII.4 Los 20 años del sistema de salud post dictadura. La reforma estructural privatizadora. 1989-2004.

Los partidos de la “Concertación por la Democracia”, es la alianza de centro-izquierda que llega al gobierno tras el “No” en el plebiscito de 1988, integrada por la Democracia Cristiana (que había participado en el Golpe de Estado), el Partido Socialista, un nuevo referente, el Partido por la Democracia, PPD, y el Partido Radical, PR. Esta nucleación surge de un pacto negociado en el marco de la resistencia popular contra la dictadura, iniciado en 1983.

Sin lugar a dudas hubo una recuperación y refinanciamiento del sistema público con el gobierno de la “Concertación” en los primeros años. Hasta 1973 el financiamiento del sector público, representaba alrededor del 3 por ciento del PIB y estos niveles no se recuperan en adelante. Actualmente se mantiene la misma proporción, pero ha crecido la participación del gasto privado alcanzando un 3 por ciento adicional aproximadamente, por el aporte previsional de las personas que concentran las ISAPREs. Éstas son hoy inmensamente poderosas política y económicamente, constituidas con estructura prácticamente monopólica u oligopólica, ya que cuatro de estas empresas controlan el mercado, es decir casi la mitad de los recursos financieros en salud. También se desarrolla la infraestructura pública, sobre todo de atención primaria que estaba por los suelos, y se inicia un proceso de recuperación de hospitales públicos cuyo mantenimiento había sido abandonado. Pero pronto se produce una crisis de los hospitales públicos debido a que el FONASA tiene un trato discriminatorio hacia estos hospitales, al pagarles por debajo del arancel establecido por los servicios prestados. Esto distorsiona y afecta el funciona-

miento hospitalario y sus servicios, y repercute en las listas de espera para especialidades y hospitalizaciones, mala atención e inconformidad.

Por otro lado, hay una crisis profunda del personal de atención primaria y de especialistas, en el sistema público. Chile no está exento del problema que se plantea en Brasil o en Venezuela respecto que cada vez más los profesionales de la salud y especialmente los médicos, no quieren estar en la atención primaria pública, donde antes era prácticamente el lugar natural de desarrollo, frente a la competencia privada de las empresas de salud. Este fenómeno ha llevado en esos casos a la contratación de médicos cubanos. En Chile, se ha sorteado la falta de personal con médicos migrantes de otros países, incluidos cubanos, peruanos, argentinos, colombianos, haitianos, ecuatorianos que atienden los Centros de Salud Familiar, CESFAM. Actualmente esta carencia de participación de médicos chilenos se está intentando resolver con una beca de especialistas en atención primaria, financiada por el Estado chileno, pero falta ver si puede contrarrestar la competencia que plantea el sistema privado que es profundamente desigual e inequitativa.

XII.5 El AUGGE-GES. La segunda reforma estructural privatizadora. 2004-2016

Finalmente, toda la situación de falencias en la atención pública que se había enfrentado durante los 30 años previos con soluciones parciales, estalla finalmente en el año 2000 con la crisis de las colas (tiempos de espera) al inicio del tercer Gobierno de la Concertación por la Democracia del Presidente Lagos (2000-2004), siendo Ministra de Salud Michelle Bachelet, que es instada a resolverla en 100 días. Sin embargo, Lagos forma una Comisión de Reforma bajo su mando, paralela a la gestión de la Ministra de Salud, generando una doble conducción política y señales confusas. La propuesta de Reforma que debía resolver la cuestión de fondo, creó las condiciones para un debate político muy importante y la posterior resistencia del Colegio Médico y los gremios y organizaciones de trabajadores de la salud. Existía la demanda de limitar el financiamiento y el papel de las ISAPREs a través de la disminución del aporte del 7 por ciento de la cotización previsional, empezando por la

mitad, para fortalecer con ello al sector público. Sin embargo, la solución se orientó no sólo a mantener sin cambio el financiamiento, sino a fortalecerlo.

Se optó por crear el Plan AUGE o de Garantías Explícitas en Salud, GES, que es la creación de un paquete, actualmente de 80 patologías o intervenciones de mayor prevalencia y costo, de atención obligatoria y judicializada tanto en el sistema público como en el privado. Surge con una prueba piloto en 2002 y se formaliza finalmente en 2004 con 4 patologías. Se supone que tiene un presupuesto que aumentaría por cada nueva patología, pero no se ha cumplido con esta regla. Si bien es un avance importante para la persona afectada, no lo es en términos del sistema de salud público por varias razones. En primer lugar, limita el acceso y oportunidad de los demás integrantes del sistema público, dado que la mayor parte de la energía del sistema se dirige a los pacientes AUGE/GES. En tal sentido, produce un importante cambio en las lógicas de atención al crear un conflicto de interés entre el personal, especialmente los médicos; compra de servicios y derivaciones injustificadas de atenciones al sector privado; simulación u ocultamiento de listas, tramitando al paciente antes de obtener su pase a la hospitalización; limitaciones de las atenciones GES si no cumple la edad exacta o sexo del padecimiento; entre otras. En relación al sector privado, contribuye al éxito de la estrategia privatizadora, porque las clínicas privadas crecen alrededor de los hospitales públicos a partir de los convenios FONASA/clínicas, aumentando de manera exponencial la infraestructura en las grandes ciudades a costa del financiamiento público, las cotizaciones de los trabajadores o el pago por prestación.

También apunta al fortalecimiento de la prevalencia de tendencias privatizadoras en la administración de los hospitales. A excepción de los autogestionados, como el Padre Hurtado, la figura asociación público-privada sólo se había utilizado en la construcción y gestión de carreteras, autopistas y cárceles. Los hospitales concesionados establecen una relación público-privada perversa, en la medida que su costo se eleva hasta 3 o 5 veces el costo de un hospital de administración pública. Esta tendencia se inicia durante el gobierno de derecha de Piñera (2010-2014) con dos nuevos hospitales a fines de 2013: el “Doctora Eloíza Díaz” y “Carmen-Luis Valentín Ferrada” y el proyecto de 10 hospitales más en 2015. Sin embargo, 5 de ellos fueron parados durante el segundo gobierno de Bachelet por la resistencia de usuarios y trabajadores.

Estos son los hospitales Sótero del Río; la Red Quinta, hospital Biprovincial Quillota-Petorca y Provincial-Marga Marga; y los centros de Curicó, Linares y Chillán, suspendidos bajo el argumento de buscar opciones para “adecuar” la relación contractual vigente a un “perfil más sanitario”.

En 2006 existían 27,623 camas de internación pública y en 2015 eran 25.991. Si bien es cierto que en el terremoto de 2010 se perdieron varios hospitales, ha habido además de una mala gestión en infraestructura. Por su parte, el sistema privado se mantiene en crecimiento y maneja gran cantidad de recursos, aunque con un mayor control estatal.

Cabe recordar que la Superintendencia de ISAPRE se creó por la dictadura, antes que terminara en 1988, pero el sistema se mantiene intacto controlando el 49 por ciento del financiamiento de la salud, proveniente de los recursos que aportan los trabajadores; del aporte adicional de bolsillo de las familias para amparar los riesgos a través de la compra de los miles de paquetes específicos; de la llamada libre elección del FONASA, que se traspasan al sector privado; y por la afiliación de sus cotizantes al AUGE/GES, por el que deben pagar a las ISAPREs un porcentaje de alrededor del 0.9 por ciento por este servicio; además de los convenios con FONASA para parto, la venta de servicios, las colusiones, y otros recursos que mantienen el sistema intacto.

El gran retroceso para el sistema ISAPRE ha sido el fallo Constitucional de la Corte en 2010. Alarmada por el colapso de los tribunales en torno a las demandas particulares de los afectados por las alzas y otros problemas generados por las ISAPREs, el Tribunal Constitucional, la instancia superior del sistema chileno de justicia, falló a favor del derecho a la protección de la salud, que debe ser, dice la Constitución, libre e igualitario, de acceso a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación y también elección del sistema de salud estatal o privado, por lo que suprime las alzas de costos de los paquetes.

En 2014, durante el nuevo gobierno de la Presidenta Bachelet con la coalición de la Nueva Mayoría que incluyó al Partido Comunista, ésta forma una comisión asesora para analizar la situación de las ISAPREs y el fallo constitucional. Sus resultados establecen una situación sin precedentes, no programada, al

decir que el sistema privado debe regirse también de manera solidaria, universal, integral, sin discriminación, con libre elección, equidad, eficiencia y contratos indefinidos. Aún siendo interesante el resultado, no resuelve de fondo el problema del sistema de salud, sino que sólo hace más equitativo el sistema privado, sin cuestionar el origen desigual del sistema. Mientras el sistema público atiende a la mayoría de la población con la mitad del fondo de salud, las ISAPREs sólo atienden en la actualidad al 17 por ciento de ella, concentrando la otra mitad de los recursos financieros. Esto significa que legislar primero el sector privado, antes que el sector salud en general y los derechos de la población y los migrantes, establecerá condiciones difíciles de regular y transformar. Otras consecuencias para las ISAPREs fueron la eliminación de la declaración de salud que exigían al ingreso de los afiliados, para establecer los riesgos y su clasificación comunitaria; la creación de un conjunto de beneficios de salud obligatorios similar al del público; prohibir la venta de seguros complementarios para lo que no cubría su paquete; el establecer redes de prestaciones según la prima de los costos de los ingresos de la red; todas éstas pendientes de ser legisladas.

XII.6 Una reflexión final

¿Qué está pasando en el gobierno actual de la “Nueva Mayoría”, en relación con el estado de cosas en la salud chilena? El actual gobierno se comprometió con tres Reformas para revertir las tendencias privatizadoras: la educación, un tema puesto por los estudiantes sobre la mesa; el cambio de Constitución, especialmente aquellos aspectos que permitieran democratizar el número de representantes en el Congreso; y en tercer lugar, una reforma fiscal para financiar la educación. Aun cuando ha mostrado un sentido reformador contrario al de las reformas anteriores y ha habido avances importantes, el gobierno se debate entre visiones opuestas en su interior, así como la resistencia de los lobbies y de la derecha.

En el marco de estas prioridades, la salud no lo fue. La situación creada por el Fallo Constitucional y la Comisión de ISAPRE logró ir más allá, pero se mantiene la situación dual de los sistemas público y privado, aunque mejor regu-

lada y con garantías personales, pero sin soluciones colectivas de fondo que siguen pendientes para posibilitar un sistema equitativo y solidario general. Se siguen abriendo nuevas oportunidades de atracción de usuarios del sistema público hacia el privado, no se incentiva el desarrollo del sector público ni se resuelven los temas pendientes. En este sentido las reformas en su etapa actual son más de tipo cobertura universal con seguro obligatorio y no de acceso universal garantizado que abriría la posibilidad de un sistema equitativo para la población.

En tal sentido, como conclusión general, no obstante las oportunidades que han existido para mejorar y ampliar el sistema público, hacerlo a partir de la base financiera del conjunto de cotizaciones previsionales, podría evitar la segmentación de atenciones del AUGE/GES y potenciar un sistema público que opera, resuelve y que todavía tiene una base humana de gran calidad profesional, no obstante la falta de decisión política y sus precariedades inducidas.

Bibliografía consultada

Cid, C. (2008). Causas estructurales de los problemas de inequidad en el acceso a la salud en Chile. *Revista Chilena de Salud Pública*, 12(2):103-109.

Comisión Asesora Presidencial. (2014). *Informe Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud*. Santiago: Palacio de la Moneda.

Comisión, 2011. *Informe para evaluar la factibilidad de crear un Plan Garantizado de Salud (PGS) al interior del sub-sistema ISAPRE*. Santiago: Fondo Nacional de Salud.

De Castro, S. (1992). Prólogo, El ladrillo. Bases de la política Económica del Regimen Militar chileno. Santiago: Centro de Estudios Públicos.

Fondo Nacional de Salud. (2007) *Protección social en salud en Chile*. Santiago de Chile: Fondo Nacional de Salud.

Giedion U, Panopoulou G, Gómez-Fraga S. (2009). *Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: el caso de Colombia y México*. Santiago de Chile: CEPAL - Serie Financiamiento del desarrollo No 219.

Gobierno de Chile. Ley N. 19.996 promulgada el 25 de agosto del 2004 y aprobada y publicada el 3 de septiembre del 2004.

Herrera, J. (2017). Déficit en salud: hospitales redujeron en 1.632 sus camas durante la última década. Consultado el (9 de enero de 2017) en <http://www.latercera.com/noticia/deficit-salud-hospitales-redujeron-1-632-camas-la-ultima-decada>

Isapre de Chile (2016). El sistema de salud chileno. Orígenes, transformaciones y desafíos Serie de Informes Técnicos, 46 p.

Isapre de Chile, isapre.cl/PDF/Reaccion_ante_sentencia_de_Corte_Suprema.pdf. Consultado el 03 de febrero de 2017.

Lavados, C. y Gajardo A. (2008). El principio de justicia y la salud en Chile. *Acta Bioethica* 14 (2):206-211.

Miranda, M y Leiva, L. (2013). Hospitales concesionados: el diagnóstico a dos años de su irrupción” en <http://www.latercera.com/noticia/hospitales-concesionados-el-diagnostico-a-dos-anos-de-su-irrupcion/> Consultado el 9 de enero del 2017.

Missoni E, Solimano G. (2010) Towards universal health coverage: the Chilean experience. In *World Health Report*, 2010, Background paper, no 4. Geneva: World Health Organization.

Moulian, T. (1999) *El consumo me consume*. Santiago de Chile: LOM

Tetelboin, C., Darío Salinas. (1984) Estado y Políticas de Salud en Chile: El Proceso de Conformación de un Nuevo Proyecto para el Sector Salud, 1973-1979. *Revista Estudios Sociológicos*, El Colegio de México, vol. 2, no. 5/6.

Tetelboin, C. (1996). *Neoliberalismo y sistema de salud. La experiencia chilena 1973-1990*. México DF: UAM-Xochimilco.

Tetelboin, C. (1999). *Revista Salud Problema*, Nueva época 4(7): 7-15.

Tetelboin, C. (2007), Balance del sistema privado de pensiones de Chile. En Vivian Brachet-Márquez (coord.), *Salud pública y regímenes de pensiones en la era neoliberal. Argentina, Brasil, Chile y México*. México DF: El Colegio de México.

Tetelboin, C., Zúñiga, C., Zúñiga, I. y Medina, S. (2013). Conflicto de intereses y su expresión en el financiamiento del sistema de salud de Chile. En Lara, N., Eibenschutz, C., Tamez, S. y Ehrenfeld, N., *La salud y su atención. Problemas actuales, miradas diversas*. México DF: UAM-X, p.82-86

Tetelboin, C. (2015). Tendencias y contratendencias en el sistema de salud de Chile en el marco de la situación regional. En Tetelboin C. y Laurell, A.C. (coord.) *Por el Derecho Universal a la salud*. Buenos Aires; CLACSO-UAM, p. 75-97.

Urriola, R. (2006). Algunos comentarios para evaluar el primer año del Plan Auge en el sistema público de salud. *Rev. Chilena de Salud Pública* 10(3):164-169

Zúñiga, A. (2011). Justicia y racionamiento sanitario en el Plan AUGE: dilemas bioéticos asociados a la distribución de recursos escasos. *Acta Bioethica* 17(1): 73-84.

XIII. Brasil: grandes conquistas y enormes desafíos en salud

Amélia Cohn¹⁴⁰

Antecedentes

El Movimiento de la Reforma Sanitaria brasileño surgió a mitad de los años 70 del siglo pasado. Fue encabezado específicamente por académicos, sindicalistas y movimientos sociales, que en aquel entonces luchaban por la redemocratización política del país, junto con las otras fuerzas sociales. De esta manera, la propuesta de la reforma de salud tenía como directrices básicas: 1) oponerse a la privatización de la salud viabilizada por el sistema de seguro social estatal, que compraba servicios de salud al sector privado de atención médica, y proponer un sector público estatal de salud, que permitiera la universalidad de acceso de la población a la salud; 2) la idea que con la democratización de la salud se estaría democratizando a la sociedad, contribuyendo así a la lucha contra la dictadura y el restablecimiento de un régimen político democrático.

Los sujetos sociales movilizados en torno de la democratización de la salud y de la construcción de un Sistema Único de Salud (SUS), se concentraban entre los intelectuales académicos del área de la Medicina Social, los movimientos sindicales de los sectores de punta de la industria brasileña, movimientos sociales, sectores de la Iglesia Católica articulados con los movimientos ecle-

140 Socióloga, maestra del Programa de Maestría en Derecho de la Salud, Universidad de Santa Cecilia Investigadora Senior de CNPq.

siásticos de base, vinculados a los movimientos populares de salud, presentes en la periferia de las grandes metrópolis. Esas fuerzas sociales atacaron frontalmente la privatización de la salud, en particular a los servicios privados lucrativos certificados para la prestación de servicios para los asegurados (trabajadores del sector privado de la economía), y al emergente sector de seguros privados y de planes de salud, que comenzaban en aquel entonces a multiplicarse, sobre todo en las grandes empresas industriales y modernas de punta, como la automotriz.

La confrontación era directa, primero con la acumulación de conocimiento en el área de Medicina Social – epidemiología, políticas de salud, y modelos de atención a la salud -, y posteriormente, a partir del proceso de transición del modelo dictatorial para el democrático, de negociación y presión política junto con los partidos políticos y parlamentarios. La búsqueda central era la conquista de una nueva institucionalidad en salud, contemplando las siguientes dimensiones: elevar la salud a un derecho ciudadano y así un deber del Estado, y un nuevo modelo institucional para el sistema de salud, único – para trabajadores y trabajadores fuera del sector formal de la economía – y poner fin al sistema dual, o sea, de seguro social por un lado, y público del otro, para aquellos que no estaban insertados en el mercado de trabajo, y en consecuencia generalmente pobres.

En América Latina, Brasil es el país que más precozmente construyó un sector de prestación privada de atención médica, dado que el Estado, a través del seguro social, llegó a garantizar un mercado cautivo para hospitales y clínicas privadas vía la credencialización de estos servicios, pagados por el seguro social sobre su producción y posteriormente por procedimientos. Con esto, el país llega a las décadas 80 y 90 con una distribución de los servicios de salud y de atención médica altamente concentrados en las regiones más ricas del país, con la mayor concentración poblacional, promoviendo una brutal desigualdad en el acceso a los servicios de salud de la población. Es de observar que hasta mediados de los años 70 del siglo pasado, la oferta de servicios de salud del sector público estatal estaba dirigida a las enfermedades infecciosas, trastornos mentales, vacunación y atención materno-infantil, siguiendo los modelos clásicos de la salud pública de entonces. Había poquísimas unidades hospitalarias públicas, numerosos hospitales de seguro social

concentrados en las capitales, una red razonable de unidades filantrópicas, y el resto compuesto por unidades privadas de salud (destinadas a los ricos y a los trabajadores formales del mercado privado de trabajo).

El Movimiento de Reforma Sanitaria tenía además otro frente de lucha y de conquistas: el esfuerzo de ocupar cargos estratégicos en el interior del aparato estatal, para de allí adelantar propuestas que apuntaran para los objetivos últimos del movimiento, el SUS, por medio de medidas y acciones graduales en esta dirección. Así fue que ya a finales de la década de los 70 y primera mitad de los 80, había empezado la prestación de servicios de atención médica a la población por medio de establecimientos públicos estatales de salud. Y en 1988, con la promulgación de la Constitución brasileña, se instituye el SUS, en el capítulo de Seguridad Social.

XIII.1 Brasil y las dimensiones del SUS

Brasil es una república federativa, con tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal. En total son 26 estados y el Distrito Federal, que tiene el mismo estatuto, y 5,570 municipios, que son entidades federativas, con gobierno propio. Su población es de 204.5 millones de habitantes, con una tasa de urbanización de 84.4%. Está dividida en cinco regiones, siendo las regiones Norte y Nordeste las más pobres del país, y las del Sur y Sureste las más ricas.

A nivel federal está el Ministerio de Salud, creado en 1953, responsable de las políticas de salud en todo el territorio nacional. En este mismo nivel se ubica el Consejo Nacional de Salud, compuesto de representantes de la sociedad y del gobierno, con poder deliberativo, y que garantiza institucionalmente la presencia de la sociedad en la definición de las políticas de salud en el país. Cada estado cuenta con su Secretaría de Salud y su Consejo Estatal de Salud, con la misma composición que el consejo nacional. Lo mismo vale para los municipios. La presencia efectiva de los consejos de salud, es la condición fundamental para que estados y municipios reciban recursos transferidos por el gobierno federal, y en el caso de los municipios, también por parte de los estados.

Brasil, hasta este momento, no gasta poco en el área social –cerca de 22% del PIB–. Y 9.7% del PIB sólo en el sector salud, siendo que menos de la mitad de este porcentaje (4.7%) en el sector público de salud. Esto no significa que sea suficiente: existe un consenso entre economistas y estudiosos del área de salud, en el sentido que el SUS está subfinanciado. Y todo indica que la situación se agravará en el futuro próximo.

Aunque subfinanciado, el SUS realiza actualmente 3.5 mil millones servicios al año, 1 millón de hospitalizaciones al mes, y da cobertura y acceso a atención primaria al 60% de la población (cerca de 115 millones de brasileños); y en el terreno de alta tecnología realiza del 90 al 95% de las cirugías de corazón, trasplantes y tratamientos oncológicos, que en el caso de quimioterapia es de 97%. Es indudable que hay fundamento, con esta oferta de servicios, para calificar al SUS como uno de los mayores sistemas de salud del mundo. Para ofrecer estos servicios, en 2013 el país contaba con cerca de 300 mil camas hospitalarias públicas (68% del total), casi mil establecimientos de urgencias, 44 mil unidades básicas de salud, 41 mil clínicas especializadas y policlínicas. Sin embargo, vale referir una vez más, que esta infraestructura de servicios de salud, a pesar de ser pública, presenta una enorme desigualdad en su distribución, sobre todo cuando se ve la relación público/privada de las camas en las diferentes localidades. Por ejemplo, entre los 50 municipios que tienen el mayor número de camas hospitalarias, hay municipios donde la oferta de camas no-SUS es superior a la oferta de camas SUS, como en Rio de Janeiro, Niterói y Santos, todos en la región Sureste, donde Santos tiene uno de los mejores Índice de Desarrollo Humano, dentro de ciudades de tamaño medio. São Paulo, Belo Horizonte, Fortaleza y Salvador, en las regiones Sureste, Centro-Oeste respectivamente, y las dos últimas en Nordeste, tienen mayor disponibilidad de camas SUS que de camas no-SUS. Estos desequilibrios, salvo en los casos del Nordeste, se deben mucho más a la historia del seguro social y su relación perversa con el sector privado de prestadores de servicios de salud, y a las respectivas políticas estatales y municipales, que a las desigualdades socioeconómicas.

Con estas desigualdades en la distribución de la oferta de servicios, y los problemas resultantes en el flujo de los usuarios entre los niveles primario, secundario y terciario de atención, asociados a las desigualdades socioeconómi-

cas que pesan sobre él, el SUS recibe 154 millones de **ciudadanos** inscritos, da cobertura a 204.5 millones de **ciudadanos** con acciones de prevención y protección de la salud. Otros 54 millones de ciudadanos prefieren y pueden tener la condición de **consumidores** de servicios privados de salud, producidos por el sector suplementario (privado y filantrópico) de atención médica, sin que esto les elimine el derecho de acudir al SUS en cuanto **ciudadanos**.

Fue también gracias al SUS, asociado o no con otras políticas sociales de la última década, que la mortalidad infantil se redujo en un 47%. Incluso en la región más pobre del país, el Nordeste, esta baja superó el 50%. Y más recientemente, fue gracias al programa Estrategia de Salud de la Familia, que da seguimiento a los pacientes, que el SUS logró que Brasil fuera el primer país en descubrir la asociación entre el virus de Zika y microcefalia, con base en los bancos de datos disponibles y construidos a partir de las acciones de atención y asistencia pública de salud. Ambos fenómenos son muy relevantes.

XIII.2 El sistema de salud brasileño

A partir de 1988, y después de la reglamentación del capítulo de Seguridad Social de la Constitución brasileña, donde está la salud, se inició la construcción del SUS en el país. Ya a partir de la segunda mitad de los años 70 se habían conquistado pequeños y tímidos avances, sobre todo en lo referido a la descentralización del sistema de salud entonces vigente, y de mayor responsabilidad de los estados y municipios en la prestación de servicios no sólo de prevención y control de endemias y epidemias, sino también de la prestación de atención médica por los equipos públicos de salud respectivos.

El sistema de salud brasileño se compone por dos subsistemas: el Sistema Único de Salud (SUS) y el Sistema Supletivo de Asistencia Médica (SSAM). El SUS se compone por el sector público estatal de equipos salud, de los tres niveles de gobierno, y por el sector privado (filantrópico y lucrativo) acreditado por el SUS para la prestación de servicios de atención médica a los ciudadanos. En tanto el SSAM se compone por operadoras y prestadores de servicios privados, con una cobertura de cerca de 50 millones de consumidores, que tienen derecho al SUS pero prefieren buscar los servicios de salud en el mercado.

El SUS tiene la responsabilidad de prestar servicios de atención a la salud (preventiva y curativa, además de la promoción de la salud) a toda la población brasileña. Esta responsabilidad está inscrita en la Constitución Federal de 1988: la salud como derecho social y deber del Estado. Por tanto, el SUS tiene como **principios**: la universalidad, la equidad y la integralidad en la atención a la salud, independientemente de las condiciones socioeconómicas de los diferentes segmentos sociales, o de cualquier otro criterio. Y como **directrices**, la descentralización de la prestación de estos servicios, su jerarquización entre niveles de complejidad de la atención, y la regionalización como forma de organizar el sistema ante las desigualdades de las realidades sociales locales.

La salud como derecho de todos y deber del Estado, y las propuestas de esta organización institucional del SUS, fueron construidas por el Movimiento de la Reforma Sanitaria desde mediados de los años 70 del siglo XX, como parte de una concepción de la Seguridad Social, inspirada en la realidad de los “Welfare States” (Estados de Bienestar) de los países europeos, y en la experiencia italiana de construcción de un nuevo modelo para la salud. El capítulo de Seguridad Social en la Constitución comprende la Seguridad Social, la asistencia social y la salud, todos concebidos como derechos sociales. Fue un paso crucial, porque la Seguridad Social era hasta entonces concebida como un mero seguro social contributivo, que permitía el acceso a la asistencia médica de los asegurados y sus dependientes; la asistencia social como filantropía para los pobres y desvalidos; y la salud como consumo, según el poder adquisitivo de cada quien, dejando al sector público el papel secundario de complementar aquello que el sector filantrópico, de larga tradición entre nosotros, no cubría.

Aquí se hacen necesarias algunas anotaciones, para comprender mejor nuestra realidad. La primera es que en la Asamblea Nacional Constituyente se discutió acaloradamente cuál sería la relación entre los dos subsistemas de salud, el público y el privado. Los defensores de la salud como un derecho y un deber del Estado presentaron la tesis que el sector privado debería ser suplementario al SUS, esto es, como mercado estrictamente hablando, y que solamente el sector filantrópico podría participar del SUS mediante la acreditación de sus servicios. Por su parte los defensores de los intereses del sector privado lucrativo de salud defendían la tesis de que éste debería complementar al SUS. Complementar y suplementar: ¿cuál es la diferencia? Es funda-

mental: como complementario el sector privado de salud es parte integrante del SUS, y es como se comportan hoy sus representantes en la defensa de sus intereses lucrativos. La segunda aclaración se refiere al hecho que la conquista de este nuevo ordenamiento constitucional, jurídico e institucional en salud, orientado por la concepción de la seguridad social, ocurrió en dirección contraria a la historia: en el exacto momento en que los sistemas de “Welfare State” europeos estaban sufriendo serios ataques de desmontaje, precisamente determinados por la acumulación del capital financiero global. Así, mientras que allá se intentaba desconstruir una conquista histórica, aquí se intentaba construir una nueva realidad para a salud. Dada, como se verá adelante, la fuerte presencia del sector privado prestador de servicios en el sistema de salud brasileño, ejerciendo su poder político (con la estrategia incluso de formar grupos en el poder legislativo de los tres niveles de gobierno), logró crear una articulación perversa entre ambos, en la prestación de la atención a la salud y de asistencia médica a la población brasileña, contraria a los intereses del SUS.

Era preciso consolidar y estimular las bases sociales de apoyo político, para que el SUS pudiera ser construido y mantenido, durante un largo proceso histórico, en una realidad donde el sistema privado de salud, incentivado por la política estatal de Seguridad Social, pudiera ser confrontado de forma socialmente eficaz. Además, recordemos que la propuesta de la reforma sanitaria brasileña planteaba, por medio de la democratización de la salud, modernizar y democratizar el régimen político y el Estado, al inscribirse también en la lucha por la redemocratización del país. De allí se desprende la razón de enfatizar, en los textos constitucionales y de reglamentación del SUS, la presencia de la participación social. De hecho, la primera política sectorial fue la de instaurar los Consejos de Salud presentes en los tres niveles de gobierno: nacional (Consejo Nacional de Salud), estatal (Consejos Estatales de Salud, uno por estado más uno del Distrito Federal) y municipal (Consejos Municipales de Salud, uno por municipio). Cada consejo de gestión se compone de 50% de representantes del gobierno (de cada nivel respectivo), de los trabajadores de salud y del sector privado, y 50% por representantes de la sociedad, de las organizaciones de portadores de determinadas enfermedades, de los sindicatos, de los movimientos sociales, etc. Lo que distingue estos consejos de gestión en salud de los demás en las otras áreas sociales, como los del área de educación, por ejemplo, es que son deliberativos, y no tienen carácter

meramente consultivo de asesoría al ejecutivo de cada nivel de gobierno. Evidentemente esto genera tensiones y contradicciones, y aunque en la práctica igualmente no siempre ocurre; pero su calidad acaba dando más peso a su presencia y la dinámica de presión por políticas y programas de salud más equitativos y progresivamente universales.

A partir de los años 90 del siglo pasado, la salud es instituida como un derecho de la sociedad y como una obligación del Estado, y los principales pilares para su construcción están basados en la letra de la ley, factor fundamental para que los avances en el sector hayan ocurrido. Lo que quedó en suspenso, en la Constituyente y en la reglamentación constitucional, fue la definición de un modelo básico de gasto para la función salud, en el presupuesto del gobierno federal, dado que no había consenso entre los defensores del SUS, que temían que la definición de este modelo se tornaría en el gasto máximo del gobierno en salud. Esta cuestión sólo se retomó en la primera década del nuevo siglo, con una propuesta de un PEC (Proyecto de Enmienda Constitucional).

El modelo de atención a la salud que hereda el SUS es un modelo hospitalo-céntrico, en el cual la pirámide de distribución de la atención primaria, secundaria y terciaria es invertida: no había ninguna articulación entre ellas, y la población buscaba de inmediato los servicios hospitalarios, orientada por el saber de su experiencia acumulada – “entrar” a una unidad hospitalaria para ser atendido es difícil, pero una vez adentro, tendría a su disposición todos los equipos diagnósticos y terapéuticos y los tratamientos necesarios-. Así, además de promover una progresiva descentralización de los servicios de salud, bajo la premisa que el poder local conoce mejor las necesidades de la población bajo su jurisdicción, y que el Estado allí sería más permeable a la participación de la sociedad en la formulación y control de las políticas y programas de salud. Con el avance de los años se va expandiendo así el esfuerzo, centrado en la atención primaria de salud, a través de la construcción de nuevas unidades básicas de salud. Hasta el punto en que hoy el SUS tiene 40,000 unidades básicas, que por medio de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) cubre 130 millones de personas en todo el territorio nacional.

Sin embargo no era suficiente. Había que enfatizar y posibilitar que el SUS funcionara efectivamente como un sistema integrado, regionalizado (en los

servicios de media y alta complejidad) y equitativo. Es por ello que el Ministerio de Salud crea el **Programa Mais Médicos** (PMM) en 2013, a través de un convenio Cuba/Brasil, intermediado por la OPS, y contrata médicos cubanos para ocupar los puestos en los equipos básicos de salud, en los municipios donde los profesionales médicos brasileños no querrían ir, con el argumento que por ser muy pobres y disponer de escasos o ningún recurso tecnológico, estarían condenados a ejercer una medicina de baja calidad. Esto, a pesar que el gobierno ofreciera salarios diferenciados para que estos profesionales permanecieran en estas localidades. Los médicos cubanos vinieron entonces a ocupar estos lugares vacíos, y hasta recientemente todos los municipios del país disponían de profesionales médicos gracias al PMM.

El PMM vinculado a la ESF, vinieron a posibilitar el acceso a la salud de la población de los ingresos más bajos y viviendo en las localidades de más difícil acceso, y esta experiencia ha mostrado otro modelo tecnológico de atención a la salud, que no se restringe a la disponibilidad de equipamientos y aparatos de diagnóstico, sino que desarrolla otra tecnología que se relaciona al saber médico: el de acercarse a los usuarios del SUS, darles atención, escucharlos y cómo saber hacer la historia clínica y el diagnóstico sin tecnología material, y proponer tratamientos accesibles a quien vive en aquellas condiciones de vida; y finalmente, acompañar a sus pacientes y cuidar la promoción de su salud. Con ello estos profesionales ganan el reconocimiento de la población. Un ejemplo: ahora, en las vísperas de las Olimpiadas en el país, la antorcha olímpica ha pasado por varias localidades de nuestro territorio. En uno de los municipios más pobres del Estado más pobre de la región nordeste (y del país), Piauí, la comunidad local escogió precisamente un médico cubano para cargar la antorcha! Claro que no son sólo los médicos cubanos que consiguen esta proeza, hay médicos brasileños también, pero desafortunadamente son unos pocos de ellos que se identifican con esta experiencia profesional. Y es más que esto, no tienen el conocimiento necesario para desarrollar este tipo de práctica de atención a la salud, ya que su formación médica es dictada por los intereses del mercado: una práctica médica con disponibilidad de alta tecnología y altamente medicalizada.

El PMM, no fue creado a partir de nada. Vino a fortalecer otro programa, creado en 1994, por el Ministerio de Salud, el Programa de Salud de la Familia

(PSF), hoy denominado Estrategia Salud de la Familia (ESF). A través de éste se busca revertir el modelo hospitalo-céntrico de atención a la salud (hasta entonces confundida con asistencia médica), reforzar la atención primaria y convertirla en la puerta de entrada al SUS. El programa cuenta con equipos multiprofesionales (médico, enfermera, agentes comunitarios de salud seleccionados en la propia comunidad, psicólogos, odontólogos – aunque estos últimos no siempre son disponibles, sobre todo en las localidades más pobres del país). A partir de entonces la gran novedad en el SUS es que los equipos de salud de las unidades básicas de salud, salen fuera de los muros de su centro y pasan a hacer una búsqueda activa en la comunidad, a acompañar a los usuarios del SUS, a arraigarlos en los centros de salud, lo que resulta en mayor efectividad en la atención a la salud y mayor racionalidad del sistema, sobre todo en lo relacionado con la integración y jerarquización respecto a la trayectoria de los usuarios en el interior del SUS.

Sin embargo el PMM no se limita a ubicar médicos en las localidades donde estaban ausentes. El programa comprende además la creación de becas para cursos de Medicina, que forman profesionales con un perfil adecuado para el programa, la creación de cursos de Residencia Médica, y cursos de capacitación de los recursos humanos existentes. Con esto, se hace frente a las distorsiones de la formación actual de los profesionistas de salud, dictada por las normas del mercado, que coinciden con las prácticas siempre orientadas a utilizar alta tecnología. Aun más, al extender la cobertura y el acceso de la población a la red básica de salud, transforma a ésta en la puerta de entrada del SUS, lo que permite avanzar en el proceso de jerarquización y regionalización del sistema, y con ello garantizar la universalización y la integralidad de la atención a la salud. Durante este año, por ejemplo, con el PMM, el Estado de Piauí, ya mencionado arriba, logró tasas de mortalidad infantil comparables con las del mundo desarrollado. Es de notar que la propuesta de la expansión de becas para los cursos de medicina con un perfil contrario a las entidades médicas, siempre genera oposición en ellas.

XIII.3 La mejoría de los indicadores sociales del período más reciente

No son únicamente los avances en el sector salud que explican la importante

mejoría de los indicadores sociales del país en la última década y media. Tampoco es solamente el PMM que explica la baja de la tasa de mortalidad infantil. Durante este período se implementó un conjunto de políticas sociales en la perspectiva de conjuntar el desarrollo económico y social, con el aumento de la inversión gubernamental en este sector, sobresaliendo algunas medidas. Una primera es el aumento del salario mínimo real, con ajustes por encima de la tasa de la inflación. Con esto, el valor de los beneficios de Seguridad Social (jubilaciones y pensiones) tiene igualmente un aumento real, lo que transforma la Seguridad Social en la principal política distributiva del país. La instrumentación, a partir de 2005 del SUAS (Sistema Único de Asistencia Social), a semejanza del modelo del SUS, hizo posible la expansión del 'Beneficio de Prestación Continuada' (BPC), que se da a discapacitados y mayores de 65 años con un ingreso familiar per cápita inferior a un $\frac{1}{4}$ del salario mínimo. El programa de mayor relevancia es el Programa Bolsa Familia (PBF), instituido en 2003, y que actualmente abarca a 14.5 millones de familias (con una media de 4 miembros). Se trata de un programa de transferencia condicionada de ingreso, cuyas condicionalidades son salud (materno-infantil-pre-natal, acompañamiento de niños hasta los 5 años de edad y vacunación), y educación (inscripción escolar y una asistencia de 85% a clases). Las familias potencialmente beneficiarias deben tener un ingreso per cápita familiar de R\$ 85 (US\$ 25) – los extremadamente pobres – o hasta R\$ 170 (US\$ 50). La fracción comprendida en este intervalo constituye el segmento de pobres de la población.

Este conjunto de políticas y programas sociales (siendo que programas de transferencia condicionada de ingreso se originaron en el nivel federal desde los años 90, pero de forma segmentada por sector social y con una población objetivo altamente diferenciada, y con una baja cobertura), tuvo un impacto significativo en el mejoramiento de los indicadores sociales básicos, como el de mortalidad infantil. En 1998 la tasa de mortalidad infantil era de 33.5 por mil nacidos vivos, y cayó a 22.0 en 2010. Sin embargo las desigualdades regionales – una de las herencias más perversas de nuestra historia – todavía persisten: en la región Norte es de 23.5; en la región Nordeste de 33.2; en la región Sudeste de 16.6; en la región Sur de 15.1, y en la región Centro-Oeste de 17.8. Obviamente la expectativa de vida al nacer sigue estrechamente esta curva, como el resto de los indicadores sociales. Pero es importante señalar

que gracias a este conjunto de programas Brasil salió del Mapa del Hambre de la FAO en 2015.

Debe notarse sin embargo, que a pesar que la cobertura de atención a la salud ha avanzado mucho durante la última década y media en el país, el acceso todavía no es tan efectivo, sobre todo respecto a los niveles secundario y terciario de asistencia a la salud. Se puede afirmar que el gran problema hoy en el área de salud, es la crónica falta de inversión del Estado (en los tres ámbitos de gobierno, aunque el poder local, sobre todo en los municipios más ricos, han invertido relativamente más que los otros) en estos dos niveles de asistencia, a causa del crónico subfinanciamiento del SUS, siempre asfixiado por las políticas económicas de ajuste.

Son exactamente estas medidas de ajuste económico, que hicieron que en 2000 se promulgara a Ley Complementaria de Ajuste Fiscal para los gobiernos, compatibilizando recaudación y gastos en el presupuesto público. Como consecuencia, una buena parte de los servicios de administración directa de los entes federados, fue sustituida por la gestión de instituciones públicas de derecho privado, lo que no incluía los gastos en aquel rubro. Así, buena parte de las unidades de salud pasaron a ser administradas por las Organizaciones Sociales de Interés Público (OSCIPs), con contratos de planes de gestión, que incluían metas a ser cumplidas. La novedad consiste no sólo en la precarización de los contratos de trabajo de los profesionales de salud sino, lo que es más grave, en el trasplante de la racionalidad privada al interior de lo que es público estatal. Por ejemplo, el SUS tiene una demanda abierta, que obedece a metas de producción/cobertura tal como se impone en los contratos de gestión. Por otro lado, dada la casi nula inversión en los niveles secundario y terciario de asistencia a la salud, se ampliaron los contratos de prestación de servicios con hospitales filantrópicos y privados para la prestación de estos servicios, acompañados de subsidios para la importación de equipamientos, subsidios de impuestos, para no hablar, en el caso del servicio mercantil, de la exención fiscal: el descuento de los gastos en planes y seguros de salud privados y con servicios asistenciales, en el impuesto sobre la renta de personas físicas y morales. Además, dado que en la Constitución de 1988 las entidades filantrópicas tienen prioridad en la contratación de servicios para el SUS, hay una proliferación y multiplicación de instituciones anteriormente

privadas lucrativas que adquieren la condición de filantrópicas. Antes eran filantrópicos aquellos hospitales que reservaban más del 60% de sus camas para el SUS; ahora basta “prestar servicios de relevancia” para el SUS, como investigación, formación de profesionistas en la residencia médica, o gestión de unidades básicas de salud. Con esto se liberan de las responsabilidades sociales y de los impuestos.

XIII.4 Salud como derecho y como servicio

El sector privado de asistencia a la salud tiene un enorme peso en el sistema de salud brasileño. Basta registrar que 80% de las emergencias son atendidas por éste, así como el 75% de la atención ambulatoria; 93% de los servicios de apoyo diagnóstico terapéutico; la distribución de camas entre privados y públicos es de 71.3% y 27.4%, respectivamente, y solamente el 1.0% de los filantrópicos (datos de 2015). Se añade a esto el hecho que varias unidades filantrópicas, actualmente hacen la gestión de unidades públicas estatales de salud, a través de las organizaciones sociales que se constituyen para este fin.

Adicionalmente, el segmento de salud suplementario cubre, como ya se vio, a 50 millones de brasileños. De esta manera, se han creado dos mercados de la salud: el acreditado por el SUS, que por este mecanismo tiene garantizada una demanda cautiva; y el asociado a los planes y seguros de salud, que tiene como incentivo la renuncia fiscal. La ANSS (Agência Nacional de Salud Suplemental), creada en 2000, tiene como función regular este mercado de planes y seguros de salud en la perspectiva de los intereses del SUS. Como ocurre en todo el mundo, terminó capturada por los intereses de aquel segmento, y actúa predominantemente como una institución de defensa de los derechos del consumidor (compradores de planes y seguros) y de las operadoras y prestadoras. Un ejemplo es que el aumento del precio de las primas del seguro desde entonces, se ha ubicado muy por encima de la inflación, con el argumento de la “inflación añadida por la incorporación tecnológica” en la asistencia médica.

Por tanto, el 25% de la población brasileña tiene acceso a planes y seguros de salud (individuales, familiares o empresariales), en tanto que el 75% serían “SUS dependientes”, como dicen equivocadamente algunos técnicos sa-

nitaristas. Esta expresión causa una profunda molestia, todavía más porque son defensores del SUS. Nadie es “SUS dependiente”; todos tenemos derecho al SUS, y a la atención a la salud (incluyendo la asistencia médica) de forma equitativa e integral. O sea, la salud es un derecho de todos y un deber del Estado: la salud es un derecho del ciudadano. Pero tampoco significa que aquel 25% que tiene cobertura del segmento de salud suplemental no utilice el SUS. Al contrario: la salud suplemental está obligada a proporcionar la oferta de un paquete de servicios, en principio integral, a sus afiliados; y en el caso de los tratamientos más largos y onerosos, y de las cirugías más complejas -como trasplantes de órganos, por ejemplo-, su clientela es mandada al SUS, que asume estos gastos permitiendo que los “siniestros” no recaigan con todo su costo sobre las empresas de planes y seguros. No es casual que 97% de los tratamientos de quimioterapia son del SUS. Estos individuos no se relacionan con la salud como un derecho, sino como un servicio como cualquier otro, donde vale la hotelería y la apariencia de efectividad, no siempre confirmada, en la prestación de los servicios. Existe, así, una dualidad de la sociedad brasileña con relación a la salud: por un lado como un derecho y por el otro como un servicio. Es esta dualidad que un programa como el PMM, por ejemplo, viene a romper, ya que demuestra que al mismo tiempo que es un derecho la salud prestada por el SUS, también puede ser un servicio de calidad, y que por tanto el SUS no es un sistema pobre para pobres. Es un sistema universal y democrático que promueve la ciudadanía.

Así, si la propuesta del SUS surge en un período de transición de la dictadura civil-militar a la democracia, en los años 70, ahora en la segunda década de los años 2000 cuenta con nuevos logros en el sentido de la democratización de los derechos sociales en Brasil: la universalización de la seguridad y asistencia social, las políticas de reajuste del salario mínimo en términos reales; la extensión de la cobertura y del acceso a la salud; el Programa Bolsa Familia, que no tiene el sello de ser un derecho (aunque sea un primer paso para el ingreso mínimo, aprobado en 2014, aunque nunca implementado), se ha convertido en un “casi derecho”, dada su rápida y oportuna expansión por los municipios y localidades más pobres del país, y que actualmente se encuentra ‘universalizado’ entre los pobres y extremadamente pobres, con costos bajos de administración. Con esto, aunque en el plano macro la propuesta de Seguridad Social de la Constitución de 1988 ha sido pulverizada a partir del inicio de

los años 90 con el tratamiento desigual y segmentado dado a sus tres componentes – Seguridad Social, asistencia social y salud –, el nuevo siglo presenció la expansión y constitución de un conjunto de políticas sociales de promoción de la ciudadanía y de los derechos sociales, con una capilaridad social jamás vista anteriormente.

Es en este contexto que progresivamente, desde la perspectiva de los usuarios del sistema de salud brasileño, la salud se va constituyendo como un derecho, para los usuarios del SUS, y la salud como mercancía, para los usuarios del sistema ‘supletorio’ de salud. En el primer caso, se fortalece la ciudadanía, en el segundo, el mercado.

Sin embargo, la relación entre estas dos condiciones – salud como derecho social y/o como bien de consumo o como servicio – no se expresa en la realidad como una dicotomía entre los extremos. Es ambigua y cada vez más compleja, dadas las reacciones y las políticas anti-SUS que se vienen implementando, también durante los gobiernos de Lula y Dilma (2003-2016). Es así porque, por un lado, el sistema suplementario de salud es altamente complejo e internamente diferenciado en sus formas de acumulación de capital, con una alta densidad de recursos tecnológicos, y fragmentando y segmentando la clientela. El propio sector filantrópico de salud, el segmento prioritario del SUS para acreditar servicios de salud, está buscando formas alternativas de capitalización, haciéndose también operador de planes y seguros de salud, y diversificando sus servicios, incluyendo hasta servicios de planes funerarios.

Por otro lado, el sector público estatal de salud, ante la contingencia de las políticas de ajuste económico y de la ley de responsabilidad fiscal del Estado en los tres niveles de gobierno, está tercerizando la administración de sus unidades de salud a organizaciones sociales de interés público. Con ello, dado que la racionalidad de estas organizaciones es el ajuste costo/beneficio a los recursos definidos por los contratos de gestión, termina por prevalecer, al lado de la precariedad de los contratos de trabajo de los profesionales de la salud, el cálculo costo/efectividad, no del punto de vista de la integralidad y equidad, sino del punto de vista de la resolución inmediata de la situación de salud del usuario. Incluso, acaba por estimular, involuntariamente, una gran rotación de los trabajadores de la salud, ya que dejan de ser “trabajadores”

para ser “colaboradores” de los servicios, imprimiendo una efectiva identidad de los servicios de salud con la demanda que atiende. De allí la gran diferencia y la importancia, por ejemplo, de la ESF y del PMM, que crean y fortalecen estos vínculos de la salud con la sociedad.

Resumen de la historia: el sector suplementario de la salud está, durante los años recientes, buscando atender las fallas del mercado con planes no exactamente populares, sino de menor precio, mientras que el sector filantrópico busca aproximarse al modelo de gestión de los servicios privados. Y el sector público estatal está, durante los mismos años recientes, buscando cada vez más imprimir una racionalidad económica en la gestión de sus servicios, que se moldea a los principios del mercado, aunque sean las organizaciones sociales de interés público, que son los gestores. Esto desemboca en la gestión de la administración directa de sus unidades, ya que según los principios neoliberales, el Estado es ineficiente e ineficaz. Se borran así los límites entre lo que es público estatal (derecho social), y lo que es privado (consumo garantizado por el pago directo o indirecto – seguro y plan empresarial de salud, por ejemplo-), de la misma forma como se borran los límites entre lo que es lucrativo y lo que es filantrópico, ya que ambos acaban incorporando la misma lógica de gestión de mercado, sólo que este último cuenta con una exención fiscal de un gran monto.

XIII.5 Participación social en salud: los consejos de gestión

La Constitución de la República Federativa de Brasil de 1988 y su posterior reglamentación, establecen los consejos de gestión en todos los niveles de gobierno. La existencia de estos consejos en los niveles estatales y municipales constituye la condición esencial para que sean realizadas las transferencias de recursos entre estos niveles. Estos consejos, como ya se vio, tienen carácter deliberativo, y en principio corresponde al Ministerio de Salud Federal y a las secretarías estatales y municipales de salud, la ejecución de los programas definidos por aquellas instancias. No ocurre así, y es difícil que acontezca, ya que la responsabilidad jurídica pública sobre la salud recae en el Ministro y los secretarios. Ellos no pueden únicamente dar su aval a las decisiones de los consejos, ya que éstos no tienen la responsabilidad jurídica. Pensemos por

ejemplo en el caso de una epidemia, como el dengue o la zika. Sin embargo la participación social se ha revelado crucial para los avances del SUS – y con ello de la salud como un derecho social – ya que los consejos se componen, por parte de la sociedad, por representantes de sectores organizados políticamente. Además, si al mismo tiempo los consejos facilitan la emergencia de nuevos actores sociales en la esfera pública, esta inserción no se da de forma efectivamente representativa de los intereses comunes de la sociedad. La dinámica de los consejos, incluso en el nivel federal, ha revelado que allá se confrontan y son debatidos intereses particulares – en el sentido de intereses de segmentos específicos de la sociedad, como por ejemplo, los representantes de los portadores de determinada enfermedad, como también de los intereses de los sectores privados de la salud, y que acaban presentándose en las reuniones una sumatoria de intereses distintos, y como si esta sumatoria representase el interés social de la salud como un bien público. Como las decisiones son buscadas en el consenso, lo que prevalece son los intereses de los segmentos más organizados y con más fuerza política (por ejemplo, los representantes del segmento VIH/SIDA en relación a los representantes de cualquier otro segmento) o los intereses del propio gobierno en ejercicio.

Es sólo muy recientemente que algunos consejos de gestión fueron presididos por representantes de la sociedad y no por el Ministro o Secretario de salud, que terminaron definiendo directamente la norma de las reuniones, y con ello aparentando que los consejeros reiteraran las políticas de salud vigentes o las propuestas por el Ejecutivo.

De la misma forma, el Legislativo se ha revelado como un espacio institucional extremadamente relevante, ya que la experiencia brasileña da testimonio de la importancia de una participación legal e institucional, como precondition para que se instituya una política de Estado para la salud. Allí hay no sólo una fuerte bancada del sector privado de la salud, sino otra de los defensores del SUS. Existe incluso un Frente Parlamentario de Salud en el Congreso, donde son discutidas las propuestas en curso que involucran el sector salud. De esta manera, la salud ha venido ganado un espacio creciente en la agenda pública, haciendo justicia a los avances del SUS en las últimas dos décadas y media. Este proceso gana vigor en el nivel local no sólo con los programas ESF y PMM, sino con las intersecciones de la salud con las otras políticas sociales

y del trabajo. Por ejemplo, la condicionalidad de la salud para el Programa Bolsa Familia, no es necesaria desde el punto de vista de los usuarios del SUS y beneficiarios del programa, que lleva sus hijos rutinariamente a los servicios de salud (siempre que tengan recursos para esto y exista la oferta de estos servicios). Sin embargo, esta condicionalidad es fundamental como un trazador de evaluación de la política de salud local, y la búsqueda de nuevos mecanismos de mayor adhesión de la población a los servicios de salud. Y lo mismo vale para la educación.

En este sentido, el avance de la capilaridad social de los programas sociales que se da en este siglo, es de extrema importancia para que los avances y las conquistas representadas por el SUS (como también de los otros programas sociales, tales como la democratización del acceso a la enseñanza superior, PBF, economía solidaria) no sean destruidos, pues la propuesta de salud en el ámbito de Seguridad Social, es la garantía para que ella se convierta en un derecho social efectivamente igualitario, universal y democrático; pero ella enfrenta resistencia desde su nacimiento.

Frente a los desafíos actuales de resistencia en defensa del SUS y para formular y defender propuestas de perfeccionamiento y garantía de sus conquistas en estos 25 años, es necesario que se tomen en cuenta tres dimensiones básicas de la salud, teniendo como principio su constitución como derecho social universal. La primera es el derecho a la salud como **mercancía**, que difiere poco de la salud como un bien de consumo individual: en el primer caso, es la fuente de ganancias y de capitalización y en el segundo es una ubicación del lado de la demanda de los usuarios del SUS, sea por medio de servicios prestados por el sector público estatal, por el sector privado sin fines de lucro, o por el sector privado con fines de lucro. La segunda dimensión es el derecho a la salud como **acceso** a los servicios del SUS, que en general se resume en la disponibilidad virtual de cobertura de los servicios. En este caso, por ejemplo, es evidente la falta de acceso de los usuarios del SUS a los servicios de media y alta complejidad. Y la tercera dimensión se refiere al **mercado**. Al respecto, deben tomarse en cuenta no sólo las formas individuales de acumulación de capital de las empresas de salud, sino también las dinámicas internas y las lógicas de acumulación de capital del conjunto de las instituciones privadas, con o sin fines de lucro, que constituyen el mercado del sector salud, e involu-

cra relaciones con el propio sector público estatal, hoy en gran medida administrado por organizaciones sociales, en nombre del falso argumento de darle mayor racionalidad a la gestión de estos servicios. Esto no es trivial, ya que la lucha por el SUS se inició oponiéndose a las inequidades del sector privado de salud. Sin embargo las leyes del mercado son mucho más sutiles que la simple obtención de lucro, y con esto pueden contaminar el sector público de salud, que tampoco se restringe a las instalaciones públicas estatales, ya que depende también de la producción de servicios del sector privado acreditado al SUS.

Retomando por tanto la complicada relación entre lo público y lo privado en la salud, se debe de tener claro que en el caso brasileño, dada la historia de la constitución del sistema de salud en el país, lo público no puede restringirse a lo estatal, ni lo privado acreditado al SUS puede ser confundido con el mercado, aunque esta acreditación también genere ganancias para el sector privado. Por otro lado, hay que estar atentos a las estrategias de la ESF y del PMM, que universalizaron los servicios, dando cobertura universal y promoviendo el acceso igualmente universal a la atención básica en salud, pero que encuentran obstáculos del acceso a los servicios de salud de mayor complejidad, dado el estrangulamiento en el financiamiento de estos últimos. Esto fácilmente puede transformarse en un perfil perverso de universalidad, restringido al modelo de un paquete básico para a población sin acceso al mercado, de precarización de la calidad de los servicios del SUS, y del compromiso de la responsabilidad del Estado en la prestación y producción de servicios, desde el punto de vista material y simbólico. La salud no se constituiría en un derecho humano si no fuera, antes que nada, un derecho social.

XIII.6 Amenazas al SUS

El SUS nace a contracorriente de la historia de nuestro perverso capitalismo: cuando los Estados de Bienestar Social estaban siendo deconstruidos, y en nuestros países latinoamericanos las políticas liberales en el área social fueron dictadas por las agencias internacionales, se propone en Brasil un modelo de Seguridad Social pública, de carácter esencialmente estatal. De esta forma, el financiamiento de la salud era vinculado al presupuesto de la Seguridad Social, que contaba con varias fuentes de recursos, entre ellas las

contribuciones del sector lucrativo de la economía. Después, al inicio de los años 90, la concepción de la Seguridad Social es intervenida por la política estatal, que separa las fuentes de recursos de sus tres componentes – previsión social, asistencia social y salud –, quedando ésta a merced del presupuesto de la Unión. Además, el SUS fue desde su inicio subfinanciado, dadas las políticas de ajuste fiscal adoptadas, pero hasta muy recientemente se presentaba una curva ascendente de su presupuesto. Sin embargo, el gasto privado en salud es superior a la inversión del presupuesto federal en el SUS.

A ello se suman las propuestas neoliberales de mayor eficiencia del Estado, entendida como adhesión a la racionalidad costo/efectividad que debería regir las acciones de un Estado planteado como privatizado. No suficiente con esto, se profundizan las relaciones promiscuas entre los sectores público estatal y privado de salud, teniendo éste cada vez más subsidios estatales. Dado el subfinanciamiento del sector, se hace presente la falta crónica de inversión estatal en unidades de media y alta complejidad, comprometiendo el principio de integralidad del SUS.

Como la salud es uno de los sectores de mayor retorno sobre el capital invertido, no faltan propuestas de leyes que tramitan en el Legislativo privatizándola, incluso con el reciente permiso de la entrada del capital extranjero en el sector, hasta antes prohibido por las reglas vigentes. Finalmente, la captura por el sector privado de la Agencia Nacional de Salud Suplemental (ANS), que de una agencia que debería ser reguladora del sector privado en beneficio del SUS, actúa como una agencia de defensa de los derechos del consumidor del sector suplementario de salud, para no decir de los proveedores o prestadores de servicios.

XIII:7 La lucha en defensa del SUS

Para que el SUS avance y no sufra retrocesos irreversibles, es necesario que la sociedad se apropie de él no como un derecho abstracto de salud (mero acceso a consultas y servicios), sino como un derecho de sujetos sociales autónomos con capacidad de escoger sus destinos y los destinos de la sociedad. Como afirma Florestan Fernandes, uno de los mejores interpretes de la so-

ciudad brasileña, “sin sociedad democrática [en el sentido de la democracia como estilo de vida] no habrá Estado democrático”. En este sentido, salud y educación son un pre-requisito fundamental de la democracia, aunque queda claro que por sí solos no garantizan la democracia.

Hay que acelerar el combate en defensa del SUS, con todo lo que representa, no sólo a nivel macro institucional, de las leyes y reglas básicas que lo rigen, sino sobre todo al nivel micro social: al interior de las unidades de servicio, junto con los movimientos sociales sindicales, en la formación de los profesionales de la salud. Sólo así el Ejecutivo sentirá y se sensibilizará con las demandas de la sociedad, y el Legislativo tendrá condiciones de presentar propuestas y leyes para la democratización de la salud, porque cuenta con el respaldo y la presión de la sociedad. En contraste a la época desarrollista, cuando se tenía un Estado democrático y modernizador de la sociedad, en la actualidad el proceso se invirtió: no habrá un Estado democrático sin una sociedad democrática y movilizadora.

XIII.8 La crisis actual

Más que nunca la movilización social de la sociedad se hace urgente en Brasil. La sociedad no puede evitar su papel. El gobierno interino, que asumió después de un dudoso proceso jurídico y parlamentario que llevó al “impeachment” de la presidenta electa, Dilma Roussef, se está revelando cada día más adverso a la democracia política y social, y más adepto a las leyes salvajes del mercado. Y la salud no es una excepción. Ya no les basta la tentativa de aprobación de un proyecto de ley que obligaría a que todos los empleadores contraten un plan privado de salud para sus trabajadores, y la aprobación de la entrada del capital extranjero en salud. Aún antes del “impeachment” de la presidenta, ahora el mismo Ministro de Salud, vinculado a las empresas privadas de salud, propone que el SUS disminuya de tamaño, dadas las restricciones presupuestales, y que las empresas proveedoras de seguros y planes de salud lancen planes populares de bajo costo, que contemplen paquetes de servicios menores que el mínimo ya estipulado por la ANS. Con ello, según él, los servicios del SUS serían “aliviados de la presión de demanda”.

Y no por casualidad él afirma recientemente, en una entrevista, que “soy Ministro de Salud, no soy sólo Ministro del SUS”. Olvida que el sector suplemental de asistencia médica, carga al SUS los servicios de alta tecnología o de larga duración del tratamiento, a que los no da acceso porque no son lucrativos. Con los planes populares precarios, el SUS sería aún más sobrecargado, sin poder contar con las acciones de planeación que desarrollan la integralidad de la atención y la regionalización de los servicios de salud, ya que no sería el SUS que crearía la demanda, y su trayectoria no estaría orientada por los servicios de salud, sino por el mercado. Como el propio ministro ya afirmó que no regularía ni monitorearía este sector privado, ni habla del control de calidad de sus servicios. Según él, en la comparecencia pública en la Comisión de Asuntos Sociales del Senado, al inicio de este mes de julio de 2016, la propuesta de planes populares permitiría que existieran planes con acceso más fácil para la población, pero obviamente con una cobertura proporcional a su pago, y así se pudiera permitir que más personas contribuyan al financiamiento de salud en Brasil. Pero como existe el mecanismo de la exención fiscal, que de facto contribuye al financiamiento de la salud privada en Brasil, una vez más serán los más pobres y los asalariados los más afectados por esta medida, ya que sobre ellos recae proporcionalmente la mayor tributación.

De la misma manera, la ciencia y tecnología, ámbito central para el avance de la conquista de la salud como un derecho efectivo de los ciudadanos, serían reubicadas en el interior del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Innovaciones y Comunicaciones, y con ello se perdería su especificidad, hasta antes contemplada en un ministerio específico para este propósito. Además, la Secretaría de Atención a la Salud (SAS) del Ministerio de Salud, que tiene el mayor presupuesto entre todas sus secretarías, fue asignada a un administrador de empresas, también estrechamente vinculado al sector privado de salud.

No debe sorprender entonces, que la Medida Provisoria 723 firmada por la presidenta Dilma Rouseff poco antes de la votación de su ‘impeachment’, y que garantiza por otros tres años la actuación de médicos extranjeros y brasileños formados en el exterior en el PMM (recuérdese que el PMM cubre a más de 63 millones de brasileños, anteriormente sin acceso a profesionales médicos), no ha sido votada por el Congreso Nacional, y mientras no serán renovados los contratos ya terminados con los profesionales médicos, siempre

en nombre de la restricción de recursos, causando que actualmente 700 municipios están sin la presencia de profesionales médicos. Fue una clara señal del gobierno interino a la corporación médica, que siempre fue cerradamente contraria al PMM. Incluso porque, como ya se dijo, el programa prevé también el aumento del número de escuelas de medicina (otros 11.7 mil lugares), además de la creación de cursos de residencia médica en salud de la familia.

Como se observa, no son pocas las embestidas contra el SUS originadas por el Ejecutivo y el Legislativo, para no hablar del Judicial, con las sentencias surgidas de la creciente judicialización de la salud en el país. Tendrá que venir de la sociedad, de sus organizaciones y de su movilización, la reacción a tales agresiones. Los gobiernos recientes mostraron la posibilidad que desarrollo económico y desarrollo social no son antagónicos, pero ahora regresa la mantra de la dictadura civil-militar de que “es necesario hacer crecer el pastel para después repartir”.

Es bueno recordar, siempre, como afirma el mozambiqueño Mia Couto, que

**“TENER FUTURO CUESTA MUCHO DINERO. PERO ES MUCHO MÁS CARO
SÓLO TENER PASADO”**

Referencias

- Bahia, L. e Scheffer, M. (2011). Representação política e interesses particulares na salud: o caso del financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de salud privados no Brasil. *Interface*. Vol. 15, p. 947-956.
- Cohn, A et al. (2015) . *A salud como derecho e como serviço*. 7ª Ed. São Paulo. Editora Cortez.
- Cohn, A. (2012). *Cartas ao presidente Lula – Bolsa Família e derechos sociales*. Rio de Janeiro. Beco del Azougue Editorial.
- Cohn, A. et al. (2009). *Salud da Família e SUS: convergências e dissonâncias*. Rio de Janeiro. Beco del Azougue Editorial.
- Cohn, A. (2008). La reforma sanitaria brasileña: la victoria sobre el modelo neoliberal. *Social Medicine*. Vol. 3, p; 87-99
- Paim, J. S. (2013). A Constituição Cidadã e os 25 anos del Sistema Único de Salud (SUS). *CADERNOS de Salud Pública*. Vol. 29, p. 1927-1936.
- Paim, J. S. (2013). *El sistema de salud de Brasil: que es el SUS?*. Buenos Aires. Lugar Editorial.



CAMARA DE DIPUTADOS
EN LEGISLATURA