

LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMÉRICA LATINA: MITO Y REALIDAD

*Jaime Ruiz-Tagle, María Cecilia Acuña Díaz,
Francisco J. Romero Montes,
Iván Jaramillo Pérez, Luisa Mussot,
Alejandro Bonilla G.*



Confederación Única Nacional
de Afiliados al
Seguro Social Campesino



25 años en el Ecuador
1974 - 1999

FRIEDRICH
EBERT
STIFTUNG

**LA REFORMA DE LA SEGURIDAD
SOCIAL EN AMERICA LATINA,
MITO Y REALIDAD**

LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA LATINA: MITO Y REALIDAD

*Jaime Ruiz-Tagle, María Cecilia Acuña Díaz,
Francisco Javier Romero Montes,
Iván Jaramillo Pérez, Luisa Mussot,
Alejandro Bonilla G.*



Confederación
Única Nacional de
Afiliados al Seguro
Social Campesino



**FRIEDRICH
EBERT**

STIFTUNG

LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMÉRICA LATINA, MITO Y REALIDAD

Autores:

*Jaime Ruiz-Tagle, María Cecilia Acuña D., Francisco Javier
Romero Montes, Iván Jaramillo Pérez, Luisa Mussot,
Alejandro Bonilla G.*

Edición:

ILDIS

(Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales)

Calle José Calama N° 354 y J. León Mera

Casilla: 17-03-367

Teléfono: (593-2) 562-103 / 563-664

Fax: (593-2) 504-337

Email: ildis1@ildis.org.ec

Quito-Ecuador

Derechos de autor: 012611

ISBN: 9978-94-111-8

1^{era} edición: 1000 ejemplares

Diagramación

e Impresión: NINA Comunicaciones, Telefax: (593-2) 526924

Impreso en Quito - Ecuador, 1999

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	9
---------------------------	---

¿JUBILO O TRISTEZA?

EL FUTURO DEL NUEVO SISTEMA DE

PENSIONES EN CHILE, *Jaime Ruiz-Tagle*

Introducción	13
Abrir el debate: La discusión en Europa	14
La transición demográfica en Chile, consecuencias previsionales	18
Ahorro e inversión nacional	20
Equidad y justicia	21
La rentabilidad del sistema	23
Los costos del nuevo sistema	29
El costo para el Estado, pasado, presente y futuro	32
Afiliados y cotizantes	34
Las pensiones en el nuevo sistema	35
Concentración económica	38
Conclusiones y perspectivas	40

LA REFORMA DE SALUD EN CHILE

ANÁLISIS Y PERSPECTIVAS, *María Cecilia Acuña Díaz*

Introducción	47
Antecedentes	48
La reforma en salud de los noventa	50

LAS REFORMAS DE LOS SISTEMAS

DE PENSIONES, *Francisco Javier Romero Montes*

Introducción	59
--------------------	----

LA EXPERIENCIA PERUANA

1. Antecedentes	65
2. Problemas del Sistema Nacional de Pensiones	67
3. Razones y proceso de la Reforma	68
4. El proceso de la Reforma	69
5. Creación del Sistema Privado de Pensiones	69
6. Características del Sistema Privado de Pensiones	73
7. Experiencia en la nueva legislación	74
8. Medidas adoptadas para superar las deficiencias	75

LA SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA

LA PUESTA EN MARCHA DE LA LEY 100

DE 1993 Y SU FINANCIACIÓN, *Iván Jaramillo Pérez*

Breve reseña histórica	79
------------------------------	----

La Asamblea Nacional Constituyente	83
EL NUEVO SISTEMA PENSIONAL	
Antecedentes inmediatos	85
La reforma pensional: Sistema Dual	86
El Sistema de Capitalización Individual	87
El Sistema de Prima Media con Prestación Definida	88
Avance en las coberturas	93
Características de los afiliados	97
La rentabilidad de los Fondos de Reserva	98
Las reservas y las inversiones	102
El pasivo pensional	103
El estudio de la OIT sobre el ISS	105
Las recomendaciones de la OIT al régimen pensional	114
Otras conclusiones y recomendaciones	119
LA REFORMA DE SALUD	122
Trece propósitos de la Reforma	126
Los resultados de la Reforma	137
El origen de los recursos financieros	142
El recurso humano y su remuneración	144
El régimen contributivo	148
Conclusiones y recomendaciones	152
Régimen subsidiado	153
Los problemas del régimen subsidiado	157
Los problemas financieros del régimen subsidiado	160
Conclusiones y recomendaciones	165
Los Hospitales públicos	167
Conclusiones y recomendaciones	174
Conclusiones y recomendaciones finales	175
La contrarreforma o la reforma a la reforma	177
LA CONTRARREFORMA DE LA	
SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA, Luisa Mussot	
Introducción	183
El modelo constitucional de la Seguridad Social Mexicana ..	184
La reforma del IMSS; cambio de giro de la seguridad social ..	188
Conclusiones y alternativas	197
Bibliografía	201
¿DE LA EXCLUSIÓN INJUSTIFICABLE	
A LA INCLUSIÓN SOSTENIBLE?, Alejandro Bonilla G. . .	205

PRESENTACIÓN

La reforma de la seguridad social es un tema de mucha actualidad en el Ecuador, tanto por la necesidad de contar con un sistema eficiente que recoja los requerimientos sociales y económicos del desarrollo nacional, como para atender los planteamientos derivados de la nueva Constitución y su mandato de reforma. Ese interés nacional debe enriquecerse con las experiencias latinoamericanas, por lo que el Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS) —que cumple en 1999 veinte y cinco años de trabajo por la democracia y el desarrollo en el Ecuador—, conjuntamente con la Confederación Unica Nacional de Afiliados al Seguro Social Campesino, ha creído conveniente difundir las ponencias presentadas en el Seminario Internacional "Experiencias Latinoamericanas de las Reformas a la Seguridad Social", realizado en octubre de 1998.

Con este libro se busca ampliar el conocimiento de las reformas a la seguridad social impulsadas en América Latina, destacando las consecuencias e impactos reales de su privatización en el campo socioeconómico, sobre todo el crecimiento económico, la generación del ahorro, el mercado de valores, las retribuciones al capital y al trabajo, la recaudación tributaria, la distribución y concentración de la riqueza y del ingreso, así como su efecto en las diversas áreas de la economía, empleo, salarios; tanto como en lo institucional: cobertura, calidad de prestaciones y servicios, desarrollo de instituciones, costos administrativos, costos de mercado y publicidad. Con este libro se busca difundir la realidad de estos procesos en algunos países de la re-

gión, procurando desmitificar los mensajes dominantes, a través de los cuales se difunden conceptos que en no pocas ocasiones no se ajustan a lo que se ha conseguido.

En este libro, que esperamos sirva para elevar el nivel del debate, se abordan los procesos de privatización de la seguridad social en Colombia con un artículo de Iván Jaramillo Pérez; en Chile con dos presentaciones sobre la privatización de los fondos de pensiones y de los servicios de salud a cargo de Jaime Ruiz Tagle y María Cecilia Acuña respectivamente; el caso de México lo aborda Luisa Mussot; y, las reformas en el Perú lo hace Francisco Javier Romero. El libro se cierra con un aporte de Alejandro Bonilla, quien presenta una visión global del panorama latinoamericano en el campo de las reformas a la seguridad social.

Hans-Ulrich Bünger

*Representante de la Fundación
Friedrich Ebert Stiftung*

Jorge Loor

*Presidente de la Confederación
Única Nacional de Afiliados
al Seguro Social Campesino*

Enero de 1999.

**¿JÚBILO O TRISTEZA?
EL FUTURO DEL NUEVO
SISTEMA DE PENSIONES
EN CHILE**

¿JÚBILO O TRISTEZA? EL FUTURO DEL NUEVO SISTEMA DE PENSIONES EN CHILE

*Jaime Ruiz-Tagle **

INTRODUCCIÓN

Cumplidos ya 17 años de la implantación del nuevo sistema de pensiones en Chile, han aparecido diversos signos de crisis. Hay voces que hablan incluso, exageradamente, de que el sistema está próximo al colapso.

A pesar de la relevancia del tema –que tiene gran importancia no solo en el ámbito social, sino también en el plano productivo y financiero–, no existe actualmente en Chile un espacio público de debate al respecto, con buena información y un adecuado nivel de análisis.

Ante las consecuencias de la crisis asiática, algunos –sobre todo los representantes de los trabajadores–, se alarman y protestan porque la rentabilidad real del Fondo de Pensiones ha caído en más de un 6% en los últimos 12 meses. Otros, los administradores y las autoridades del sector, replican que en esta materia lo que importa es el largo plazo, destacando que, a pesar de la caída reciente, la rentabilidad del Fondo ha sido de un 11.4% en los 17 años de historia del nuevo sistema. A nuestro juicio, unos y otros están equivocados.

* Sociólogo (PhD Universidad Católica de Lovaina, Bélgica), miembro del ETM de la OIT, Santiago de Chile.

En este artículo nos proponemos examinar con rigurosidad y amplitud los principales problemas que enfrenta este sistema, basado en la capitalización individual y administrado por empresas privadas.

Pero antes nos parece necesario situar el problema al interior del debate internacional, y sobre todo de la Unión Europea, ya que los países que la constituyen fueron pioneros en la estructuración de sistemas de seguridad social. En el caso de Europa, nos referiremos en particular a los problemas demográficos; a la relación entre los recursos de la seguridad social y el crecimiento económico; a la equidad y justicia; y a la forma de financiar las jubilaciones.

En el caso de Chile, analizaremos con más detalle: la transición demográfica y sus consecuencias previsionales; el problema del ahorro y la inversión nacional; la equidad y justicia del sistema; el problema de la rentabilidad; los costos de administración; el costo para el Estado; las cotizaciones efectivas y los excluidos; las pensiones del nuevo sistema; y, lo último pero tal vez lo más importante, la concentración y el poder económico.

ABRIR EL DEBATE: LA DISCUSIÓN EN EUROPA

Lo primero que es necesario aclarar es que los sistemas obligatorios de pensiones basados en la capitalización individual no son predominantes en el mundo. Todo lo contrario; son muy pocos los países donde estos sistemas se han implantado, después de la experiencia pionera de Chile que se inició en 1981. Son sobre todo países latinoamericanos, como Argentina, Bolivia, Colombia, El Salvador, México, Perú y Uruguay, los que han comenzado a incursionar en la capitalización individual, con diversas modalidades y en ningún caso con la ortodoxia del caso chileno.

Es cierto que en muchos otros países —como Brasil y España— existen instituciones donde las personas pueden hacer aportes voluntarios y complementarios para su vejez, que se basan en la capitalización individual. Pero no se trata de sistemas sociales, imperativos, de pensiones.

Es cierto también que el Banco Mundial, preocupado por el envejecimiento de la población (ver "Envejecimiento sin crisis", Washington, 1994) ha propuesto y tratado de difundir un modelo de pensiones semejante al chileno: debería existir un pilar básico, solidario, garantizado por el Estado con fondos generales de la nación; un pilar fundamental de capitalización individual, obligatorio, proveniente de las cotizaciones; y un tercer pilar, constituido por aportes adicionales voluntarios, a los que se entregaría un estímulo en términos de exención de impuestos. Sin embargo, este modelo, propuesto sobre todo para los países emergentes, ha provocado muchas reservas y rechazos.

En Europa occidental, en cambio, donde se constituyeron los sistemas públicos de seguridad social después de la segunda guerra mundial, hace ya más de medio siglo, no hay ningún país en el que se haya puesto en marcha un sistema de pensiones de capitalización individual como el que promueve el Banco Mundial y el que está vigente en Chile.

En un reciente artículo, titulado "Las jubilaciones en la Unión Europea: adaptación a las evoluciones económicas y sociales" (Revista Internacional de Seguridad Social, enero-marzo de 1998), el economista francés Emmanuel Reynaud, especialista en el tema, da cuenta de los debates que han tenido lugar durante los últimos 15 años en esa región. Las discusiones han girado especialmente en torno a tres aspectos: las perspectivas demográficas; el aporte de los regímenes de jubilación al crecimiento económico; y la voluntad de reducir la intervención del Estado en el financiamiento de las jubilaciones.

Reynaud afirma que la "propuesta extrema" en estos debates consiste en dismantelar los regímenes actuales de seguridad social, reemplazándolos por un sistema de tres niveles, semejante al propuesto por el Banco Mundial: a) un nivel básico, financiado por el Estado, que tendría por función atenuar la pobreza de las personas de edad; b) un nivel principal, constituido por mecanismos de ahorro obligatorio, que se aplicaría a todas las categorías sociales y se-

ría gestionado por el sector privado; y c) un nivel voluntario, que permitiría tener una protección suplementaria a quienes estuvieran dispuestos a financiarla.

Con todo, Reynaud señala que "en el marco de la Unión Europea, ese enfoque parece bastante irrealista, pues tiene muy poco en cuenta la realidad actual de los Estados miembros y la historia de nuestros sistemas de jubilación". Y agrega que "buscar vías de reforma posible es una tarea mucho más difícil. En países democráticos, no se puede imponer a la sociedad un sistema concebido por los expertos. Es más bien cuestión de iniciar un proceso de toma de decisiones, en cuyo transcurso el debate entre los actores desempeña un papel de vital importancia".

Desde el punto de vista demográfico, en Europa, como en todo el mundo, existe una inquietud por la proporción cada vez más elevada de personas en edad de jubilarse, en relación con las personas en edad de trabajar. Sin embargo, en Francia, por ejemplo, la extensión del período de actividad de los 60 a los 65 años haría que la proporción actual se mantuviera en el año 2010. Considerando el mejoramiento generalizado de la salud en edades avanzadas y la prolongación de la vida, esto parece viable y razonable. Sin embargo, plantea problemas en lo que respecta al mercado del trabajo, y más concretamente en lo que se refiere a la creación de un número suficiente de empleos, para evitar la exclusión social.

Otro tema que se discute en Europa es el aporte de los recursos de la Seguridad Social para el ahorro nacional y el crecimiento económico. Según Reynaud, después de múltiples trabajos econométricos realizados durante los años 70, no existen resultados concluyentes respecto al impacto sobre el ahorro nacional de un sistema de reparto, comparado con el de un sistema de capitalización individual. Y agrega: "los trabajos empíricos disponibles no permiten afirmar sin disputa que la introducción de dispositivos sujetos a la capitalización ejercería un efecto positivo sobre el ahorro. Esta cuestión sigue siendo muy controvertida..."

Un tercer aspecto central del debate europeo sobre las jubilaciones se refiere a la equidad y la justicia. El problema se plantea tanto al interior de una generación como entre generaciones. En los sistemas de reparto, el problema de la equidad surge especialmente cuando se conceden "derechos gratuitos", no dependientes de los aportes; por ejemplo, por desempleo, por maternidad, cuidado de niños o de inválidos, cónyuge a cargo, etc. En los Estados de la Unión Europea se está planteando la necesidad de hacer cada vez más transparentes estos aportes y, en términos más generales, establecer una vinculación más directa entre las cotizaciones y las prestaciones.

En lo que respecta a los sistemas complementarios de capitalización individual, el problema de la equidad es diferente: la pregunta es si se justifica otorgar ventajas tributarias a personas que se encuentran en los niveles de ingreso más altos, ya que ellas son las únicas que disponen de recursos para hacer ahorros de este tipo.

Un cuarto aspecto se refiere al debate sobre reparto y capitalización como método para financiar las jubilaciones. Al respecto se ha subrayado, en primer lugar, que sea cual sea el método elegido, el peso de financiar a los pasivos recae siempre sobre la población económicamente activa. Dicho en otros términos, las ganancias del capital también dependen de la actividad económica actual.

La distinción más relevante es la que se refiere a regímenes con prestaciones definidas y regímenes con cotizaciones definidas. En los sistemas de reparto existentes, los regímenes con prestaciones definidas son mayoritarios. Sin embargo, en países como Italia y Suecia se han hecho avances para priorizar las cotizaciones. Los regímenes de capitalización también pueden admitir las dos alternativas, de prestaciones definidas o de cotizaciones definidas, pero esta última alternativa tiende a ser predominante.

Reynaud destaca también que se ha planteado equivocadamente el efecto del problema demográfico sobre los sistemas de jubilación, pretendiendo que solo el sistema de reparto se ve afectado por el envejecimiento, al disminuir la proporción de los cotizantes con

respecto a los jubilados. En realidad, la prolongación de la esperanza de vida tiende también a hacer bajar las pensiones en los sistemas de capitalización; o bien, para obtener la misma renta vitalicia, hay que reunir un monto de capital más elevado.

Por otra parte, si se pretende generalizar los sistemas de capitalización individual, se enfrenta el problema de la inversión de los enormes recursos que se acumulan a través de los años. Reynaud sostiene: "se ha calculado que, en el curso de los años 70, en Francia se habría debido disponer de un fondo del orden de cuatro o cinco veces el Producto Interno Bruto para financiar por capitalización las jubilaciones que se financiaban por reparto". Esta enorme acumulación puede llevar a graves problemas de control y de rentabilidad. Los mercados de capitales, incluso en los países industrializados, pueden resultar demasiado estrechos para recibir los crecientes flujos de la capitalización individual.

Esta rápida mirada a los debates sobre la Seguridad Social fuera de Chile, y particularmente en la Unión Europea, puede servir de contexto para analizar la situación del país, sin partir del supuesto de que tal o cual sistema de pensiones permite resolver todos los problemas que le plantea la sociedad contemporánea.

LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA EN CHILE. CONSECUENCIAS PREVISIONALES

Durante los últimos decenios el crecimiento de la población total ha ido disminuyendo, situándose en la actualidad en torno al 1.4% anual. Esto ha sido el resultado de una disminución de la fecundidad, por un lado, y de un aumento de la longevidad, por otro. Se estima que la población de 65 años y más (los adultos mayores o tercera edad), que actualmente representan un 8% de la población nacional, aumentarán al 10% en el año 2010 y a un 15% en el año 2030.

La transición demográfica, que constituye un movimiento de larga duración no susceptible de ser alterado fundamentalmente por

las políticas sociales de los gobiernos, llevará a que exista una proporción creciente de personas en edad de jubilar, con una mayor longevidad. Esto significa que, para lo que queda en Chile del sistema de reparto, la carga para el Estado será creciente, porque tendrá que financiar por más tiempo las jubilaciones del pasado. En lo que respecta al sistema de capitalización individual, el aumento de la longevidad hará que el monto de las pensiones tienda a decrecer (*ceteris paribus*, es decir, todas las demás cosas permaneciendo iguales).

De lo anterior surge una orientación de política general: es necesario evitar las jubilaciones anticipadas (a una edad inferior a los 60 años para las mujeres y a los 65 años para los hombres). Ellas llevan a montos muy bajos, que harán muy difícil la satisfacción de las necesidades básicas cuando la vejez avance, se vayan terminando las posibilidades de obtener otros ingresos y se vayan agotando los ahorros o los bienes que se pueden vender. Téngase en cuenta que esto sucede cuando los gastos en materia de salud tienden a aumentar.

De hecho, según la Superintendencia de ISAPRES (Instituciones Privadas de Salud Previsional), solo un 7% de las personas de 65 años y más participaban en 1996 en este tipo de instituciones, frente a un 34% de las personas situadas entre los 25 y los 34 años (ver Mathias Kifmann, *Seguro de salud privado en Chile: ¿seguro básico o complementario para los servicios ambulatorios?*, Revista Internacional de Seguridad Social, vol. 51, Nº 1, 1998). Esto significa que solo una ínfima parte de las personas de la tercera edad tiene recursos suficientes para acceder a los servicios de salud de las ISAPRES. En la medida en que la longevidad siga aumentando, será todavía más difícil que las personas de la tercera (o cuarta) edad puedan financiar los costos de esas instituciones privadas. Por lo tanto, el costo para el Estado será creciente.

Si es necesario, por el tipo de trabajo que realizan, que ciertas categorías de trabajadores adelanten su jubilación (como los mineros que trabajan bajo tierra o en la alta montaña), será necesario que se

asignen y se financien explícitamente los recursos privados y públicos pertinentes.

Curiosamente, al interior de la Superintendencia de AFP se sigue pensando que el envejecimiento de la población solo afecta al sistema de reparto. En una publicación reciente (*Reformas al sistema de pensiones. Para que los años dorados no pierdan el lustre*, en **Zona Pública**, N° 26, marzo-abril 1998) se plantea: "Una de las principales causas de las crisis que han vivido los sistemas de pensiones basados en el reparto, se ha originado en el envejecimiento de la población". De hecho, es posible que en el sistema de capitalización individual el aumento de la longevidad afecte menos a las finanzas del Estado y más al monto de las jubilaciones. Pero como lo esencial de cualquier régimen es otorgar buenas pensiones a los trabajadores, el problema es sustancialmente igual.

Además, como veremos en detalle más adelante, el envejecimiento de la población en el sistema de capitalización individual también afecta a las finanzas del Estado en la medida en que este garantiza la pensión mínima legal a quienes han completado 20 años de contribuciones.

AHORRO E INVERSIÓN NACIONAL

Es conveniente ahora analizar el aporte de los recursos de la Seguridad Social para el ahorro nacional y para el crecimiento económico. Se ha dicho que, gracias al sistema de capitalización individual, se ha logrado ahorrar una suma superior a 30.000 millones de dólares (US \$30.249.- a diciembre de 1997, en dólares de mayo de 1998). Esto equivalía a un 40.6% del Producto Interno Bruto.

Sin embargo, no se ha tenido en cuenta el enorme volumen del déficit previsional fiscal, que en el período 1981-1995 alcanzó a un 5.5% del Producto Interno Bruto (ver Andras Uthoff, *Pension Funds, the financing of transition costs and financial markets development. Lessons from the chilean privatization reform*, CEPAL, Santiago, junio 1998). A pesar de que el déficit fiscal se ha ido reduciendo proporcionalmente, y de que los aportes a la Seguridad

Social han ido aumentando (siempre en relación al Producto Interno Bruto), todavía en 1994 el resultado neto equivalía a - 0.6% del producto. Por eso este estudio de la CEPAL pudo sostener que "el efecto directo del sistema de pensiones en el ahorro nacional es, a lo más, muy débil" (ibid.).

Además, para sostener que el sistema de capitalización individual ha influido decisivamente en el crecimiento económico, sería necesario que los recursos acumulados se hubieran destinado a nuevas inversiones productivas. Pero esto ha sido así solo en una pequeña proporción. De hecho, aproximadamente un 40% de los recursos se han invertido en instrumentos financieros del Estado, que le han permitido a este pagar las pensiones del antiguo sistema, pero que no constituyen por sí mismos nuevas inversiones productivas.

EQUIDAD Y JUSTICIA

Otro aspecto relevante del debate se refiere a la equidad y la justicia de los diferentes sistemas. Según los principios de la Seguridad Social, los sistemas de pensiones deberían ser solidarios dentro de cada generación y entre las generaciones. Ahora bien, es evidente que el sistema de capitalización individual no permite otorgar los llamados "derechos gratuitos", derechos no dependientes de los aportes, como los que existen en los sistemas de reparto de la Unión Europea. Mediante la capitalización individual no se puede favorecer a los desempleados, ni a las mujeres embarazadas, ni a las personas que cuidan niños o inválidos, ni a quienes tienen un cónyuge a carga. Por el contrario, si un hombre accede a la jubilación en calidad de viudo, solo, recibirá un monto más elevado que si tiene a cargo a su esposa.

Por otra parte, el nuevo sistema excluye la solidaridad intergeneracional. En efecto, una vez otorgadas las jubilaciones, se reajustan conforme al alza del costo de la vida (en las llamadas Unidades de Fomento), pero no reciben ningún incremento en términos reales si el país progresa y aumenta el ingreso per capita. Esto irá llevando, en el largo plazo, a una sociedad cada vez más di-

cotomizada, con diferencias crecientes entre los trabajadores activos y los pasivos.

Lo anterior no significa que el antiguo sistema de reparto fuera plenamente equitativo. En la medida en que las jubilaciones se calculaban según las cotizaciones de los últimos cinco años (o menos) se beneficiaban algunos sectores relativamente privilegiados. Estos eran los que podían hacer contribuciones lo más bajas posibles durante gran parte de su vida laboral (en acuerdo con sus empleadores) y solo cotizaban por el total de su sueldo, o incluso más, cuando les faltaban cinco años para jubilar.

Sin embargo, es posible mantener un sistema solidario de reparto, pero adecuando cada vez más las prestaciones a las cotizaciones recibidas, como lo están haciendo Italia y Suecia. Dicho en otros términos, no es intrínseco al sistema de reparto que las jubilaciones se calculen según los aportes de los últimos años.

Otro aspecto relacionado con la equidad se refiere a los aportes adicionales voluntarios, por sobre el tope obligatorio. Este equivale en Chile a una remuneración bruta de 60 UF (unos 2000 dólares mensuales). Los aportes adicionales por sobre este límite, y hasta 60 UF, están liberados de impuestos. Según la terminología del Banco Mundial, constituyen el "tercer pilar". Pero es evidente que esta liberación tributaria solo beneficia a sectores medio-altos y altos, que son los que tienen a la vez capacidad de ahorro y tasas impositivas más elevadas.

La Superintendencia no ha entregado cifras que indiquen a cuánto ha ascendido el subsidio implícito que han recibido estos sectores. En un contexto en que se exige al Estado focalizar cada vez más sus aportes previsionales, habría que tener fundamentos muy sólidos para mantener o ampliar estos beneficios.

De hecho, la Comisión Nacional del Ahorro, en su informe "Hacia un mayor ahorro privado en Chile" (Santiago, marzo de 1998) propuso, entre otras medidas, aumentar el límite imponible de las cotizaciones obligatorias para pensiones de vejez. La Comi-

sión justifica esta propuesta señalando que el tope ha permanecido constante desde 1981, mientras que las remuneraciones reales han aumentado, sobre todo en la década de los 90; se ha ido creando así una brecha cada vez mayor entre las remuneraciones efectivas de las personas de altos ingresos y las pensiones que reciben al jubilarse en el nuevo sistema.

Con todo, si se tiene en cuenta que los trabajadores con ingresos brutos por encima de 60 UF representan solamente un 8% del total, el de mayores ingresos, la medida de aumentar el límite imponible de las cotizaciones puede tener un efecto negativo en términos de distribución de ingresos.

Por otra parte, no deben confundirse las cotizaciones adicionales para la previsión social, destinadas a mejorar las pensiones, con las Cuentas de Ahorro Voluntario, que existen en el sistema chileno, y que no tienen incentivos tributarios. Estas constituyen libretas de ahorro, cuyos recursos se ponen en los mismos instrumentos que el Fondo, y pueden ser retirados según las necesidades del ahorrante. En septiembre de 1997, había un total de 1.110.920 de cuentas de este tipo, con un saldo promedio de \$132.524, unos 300 dólares (ver, *El sistema chileno de pensiones*, Cuarta edición, Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, Santiago, 1998). La suma total de ahorros no es despreciable, pero equivale apenas a un 1.1% de los Fondos de Pensiones propiamente tales.

LA RENTABILIDAD DEL SISTEMA

Un tema muy relevante en el debate concierne al método para financiar las jubilaciones. En el caso del sistema de reparto, los recursos disponibles para las jubilaciones dependerán de la variación de la masa salarial, más los aportes del Estado. En el caso de la capitalización, los recursos disponibles dependerán básicamente de los aportes y de la rentabilidad de los fondos invertidos, descontando los costos de administración y las ganancias de las empresas administradoras.

Ahora bien, en el caso de Chile la Superintendencia ha señalado –como indicábamos al comienzo– que la rentabilidad histórica del Fondo ha sido muy elevada, equivalente a un 11.4% en los últimos 17 años. Sin embargo, esta cifra es engañosa, por dos razones. En primer lugar, porque se trata de un promedio simple y no de un promedio ponderado. Como es obvio, resulta más fácil obtener buenas rentabilidades cuando hay que colocar pequeños montos de dinero, que cuando se trata de colocar –respetando básicas normas de seguridad– más de 30.000 millones de dólares. De hecho, la rentabilidad ponderada del Fondo en los últimos 10 años (1988-1997) llegó a solo 9.2%, y en los últimos 5 años (1993-1997) a solo 7.3%.

En segundo lugar, la cifra oficial no tiene en cuenta el costo de las comisiones. Incluyendo este elemento y ponderando por los montos anuales, un reciente estudio del economista Oscar Guillermo Garretón determinó que la rentabilidad histórica del sistema ha sido de 8.3% real. En los últimos cinco años, la rentabilidad real neta apenas sobrepasaría el 6%, a pesar de que la economía chilena creció al 8% anual, lo que no ocurrirá en 1998 o 1999, y sin duda tampoco en el largo plazo.

Ahora bien, el problema mayor en materia de rentabilidad se plantea hacia el futuro. Ningún experto serio piensa que las rentabilidades reales netas puedan ser muy altas en el largo plazo. De hecho, el sistema fue diseñado suponiendo una rentabilidad real de un 4%, y esta fue la que se asignó a los Bonos de Reconocimiento. Además, las mismas Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), cuando calculan posibles jubilaciones futuras de sus afiliados, incluyen una rentabilidad real de 6%. Un economista de la Universidad de Chile, H. Cheyre, favorable al nuevo sistema, estima una rentabilidad de un 5% (ver *La Previsión social en Chile ayer y hoy*, Centro de Estudios Públicos, Santiago, 1991).

Más allá de las previsiones nacionales, un estudio de la CEPAL, dirigido por el economista Andras Uthoff (*Reformas al sistema de pensiones en América Latina y el Caribe*, Santiago, 1995), estima para Chile una rentabilidad cercana al 5%. Un es-

tudio de dos expertos de la OIT, C. Gillion y A. Bonilla (*La privatización de un régimen nacional de pensiones: el caso chileno*, Revista Internacional del Trabajo, 1992, N° 2, Ginebra), considera razonable una rentabilidad real neta de largo plazo de un 3%. En fin, esto no difiere mucho de los pronósticos del mismo Banco Mundial: una economista del Banco, Estelle James, experta en el tema y co-autora del famoso libro ya mencionado, nos decía en un seminario internacional que estimaba una rentabilidad real de largo plazo de un 3.5% a un 4.0% para los ahorrantes del sistema previsional chileno.

Nosotros mismos ya hemos planteado que, en el largo plazo, la rentabilidad real neta debería aproximarse al crecimiento del producto per capita porque, en definitiva, el mundo de las finanzas tiene que reflejar el desarrollo de la economía real (ver *La evolución del nuevo sistema de pensiones en Chile* en "Economía y Trabajo en Chile 1993-1994, PET, Santiago, 1994). Si el crecimiento per capita alcanzara a un 4% real a través de 30 o 40 años, lo que constituiría un logro extraordinario, la rentabilidad real neta se acercaría a esa cifra.

A este tipo de planteamientos se ha replicado diciendo que, cuando el mercado chileno se hace estrecho, es posible lograr mejores rentabilidades invirtiendo en el exterior. Sin embargo, esto genera dos tipos de problemas. Por un lado, no es fácil encontrar fuera del país instrumentos de inversión que sean a la vez muy rentables y muy seguros. De hecho, las AFP han invertido solo un muy pequeño porcentaje de sus recursos en el exterior: a pesar de su rápido crecimiento reciente, al fin del primer semestre de 1998 llegaban a US\$ 1.036 millones, un 3.51% del total.

Al 30 de junio de 1998 las inversiones de las AFP, cuyo valor había bajado a US\$ 29.519 millones, se distribuían así:

CUADRO 1

Inversiones de las AFP: 1998 (porcentajes)	
Instrumentos estatales	40.80
Sector financiero	31.62
Sector empresas	23.98
Instrumentos extranjeros	3.51

Fuente: Superintendencia de AFP.

Por otro lado, si se invierte en el exterior, los ahorros previsionales dejan de contribuir directamente al desarrollo nacional, que requiere de capitales de largo plazo.

Además, tampoco es cierto que las rentabilidades que se logran en el exterior sean muy altas, cuando se trata de grandes cantidades de dinero, que se manejan por largos períodos de tiempo. De hecho, el Fondo de los funcionarios de Naciones Unidas, que goza de la ventaja de una total extraterritorialidad para invertir, solo ha conseguido una rentabilidad real neta de 3.7% en los últimos 30 años.

En términos más generales, en cualquier diseño de un sistema de pensiones basado en la capitalización individual se plantea el problema de la estrechez del mercado de capitales. En Chile los Fondos de Pensiones representan ya alrededor del 40% del PIB; se estima que en el año 2004 representarán un 60%. ¿Dónde, en qué instrumentos seguros y rentables, será posible colocar una cantidad de dinero tan grande?

Es cierto que en los últimos 17 años el mercado de capitales en Chile se ha ampliado y diversificado, dando cabida a nuevos instrumentos en los cuales las AFP han podido colocar recursos. Pero este proceso tiene límites. Cuando las rentabilidades son muy altas, cuando los negocios son muy buenos, los inversionistas privados no buscan financiamiento a través del mercado accionario, sino que tratan de utilizar sus propios recursos o créditos que obtienen directamente. No es casual que en los últimos 5 años, en pleno "boom" del

crecimiento económico nacional, la rentabilidad neta de los Fondos haya sido poco más de un 6% real.

Ahora bien, el tema de la rentabilidad remite a dos proyectos de reforma que están actualmente en discusión en el Congreso Nacional. En primer lugar, frente a la preocupación por la baja rentabilidad experimentada por el Fondo en los últimos años, que en el trienio 1995-1997 llegó a un promedio ponderado de apenas 2% real, sin deducir los costos de administración, se ha planteado la conveniencia de constituir un **segundo Fondo**, integrado exclusivamente por instrumentos financieros de renta fija. A este Fondo solo podrían optar los afiliados a quienes les faltan 10 años para jubilar (a los 50 años las mujeres y a los 60 años los hombres). Así se evitaría el efecto de la caída de los instrumentos de renta variable en los últimos años, que afectaría negativamente a las jubilaciones para siempre.

No hay duda de que esta enmienda, aunque secundaria y muy tardía (ya en 1994 habíamos destacado el problema de la variabilidad del precio de las acciones para los que jubilan, en el documento mencionado más arriba), puede resultar positiva, evitando que la baja de los instrumentos de renta variable perjudique a quienes no pueden postergar la fecha de su jubilación. Sin embargo, resulta paradójico que no se extienda a todos los trabajadores la posibilidad de poner sus recursos en un Fondo de renta fija. Actualmente, los trabajadores chilenos están obligados a colocar sus ahorros para la Seguridad Social en instrumentos esencialmente inseguros, como son las acciones.

Las autoridades han planteado que no es posible por el momento extender a todos los afiliados la posibilidad de acceder a un segundo Fondo, porque eso podría generar un traslado masivo, provocando un derrumbe aún mayor del precio de las acciones. Este efecto es sin duda posible, pero su misma posibilidad revela qué frágiles son las bases del nuevo sistema de capitalización individual.

De hecho, para evitar una fuerte baja en los instrumentos de renta variable como consecuencia de una liquidación masiva, la re-

forma propuesta al Congreso considera un plazo de 5 años para la constitución definitiva del segundo Fondo. En este período, el sistema debería vender más de US\$ 2.000 millones en acciones, lo que ciertamente influiría en una tendencia a la baja del mercado respectivo.

Por otra parte, es necesario recordar que en los primeros años los recursos del nuevo sistema solo se podían invertir en instrumentos de renta fija. Solo a partir de 1985 se autorizaron las inversiones en acciones, para abrir nuevas posibilidades de obtener buena rentabilidad. ¿Por qué no se pensó entonces en abrir un segundo Fondo? ¿Por qué no existió preocupación por las fluctuaciones del mercado accionario y por los efectos negativos que su baja tendría entre los trabajadores que llegaban a la edad de jubilar? ¿Acaso se pensó, con un fundamento ideológico, pero no histórico ni realista, que los Fondos accionarios jamás tendrían rentabilidades negativas? ¿O no se pensó que la mayoría de las personas que llegan a la edad de jubilar no pueden esperar que la bolsa eventualmente vuelva a subir para tramitar entonces su jubilación? De hecho, cuando se han producido procesos de baja en el mercado bursátil las autoridades han recomendado a los trabajadores que posterguen sus trámites de retiro. Pero, ¿es esto posible para la mayoría, y sobre todo para los más pobres?

El segundo proyecto de reforma que se discute en el Congreso Nacional concierne al período de referencia para calcular la rentabilidad promedio de cada AFP. En la actualidad, el período de referencia es de 12 meses. Se plantea que, ante el riesgo de caer muy por debajo de la rentabilidad media, lo que las obliga a cubrir el déficit con sus propios fondos asumiendo la pérdida, las AFP prefieren no correr riesgos e invierten en los mismos instrumentos elegidos por las AFP más grandes. Esto es lo que se ha llamado "efecto manada". Para evitarlo, se propone que el período de referencia se extienda a 36 meses. Así podría producirse una mayor diversificación de las inversiones y mejorar la rentabilidad de los Fondos.

Esta medida correctiva es coherente con un sistema que, como cualquier sistema de pensiones, está diseñado para el largo plazo.

Sin embargo, ella no implica ninguna garantía de que los recursos previsionales no se perderán en el caso de que la rentabilidad promedio del mercado sea negativa. Así, pues, resulta paradójico que, mientras los ahorros de las personas en el sistema financiero cuentan con garantía estatal, los ahorros de los trabajadores para la seguridad social no cuentan con esa garantía. En el sistema chileno, el Estado interviene solamente cuando los recursos de las AFP son insuficientes para enfrentar las pérdidas provocadas por rentabilidades muy inferiores al promedio del mercado.

Frente a este problema, se podría constituir un Fondo que, utilizando una parte de la rentabilidad de los años buenos del sistema, garantizara al menos la mantención del valor real de los ahorros previsionales. Naturalmente, esta garantía debería tener un tope superior, lo que implicaría introducir algún grado de solidaridad al interior mismo del sistema. Y, al parecer, no existe una mayoría política suficiente para hacer reformas que vayan en una dirección solidaria; solo son viables las reformas tendientes a mejorar el funcionamiento del mercado.

LOS COSTOS DEL NUEVO SISTEMA

El problema de la rentabilidad neta remite también al problema de los costos. No es fácil hacer una comparación precisa entre los costos administrativos de un sistema de reparto y los que involucra un sistema de capitalización individual, porque los servicios prestados no son idénticos. Sin embargo, se puede al menos establecer una comparación gruesa.

Se estima que los sistemas de reparto tienen un costo de administración que oscila entre un 5% y un 10% de los aportes; en el caso de Alemania, llega a un 7% solamente. Los sistemas voluntarios y complementarios de capitalización previsional, como los que existen en Brasil y en diversos países de Europa Occidental, tienen costos que oscilan entre un 7% y un 8% de los aportes.

Pues bien, el sistema obligatorio de capitalización individual con administración privada que existe en Chile tiene un costo pro-

medio que equivale a un 24.5% de los aportes. En septiembre de 1997, según cifras de la Superintendencia de AFP, el costo previsional promedio llegaba a un 2.96% del ingreso medio. Pero esta cifra puede prestarse a equívocos. De hecho, el aporte de los trabajadores a las AFP era de un 12.1% (descontando el 0.7% que se destina al seguro de invalidez y sobrevivencia); dividiendo 2.96 por 12.1 se llega al 24.5%. De manera que el costo triplica lo que cuesta la administración de los sistemas de reparto e incluso la administración de los sistemas voluntarios de capitalización individual

Es cierto que el cobro de las AFP se realiza una sola vez, durante toda la vida laboral del trabajador, al momento de ingresar sus aportes. Después sus fondos son administrados sin nuevos cobros. Ya no existe una comisión por administrar los saldos, lo que evita que los trabajadores inactivos vayan perdiendo una parte de los aportes que hicieron anteriormente.

Sin embargo, este sistema de comisiones, además de ser muy elevado, implica un problema adicional: a medida que los trabajadores se acercan a la edad de jubilar, les conviene cada vez menos hacer aportes, porque les resultará muy difícil obtener una rentabilidad adecuada para recuperar el monto real de sus aportes. Por ejemplo, si un afiliado hace aportes mensuales por \$10.000, le descontarán por comisiones en promedio \$2.450, de manera que solo \$7.550 le serán depositados en su cuenta individual. Suponiendo que ese afiliado esté a 5 años de jubilarse y que la rentabilidad del Fondo sea de un 5% anual, al llegar a la edad de la jubilación habrá logrado reunir solamente \$ 9.636, en moneda del mismo valor. Es decir, habrá experimentado una rentabilidad negativa de un 3.6%.

En consecuencia, se produce la paradoja de que quienes en principio deberían estar más motivados para hacer contribuciones, porque se acerca para ellos la edad del "júbilo", son los más perjudicados por el sistema de comisiones.

No deja de ser sorprendente que este tipo de cálculos se estén haciendo y publicando actualmente en Uruguay, donde el sistema de capitalización individual recién comienza (en forma parcial y solo pa-

ra algunos trabajadores), y no se haga en Chile, donde el sistema lleva ya 17 largos años de existencia.

Así, pues, el problema existe en ambos extremos de edad: a los muy jóvenes cuesta motivarlos para hacer aportes, porque la edad de la jubilación está muy lejana; y a las personas maduras no se las debería motivar para hacer aportes, porque su rentabilidad será muy baja, nula o incluso negativa. Si frente a este problema se opta por cobrar según el saldo administrado, como propone el Banco Mundial y algunos altos ejecutivos de las AFP, se verán afectados todos los inactivos que alguna vez reunieron fondos y no están haciendo nuevos aportes.

Por otra parte, cuando nos referimos a que el costo previsional promedio era a fines de 1997 equivalente a un 2.96% del ingreso medio, tomamos el último dato disponible. En años anteriores el costo fue aún más elevado: 3.57% en 1982; 4.12% en 1987; 3.07% en 1992, siempre según cifras de la Superintendencia. Estos mayores costos deterioraron, por supuesto, las rentabilidades netas.

Además, en la medida en que el costo previsional incluye comisiones fijas, son especialmente perjudicados los trabajadores de ingresos más bajos; para ellos, el costo previsional se eleva por encima del 24.5% promedio. A pesar de que hace muchos años las organizaciones sindicales plantearon la necesidad de eliminar las comisiones fijas, esto no se ha hecho. Por el contrario, varias AFP que no cobraban comisión fija la han incorporado, en un monto no despreciable, en los últimos meses.

El alto costo del sistema de capitalización individual se debe en buena parte a los gastos de comercialización. De hecho, según datos de la Superintendencia de AFP, en 1997 las remuneraciones del personal administrativo representaron el 18.9% de los gastos; en cambio, las remuneraciones del personal de ventas llegaron al 36%, casi el doble. El costo anual de la "fuerza de venta" de las AFP llegó en 1997 a la enorme suma de 193.6 millones de dólares.

Es cierto que a fines de 1997 se establecieron ciertos requisitos mínimos para el traspaso de una AFP a otra (que habían alcanzado en un año prácticamente a la mitad de los cotizantes), lo que ha hecho disminuir el número de traspasos y de vendedores. Pero aún sigue siendo muy fácil cambiarse, sin costo individual, cada cuatro meses. Esto implica altos costos de comercialización y de "fuerza de venta" para el sistema. Para evitar este problema, se ha propuesto limitar aún más los traspasos, exigiendo una permanencia de al menos un año en una administradora, como se hace en Perú. Pero esto ha sido rechazado, con el argumento de que limitaría la competencia y la libertad de los usuarios.

De manera que nos encontramos con una nueva paradoja: el sistema de capitalización individual pretende otorgar mayor rentabilidad basándose en la competencia; pero la competencia capitalista tiene altos costos, que reducen la rentabilidad real de las cuentas individuales.

EL COSTO PARA EL ESTADO. PASADO, PRESENTE Y FUTURO

Uno de los problemas más graves que deben enfrentar los países que quieren instalar un sistema de capitalización individual es el de financiar los costos de la transición (ver CEPAL, op.cit.). Es por eso, entre otras razones, que algunos países latinoamericanos como Argentina y Uruguay han optado por un sistema mixto.

En el caso de Chile, la transición desde el antiguo sistema de reparto ha implicado un alto costo para el Estado. Este debió asumir el pago de las pensiones del sistema antiguo, que se quedó prácticamente sin nuevos ingresos, así como el pago de los Bonos de Reconocimiento a los que ya habían cotizado durante algunos años en el sistema de reparto. Además, el Estado debe asumir el complemento de las pensiones mínimas legales que garantiza a los afiliados al nuevo sistema que hayan cotizado al menos durante 20 años y cuyos fondos capitalizados no les permitan alcanzar la pensión mínima que establece la ley.

El déficit previsional estatal llegó en 1997 a 2.667 millones de dólares (en moneda de mayo de 1998). El 78% correspondió a aporte fiscal directo y el 22% a pagos de Bonos de Reconocimiento. La importancia de estos ha sido creciente; se estima que seguirá aumentando hasta el año 2009, a partir del cual empezaría a disminuir.

Conviene subrayar que el déficit previsional más que se duplicó entre 1987, cuando llegó a 1.306 millones de dólares, y 1997; pero, gracias al fuerte crecimiento económico, mantuvo su valor en relación al P.I.B.: 3.7%. Si la tasa de crecimiento económico desciende en los próximos años, como es muy probable, el déficit debería aumentar proporcionalmente.

Los déficits previsionales estatales, durante los 17 primeros años de funcionamiento del sistema, llegaron a la enorme suma de 26.359 millones de dólares (de mayo de 1998). Si a ellos se sumaran los intereses ponderados obtenidos en el período, se llegaría a una cifra bastante superior a los 30.000 millones de dólares acumulados por el sistema.

Sin embargo, las cifras del déficit fiscal no consideran los aportes que el Estado deberá hacer para completar las pensiones mínimas legales, cuando corresponda. No existen proyecciones claras al respecto. Las estimaciones referentes al número de afiliados que caerían por debajo de la pensión mínima legal oscilan entre el 30% y el 70%. Una parte importante de estos afiliados recurrirá a la garantía estatal para completar la pensión mínima legal, por haber cumplido el requisito de 20 años de cotizaciones.

Además, en la medida en que las pensiones mínimas legales se vayan reajustando por encima del IPC, como lo han hecho ya varias veces los regímenes democráticos, el recurso a la garantía estatal será más extendido. Al ir creciendo en términos reales, las pensiones mínimas van a ir alcanzando a las pensiones más bajas del nuevo sistema, lo que implicará un creciente compromiso de recursos del Estado.

AFILIADOS Y COTIZANTES

En el sistema de capitalización individual chileno, la afiliación es obligatoria para los trabajadores dependientes, y optativa para los trabajadores independientes, o para quienes se encuentren adscritos todavía al antiguo sistema de reparto. La afiliación permanece aunque la persona quede desocupada o se retire de la fuerza de trabajo. Esto último explica que el número de afiliados haya llegado a ser levemente superior a la fuerza de trabajo, ya que incluye a personas inactivas.

A septiembre de 1997, el número de cotizantes había llegado a 3.209.278, es decir, un 56.2% del total de afiliados, que llegaban a 5.714.689, según datos de la Superintendencia. Si se considera la relación con la fuerza de trabajo, la cobertura es levemente superior: 58.2%. Por otra parte, en el antiguo sistema cotizaba todavía a fines de 1997 poco más de un 4% de la fuerza de trabajo. De manera que aproximadamente un 37% de los trabajadores están excluidos o semi-excluidos de los sistemas de pensiones.

Aunque la cobertura total alcanza a cerca del 63% de la fuerza de trabajo, algunos plantean que un 65% o 70% de los afiliados no reunirán fondos suficientes para alcanzar una pensión equivalente a la mínima legal. Esto se debe a las lagunas e intermitencias. De hecho, aunque no existen cifras al respecto, es posible que solo un 30% o 35% de los afiliados cotice regularmente durante toda (o casi toda) su vida laboral; los demás serían contribuyentes intermitentes u ocasionales.

Los pronósticos pesimistas se basan también en previsiones de rentabilidad real de las cuentas individuales modestas o bajas (de 4%, 3% o menos), en el largo plazo. Unidas estas tasas al bajo monto y al carácter irregular de los aportes, resultaría muy difícil que la mayor parte de los afiliados lograra reunir los fondos necesarios para conseguir la pensión mínima legal.

De hecho, el nuevo sistema de pensiones, como los de reparto, está afectado por el aumento del empleo informal o precario. Es-

te es un fenómeno internacional, ligado al proceso de globalización, pero que se da con mayor fuerza en América Latina. Un reciente informe de la OIT (*Panorama Laboral*, 1997, Lima) destaca que en esta región alrededor de 85 de cada 100 nuevos puestos de trabajo están situados en el sector informal.

En estos países, resulta prácticamente imposible obligar a los independientes y a los informales a que coticen para sus futuras pensiones. Si no están obligados, ellos prefieren el consumo presente, que les permita satisfacer sus necesidades básicas; o un sistema de ahorro que esté más disponible y que no exija esperar hasta los 60 o 65 años para tener algún beneficio; o una inversión en vivienda o en capital de trabajo.

Además, las tasas de rentabilidad bajas, e incluso negativas, del sistema de capitalización individual en los últimos años desalientan a cualquier independiente o informal que quiera empezar a cotizar. Más aun en la actualidad, fines de 1998, cuando las tasas de interés real de los instrumentos de renta fija en el mercado financiero son muy altas.

A nuestro juicio, los pocos independientes que cotizan en este sistema lo hacen básicamente por dos razones: o bien por razones de salud, ya que no pueden afiliarse al FONASA (Fondo Nacional de Salud) sin afiliarse a la vez al sistema de AFP; o bien para completar los 20 años necesarios para gozar de la garantía estatal referente a la pensión mínima legal.

Por lo demás, resulta paradójico que a los trabajadores de ingresos medios o altos se les permita cotizar solamente para la salud, en las ISAPRES, y en cambio a los de ingresos bajos, a los más pobres, que no son admitidos en las ISAPRES, no se les permita cotizar solamente para la salud en FONASA, sino que les obliga a cotizar simultáneamente en las AFP.

LAS PENSIONES EN EL NUEVO SISTEMA

Al cabo de algunos años de aplicación del nuevo sistema en Chile, la Superintendencia intentó demostrar que las jubilaciones re-

sultaban mejores que en el sistema de reparto. Posteriormente, se ha limitado a publicar sus propias cifras, sin comparaciones, lo que nos parece muy pertinente.

De hecho, las pensiones entregadas por el nuevo sistema están todavía muy influidas por los Bonos de Reconocimiento. Además, incluyen un sesgo de selección, ya que en general han optado por jubilar los que pueden lograr una pensión relativamente conveniente.

A fines de 1997, las pensiones pagadas por "vejez anticipada" alcanzaban a 90.480, superando ampliamente las 65.695 pensiones de vejez por edad. Las primeras tenían un monto promedio de \$138.634; las otras, de solo \$84.258 (unos 330 y 200 dólares, respectivamente).

Aunque no se trata de las mismas personas, es conveniente destacar que en esa misma fecha el ingreso promedio alcanzaba a \$245.104 dólares (unos 580 dólares). De manera que aquellas pensiones representaban un 57% y un 34% del ingreso promedio imponible. Esta gran diferencia entre las pensiones medias y el ingreso imponible promedio se debe principalmente a las lagunas e intermitencias de las cotizaciones. A futuro, esta diferencia podría aumentar todavía más, si la rentabilidad del Fondo y de las cuentas individuales tiende a bajar, como ha sucedido en los últimos años.

Por otra parte, es necesario subrayar que las cifras entregadas por la Superintendencia constituyen promedios. No se sabe con precisión cuáles son los tramos de las pensiones. Sin embargo, se puede suponer razonablemente que un 60% de los pensionados reciben montos inferiores al promedio; en el caso de las pensiones de vejez, montos inferiores a \$84.258. Si se tiene en cuenta que, con el reajuste ya aprobado por el Congreso, las pensiones mínimas legales llegarán a \$73.000 a partir del 1º de enero de 1999, es muy probable que muchas de las pensiones bajas del nuevo sistema sean alcanzadas por las pensiones mínimas legales.

Por el contrario, es posible que las personas de altos ingresos, que hayan realizado imposiciones durante todo el período en el nue-

vo sistema y que cuenten con un buen Bono de Reconocimiento, estén recibiendo pensiones elevadas. Pero, sin lugar a dudas, ellas constituyen una minoría.

En síntesis, en lo que se refiere al monto de las pensiones, que es un elemento clave de cualquier sistema, no se puede sostener que la capitalización individual en Chile haya dado resultados satisfactorios.

Es cierto que el bajo nivel de las pensiones medias no se puede atribuir enteramente a las deficiencias del nuevo sistema, como son los altos costos de administración. Pero también es cierto que la capitalización individual no ha logrado, como se lo proponía, superar la evasión y la elusión previsional.

De hecho, a pesar de que ya no está vigente el sistema de reparto, que calculaba las pensiones solo en función de lo cotizado en los últimos 5 años de vida laboral, es muy frecuente que las imposiciones se hagan por el sueldo mínimo legal, o por una suma inferior a la remuneración real, a través de un acuerdo entre el empleador y el empleado. Este tipo de evasión es muy difícil de detectar y de sancionar.

Por otra parte, en muchos casos los trabajos se realizan por tratos o faenas, por una suma global, lo que permite eludir las cotizaciones previsionales. Cuanto más se extiende el sistema de subcontratación, más fácil resulta eludir las contribuciones a la seguridad social.

Por último, según la normativa chilena, los empleadores pueden declarar las cotizaciones previsionales, pero retrasar el pago, sometiéndose posteriormente a reajustes y multas. Los trabajadores han protestado enérgicamente contra esta práctica, por considerarla, con razón, una apropiación indebida de sus ahorros previsionales. En el caso de quiebra de las empresas, los trabajadores pueden perder todo lo que se les debe. Se estima que el monto adeudado corresponde a cerca de 300 millones de dólares. Como es evidente, la pérdida de estos recursos influye en un deterioro aún mayor de las pensiones.

En síntesis, a pesar de que han transcurrido ya 17 años, todavía es muy pronto para saber cuál será el resultado del sistema de capitalización individual en términos del monto de las pensiones otorgadas y de la tasa de sustitución (con respecto a las remuneraciones). Pero no hay duda de que los datos ya disponibles son preocupantes.

CONCENTRACIÓN ECONÓMICA

El sistema de capitalización individual se inició en 1981 con 12 AFP, las que en los años siguientes se multiplicaron, llegando a 22 a inicios de los 90. Pero luego se ha producido un proceso de reconcentración, de tal manera que al fin del primer semestre de 1998 se habían reducido de nuevo a 12. Es evidente que las economías de escala favorecen a las más grandes, lo que fuerza a la fusión o a la desaparición de las más pequeñas.

CUADRO 2
Activos de los Fondos de pensiones por AFP
(al 30 de junio de 1998, en millones de dólares)

Provida	6.860
Habitat	5.972
Cuprum	4.999
Santa María	3.670
Protección	2.781
Summa	2.205
Bansander	1.364
Planvital	773
Magister	355
Aporta	197
Fomenta	172
Qualitas	171
Total	29.529

Fuente: Superintendencia de AFP.

No cabe duda de que el proceso va a continuar en la misma dirección. Es así como Aporta y Fomenta, dos de las más pequeñas, se han fusionado en el segundo semestre de 1998. También lo han hecho Summa y Bansander (esta última, propiedad del Grupo Internacional del Banco Santander). Qualitas está estudiando su fusión con Magister.

Las 3 AFP más grandes concentraban el 60.4% de los fondos; las 6 más grandes alcanzaban al 89.7% del total. En el otro extremo, las que han sido constituidas por organizaciones laborales, como Magister, Aporta y Fomenta, controlan solamente un 2.5%, una proporción ínfima de los activos.

Como es evidente, la administración de estas inmensas sumas otorga a las grandes AFP un enorme poder económico. La Superintendencia ha tratado de poner controles, prohibiendo que los directores de las administradoras, o personas muy próximas a ellos, sean nombrados directores en las empresas en las cuales se colocan los recursos previsionales. Pero, en la práctica, la utilización de informaciones privilegiadas para uso personal o político es imposible detectar; es "impillable", como nos decía un analista alemán, buen conocedor de la realidad chilena.

Ya hemos señalado que, en el debate europeo, cuando se ha discutido la posibilidad de implantar sistemas de capitalización individual, ha surgido inmediatamente el problema de cómo controlar la administración de los enormes capitales que se acumularían.

En esferas del gobierno se ha planteado la posibilidad de incorporar a los trabajadores en los directorios de las AFP. Pero esta medida, además de los obstáculos que pondrían los dueños del capital de estas empresas, se enfrenta al problema de la forma adecuada de representación de los afiliados y de participación efectiva en la toma de decisiones. Si existiera la posibilidad de afiliaciones colectivas de todos los trabajadores de una gran empresa, o de muchas pequeñas empresas articuladas, el problema sería menos complicado. Pero el sistema chileno solo admite la afiliación individual.

En el ámbito sindical, más allá de lanzar duras críticas al sistema de capitalización individual, por su falta de solidaridad intra e inter generacional, la Central Unitaria de Trabajadores ha propuesto recientemente la creación de una AFP estatal, como las que existen en otros países latinoamericanos (Argentina, Uruguay). La existencia de una entidad pública, que gozara de una amplia confianza de los trabajadores, podría permitir atraer a grandes cantidades de afiliados, contribuyendo así a bajar los costos mediante economías de escala. Además, permitiría evitar que la casi totalidad de los recursos previsionales de los trabajadores, que les son descontados obligatoriamente, sean administrados por empresas privadas que tienen intereses económicos y políticos diferentes de los del mundo del trabajo.

Es cierto que la "privatización forzosa" de la administración de los ahorros previsionales ha provocado un fuerte rechazo del sindicalismo chileno desde los inicios del nuevo sistema de pensiones, de manera que la propuesta de la CUT podría lograr un amplio respaldo laboral. Sin embargo, también es cierto que ella encontrará sin duda una gran resistencia no solo entre los dueños de las AFP privadas, sino también en el Congreso Nacional, donde la Concertación carece de mayoría en el Senado.

Hasta el momento, en los 17 años de funcionamiento del sistema, las reformas legales que se han logrado aprobar en el Congreso han debido superar muchos obstáculos y han sido de importancia muy secundaria.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

La iniciativa del gobierno militar chileno de poner en marcha a partir de 1981 un sistema de pensiones basado en la capitalización individual, con administración privada, ha suscitado un extraordinario interés, no solo en diversos países de América Latina, sino también en variadas regiones del mundo. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que, después de estos 17 años de experiencia, son muy pocos los países que se han adentrado por el mismo camino, y

prácticamente en ningún caso el modelo elegido ha sido tan ortodoxo como el chileno. Esto ha sido así, a pesar de que los expertos del Banco Mundial han promovido un modelo de tres pilares que, en lo sustancial, corresponde al que se implantó en Chile.

En la Unión Europea, los debates sobre los sistemas de pensiones han sido muy amplios, incluyendo los problemas demográficos, el ahorro y el crecimiento económico, la equidad y la justicia, los problemas financieros, los métodos de financiamiento. Esos debates nos han llevado a la conclusión de que el sistema de capitalización individual permitiría resolver los problemas que enfrenta actualmente la Seguridad Social.

En el caso de Chile, la transición demográfica que se ha estado viviendo y que se prolongará en las próximas décadas, tendrá efectos muy importantes no solo en el monto de las pensiones sino también en los costos que deberá asumir el Estado. Si bien es cierto que los compromisos del Estado pueden ser menores en un sistema de capitalización individual, no es menos cierto que también con este sistema el envejecimiento de la población producirá una tendencia a la baja del monto de las pensiones.

Por otra parte, en Chile no existen evidencias de que la capitalización individual haya contribuido efectivamente al aumento del ahorro nacional neto. Los fondos acumulados en el sector privado tienen como contrapartida grandes déficits fiscales previsionales. Y tampoco es claro que estos déficits previsionales vayan a disminuir significativamente en el mediano plazo. Esto viene a confirmar las conclusiones de los debates teóricos europeos, en el sentido de que no hay pruebas concluyentes de que un sistema de pensiones basado en el reparto contribuya menos al ahorro nacional que uno de capitalización individual.

Tal vez el principal problema que presenta este sistema, ya en el presente y aún más en las perspectivas de futuro, es la falta de solidaridad intra e inter-generacional. A diferencia del reparto que, más allá de sus limitaciones y de sus deformaciones, ha sido diseñado sobre la base de la solidaridad social, el sistema de capitalización

chileno se funda solamente en los aportes de los individuos; si algo persiste de solidaridad, de previsión "social", ella es extra-sistémica: proviene del Estado, que aporta recursos generales de la nación.

A pesar de los largos años transcurridos, el nuevo sistema chileno sigue siendo muy costoso, mucho más caro que los sistemas de reparto, o que los sistemas de capitalización individual voluntaria y complementaria. La competencia entre las diferentes administradoras privadas ha implicado gastos muy elevados, que no han sido compensados por diferenciales significativos de rentabilidad.

Las previsiones de rentabilidad real de las cuentas individuales, en el largo plazo, son modestas, por decir lo menos. Si a esto se suman los altos costos administrativos y el hecho de que la contribución para las pensiones corresponde solamente a un 10% de las remuneraciones brutas, no se puede esperar que las pensiones sean muy elevadas. En el caso de quienes tienen grandes lagunas previsionales, o contribuciones intermitentes, no cabe duda de que sus pensiones futuras serán muy bajas.

Las mujeres, que reciben normalmente remuneraciones inferiores a las de los hombres, que tienen empleos más precarios, que pueden jubilar cinco años antes, que tienen una mayor esperanza de vida, tendrán ciertamente pensiones particularmente bajas.

Aunque todavía no existe un número relevante de jubilados cuya pensión provenga solamente de la capitalización individual –lo que impide hacer comparaciones válidas con el antiguo sistema–, hay que señalar que los datos respecto a las pensiones de origen "mixto" que se están pagando, son preocupantes: a pesar de la rentabilidad relativamente alta del Fondo en el promedio ponderado de los primeros 17 años del nuevo sistema, solo se han otorgado pensiones que, en promedio, alcanzan a 200 o 300 dólares mensuales, según los tipos. En un país cuyo ingreso promedio per capita llega a 5.000 dólares anuales, esas cifras son ciertamente muy bajas.

Por último, y quizás lo más importante, el sistema de capitalización individual ha generado una gran concentración del poder

económico, en manos de administradoras privadas nacionales y extranjeras, que no han demostrado gran eficiencia y son muy difíciles de controlar. El hecho de que este poder provenga del manejo de los fondos que se les retienen obligatoriamente a los trabajadores para su seguridad social futura, ha provocado un fuerte rechazo de las organizaciones sindicales, desde los orígenes hasta nuestros días.

Sin embargo, dado el "bloqueo político" que ha generado la Constitución chilena de 1980, actualmente en vigencia, es muy poco probable que se produzcan reformas profundas en el corto y mediano plazo al nuevo sistema de pensiones. Pero eso no significa que esté legitimado social y políticamente.

Solo en el largo plazo, cuando crezcan y se extiendan los problemas que ya han empezado a surgir, es probable que se puedan plantear efectivamente cambios de fondo. En el corto y mediano plazo, lo más probable es que se vayan introduciendo pequeñas enmiendas, no irrelevantes, pero secundarias y de efecto muy lento.

Pero habrá sin duda otros países en América Latina que, a través de un debate verdaderamente democrático, podrán realizar las reformas a sus sistemas de pensiones que más convienen a las grandes mayorías nacionales.

Santiago de Chile, septiembre de 1998.

**LA REFORMA DE SALUD EN CHILE
ANÁLISIS Y PERSPECTIVAS**

LA REFORMA DE SALUD EN CHILE: ANÁLISIS Y PERSPECTIVAS

*Dra. María Cecilia Acuña Díaz**

INTRODUCCIÓN

Los procesos de Reforma en Salud en América Latina constituyen un desafío difícil de abordar, dada la complejidad técnica de los problemas a resolver y la gran cantidad de variables del ámbito social y político involucradas. Es por ello que en dichos procesos han surgido con frecuencia distintas visiones en cuanto al qué hacer y a cómo intervenir, planteando la necesidad de destinar esfuerzos a la generación de consensos en torno a las áreas claves de dichas reformas. El caso chileno no ha sido la excepción.

El presente artículo pretende hacer claridad acerca de algunas características del proceso de reforma de salud en Chile y específicamente intenta relevar dos aspectos: en primer término, que la reforma en salud de los noventa no ha provocado cambios estructurales en el sistema, sino que se ha centrado en la generación y aplicación de instrumentos para mejorar la gestión y distribución de recursos al interior del subsector público de salud; en segundo término, que en este proceso ha surgido la figura del usuario como el nuevo centro de las preocupaciones del sistema. Ambas tendencias no han

* La Dra. Acuña es Médico-Cirujano, Magister en Ciencias Médicas y Diplomada en Gestión de Instituciones de Salud. Actualmente se desempeña como Encargada de Relaciones Internacionales del Fondo Nacional de Salud de Chile.

surgido por azar, sino por motivos ligados a la irrupción de las ciencias de la economía en el terreno de la salud pública, a la mejora de los indicadores generales de salud y de las condiciones socioeconómicas de los chilenos y a que las expectativas de los ciudadanos respecto de los servicios de salud a recibir han aumentado por sobre los avances reales en este ámbito, generando descontento en la ciudadanía respecto de la atención en salud.

ANTECEDENTES

Es necesario hacer notar que la actual reforma al sistema de salud chileno responde a un proceso iniciado en décadas anteriores. En efecto, se puede afirmar que la última gran reforma de salud en Chile tuvo lugar en la década del ochenta, bajo el régimen militar. Centrada principalmente en aspectos organizacionales y de gestión, dicha reforma apuntaba a modificar ciertos elementos claves del modelo de salud imperante en el país hasta entonces. Esos elementos eran la integralidad, unidad de mando y administración del sistema, el principio de la solidaridad, el principio de la gratuidad y la visión del Estado como gran proveedor de servicios y prestaciones de salud. Los cambios más importantes introducidos por el gobierno militar, fueron:

- La reorganización del sistema de salud en 1980, que lo descentraliza y da origen al Sistema Nacional de Servicios de Salud tal como se le conoce hoy, sustituyendo al Servicio Nacional de Salud.
- El traspaso de la administración de los Consultorios de Atención Primaria a los Municipios, generando un subsistema de coadministración y cofinanciamiento de estos establecimientos por parte de los Municipios y del Ministerio de Salud, donde la responsabilidad administrativa recae sobre el Municipio y la tutoría técnica radica en el Ministerio de Salud.
- La creación del sistema de seguros privados (Isapres), con la introducción de planes de aseguramiento individual y no solidario y la lógica de administración de seguros de salud con fines de

lucro. Este sistema fue promovido y apoyado activamente por el régimen militar en su creación y consolidación, brindándole un piso de financiamiento que asegurara su supervivencia y dejándolo sin regulación alguna por un lapso cercano a los 10 años, ya que el organismo regulador (Superintendencia de Isapres) fue creado recién en 1990.

La opción por el fortalecimiento del sector privado de seguros y prestadores de salud, asociada a la crisis económica de los ochenta, se tradujo en una fuerte reducción del aporte fiscal y en una baja tasa de inversión en equipamiento e infraestructura para el subsector público de salud, con el consecuente deterioro de los establecimientos asistenciales públicos. Ello, junto a la oferta creciente de servicios privados, implicó la pérdida de los afiliados de mayores ingresos para el sector público de salud, lo cual contribuyó aún más al empobrecimiento de éste.

Por otra parte, desde los años '70 la población chilena ha experimentado una serie de cambios en sus condiciones sanitarias y sociodemográficas, encontrándose en la actualidad en una situación epidemiológica caracterizada por un aumento de la población mayor de 65 años y por el predominio de enfermedades crónico-degenerativas, con indicadores biodemográficos satisfactorios en promedio pero con grandes desigualdades según región geográfica y tramos de ingreso, donde el daño en salud se concentra en la población más pobre, menos educada y residente en comunas con mayor proporción de ruralidad¹.

Este escenario epidemiológico coexiste aún hoy con un modelo de atención de salud centrado en el binomio madre-hijo -tal como fue diseñado hace aproximadamente treinta años, cuando ése era el problema prioritario de salud a atender en el país- donde la mayor parte de las intervenciones, particularmente a nivel prima-

1 Dras. Concha, Marisol y Aguilera Ximena "Apuntes para una epidemiología de la desigualdad". Estudio presentado en *"Equidad y Eficiencia en la toma de decisiones en salud"*. Publicación del Ministerio de Salud de Chile. Santiago, junio de 1998.

rio, están orientadas fuertemente hacia la mantención y/o mejoría de los indicadores de salud materno-infantil, área cuyo éxito constituye uno de los logros más espectaculares de la Salud Pública chilena. Este modelo de atención, exitoso en el pasado, no resulta hoy adecuado para responder a las nuevas prioridades de salud².

LA REFORMA EN SALUD DE LOS NOVENTA

Dada esta situación, el primer gobierno democrático post régimen militar optó por una estrategia sectorial fuertemente orientada hacia la inyección de recursos al sector público de salud, con el fin de acceder a un mejoramiento de sus condiciones³.

Durante esa administración sin embargo, se comenzó a vislumbrar la existencia de dos visiones respecto del proceso en marcha: una, que estimaba que el aporte de recursos por sí solo resolvería gran parte de los problemas del sector y que, por lo tanto, lo central era recuperar los niveles históricos de aporte fiscal e introducir mejorías sustanciales en los salarios y el entorno laboral de los funcionarios del sistema, ya que la atención a la población mejoraría en forma automática como resultado de una mayor motivación de los equipos de salud. Y otra, que percibía que el solo aporte de recursos resultaba insuficiente para resolver los diversos problemas organizacionales y de gestión existentes al interior de las instituciones que componen el Sistema y que era indispensable llevar a cabo un proceso de modernización de la gestión financiera y de recursos humanos, así como de la provisión de servicios y prestaciones de salud al interior del sector público. Ambas miradas persisten hasta hoy.

Como producto de lo anterior, en la política gubernamental en salud durante la década del noventa se pueden identificar dos fases:

- 2 "Diagnóstico de la Situación de Salud en Chile 1995". Plan de Salud, Ministerio de Salud, Santiago de Chile, 1995.
- 3 De hecho, el Gasto Público en Salud en Chile fue de US\$ 790.028.261 en 1989 y US\$ 1.616.228.261 en 1996, con un gasto per cápita de US\$ 80 en 1989 y de US\$ 184 en 1996.

- Una primera fase centrada en la inyección de recursos, incluyendo un plan de reposición y construcción de hospitales a lo largo del país, un programa de equipamiento e introducción de tecnología para las actividades clínicas y para el manejo administrativo de los establecimientos de salud y sucesivas mejoras salariales a los funcionarios de dichos establecimientos de salud.
- Una segunda fase, orientada hacia la introducción de cambios metodológicos, organizacionales y de gestión, particularmente en el ámbito de la gestión financiera (incorporando nuevos instrumentos para mejorar la asignación de recursos al interior del sector público), en la relación entre las diversas instituciones al interior del sistema (definiendo nuevos roles para ellas acuerdo al principio de la separación de funciones⁴) y en la definición de las prioridades y programas sanitarios para el país.

De este modo, en el proceso de reforma en salud de los noventa en Chile se puede distinguir una reforma financiera, una reforma sanitaria centrada en lo programático y una reforma organizacional orientada hacia una radicación más exacta de roles y funciones al interior del sistema, con gran énfasis en el desarrollo del rol regulador del Estado en salud.

En todo caso, el aspecto más fuerte de la reforma en salud chilena de los noventa ha sido sin duda el relativo a los instrumentos financieros. Ello se debe probablemente a dos causas: en primer término, al estado de deterioro y la delicada situación económica en la cual se encontraban los establecimientos del sistema público, lo cual obligó a centrar esfuerzos en la generación de instrumentos de control y recuperación de costos; en segundo término, al perfil de un número importante de profesionales que llegaron al sector salud como parte de los equipos de las nuevas administraciones, los cuales, a diferencia de aquéllos que tradicionalmente se ocupaban del diseño de políticas sectoriales, no eran profesionales de la salud, sino del

4 Entendiéndose por funciones clave del sistema de salud las de Regulación, Provisión y Aseguramiento o Compra de prestaciones de salud.

área de las ciencias económicas. Un factor adicional que puede haber resultado determinante en la dirección que adquirió este proceso de reforma, dice relación con las orientaciones de las entidades que apoyaron financieramente el proceso en sus inicios y que, en menor medida, siguen brindando su apoyo hoy en día. Estas entidades son fundamentalmente el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo.

En el aspecto programático, se tomó como punto de partida una propuesta de priorización de los problemas sanitarios del país utilizando una nueva metodología⁵. A través de ella, se seleccionaron 43 enfermedades que representan el 75% del total de enfermedades en el país⁶. Luego, aplicando criterios de costo-efectividad y vulnerabilidad, se determinaron las intervenciones más eficientes, tanto desde la salud pública como desde la clínica, para abordar dichas enfermedades. Este análisis se sometió a un nuevo cruce con variables socio-económicas, espacio-poblacionales, de acceso a servicios y de entorno ambiental. Este ejercicio permitió definir 16 prioridades de salud para el país⁷, en torno a las cuales se planea focalizar la mayor parte de los recursos sectoriales.

En el ámbito de la gestión financiera, los cambios emprendidos se orientaron en dos direcciones: por un lado, a generar mecanismos más eficientes y equitativos de distribución de recursos y por otro, a consolidar al Fondo Nacional de Salud como el Seguro Público y Solidario de Salud y como una alternativa atractiva no sólo para los más pobres, sino también para los estratos medios de la población y para grupos especiales, como los de la tercera edad.

5 Específicamente el cálculo de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (método AVISA) cruzado con el Índice de Años de Vida Potencialmente Perdidos por Región Geográfica (AVPP), la Mortalidad Ajustada por Sexo y Edad por Región Geográfica y el Índice de Desarrollo Humano Regional.

6 Para ello se utilizaron datos estadísticos disponibles correspondientes al año 1993.

7 "Estrategias Innovadoras en Salud: La Reforma Programática y Financiera Chilena" División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud, Chile, 1998.

En cuanto a la radicación de roles y funciones, se explicitaron los roles institucionales al interior del sistema público⁸, estableciendo que al Ministerio de Salud le corresponde el rol rector, normativo y de elaboración de políticas; al Fondo Nacional de Salud el rol de la gestión financiera y a los Servicios de Salud Regionales el rol de Autoridad Sanitaria local, responsable de la provisión de bienes de Salud Pública y de las atenciones de salud en cada región⁹. En este contexto se creó un instrumento de gestión importante llamado "Compromisos de Gestión", que establece un proceso de negociación entre las diversas instituciones del sistema y el Ministerio de Salud, a través del cual dichas instituciones comprometen actividades y contra esa promesa se les asigna un presupuesto, evaluándose posteriormente el porcentaje de cumplimiento de las actividades.

El nuevo Paradigma

A lo largo de este proceso ha surgido una nueva visión respecto de cuál debería ser el centro de preocupación del sistema de salud. Históricamente, al menos en el sector público, la política de salud ha estado orientada hacia la satisfacción de las necesidades de los prestadores de salud, bajo la lógica, como ya se ha mencionado, de que al mejorar sus condiciones salariales y de entorno laboral, mejoraría de manera automática la atención de salud a la gente. Los escasos resultados obtenidos con esta estrategia en cuanto a volumen y calidad de las atenciones de salud, sumados a la creciente insatisfacción de las personas beneficiarias o usuarias de dichas atenciones, han conducido hacia una revisión de esta lógica, apareciendo la figura del ciudadano beneficiario o usuario de los servicios de salud como el nuevo eje de las políticas públicas para el sector. La fuerza con que ha aflorado esta opción y el apoyo que ha encontrado en los ciudadanos, particularmente en aquellos que se atienden en el sistema público, ha sido producto de las nuevas expectativas

8 Las instituciones ya ejercían la mayoría de estas funciones, pero con poca claridad en cuanto a la responsabilidad específica sobre cada función.

9 Y por lo tanto, responsable del funcionamiento de los hospitales y otros establecimientos asistenciales ubicados en su espacio territorial.

de los chilenos respecto de lo que el sistema de salud debiera entregarles y de su creciente conciencia en cuanto a sus derechos como consumidores y usuarios de servicios.

Este cambio paradigmático representa además un interesante espacio de desarrollo y profundización de la democracia, al situar al Estado como un defensor de los derechos de las personas a recibir mejores atenciones de salud, en oposición a la figura del Estado centrado en sí mismo y poco accesible a las demandas de los ciudadanos.

Las debilidades del proceso de reforma de los noventa

Avalado por un gran desarrollo conceptual y por la aplicación de ciertos instrumentos técnicos que han modificado efectivamente el modo de hacer las cosas en áreas clave de la gestión en salud, el proceso de reforma de los noventa en Chile ha encontrado sin embargo obstáculos que tienen que ver principalmente con la falta de consenso político respecto de cómo seguir avanzando y la resistencia y desconfianza de los gremios sectoriales frente a los cambios emprendidos.

Las debilidades del proceso por su parte, radican en la escasa capacidad de comunicar los contenidos de los cambios y mostrar la conveniencia de realizarlos; en una ausencia de estrategias claras para convertir en aliados a los funcionarios del sector público de salud y lograr su apoyo y el de sus organizaciones gremiales así como de incorporar al sector privado; y en un desarrollo casi inexistente de políticas de administración de los Recursos Humanos a nivel de los establecimientos del sistema público, ámbito que es el más retrasado de la reforma en salud chilena. Todos esos factores han demostrado su poder de modificar el itinerario de reformas propuesto.

En relación a las condiciones del entorno que rodean la reforma del sector salud, el apoyo de actores políticos claves ha resultado determinante para la consolidación del proceso en algunas áreas y su

retraso en otras. Por otra parte, como se ha mencionado, las expectativas de los ciudadanos han comenzado a jugar un rol importante en la evaluación pública del proceso de reforma, por cuanto dichas expectativas han aumentado muy por sobre los avances realizados y dan cuenta de la paradoja de la insatisfacción creciente de las personas respecto de la atención de salud, a pesar de que en términos objetivos ésta ha mejorado notablemente.

En síntesis, se puede decir que la reforma en salud en Chile es un proceso en evolución que en la presente década se ha centrado en fortalecer y modernizar el sector público. En este esfuerzo, los mayores desafíos enfrentados en la actualidad son, por un lado, las complejas interacciones e intereses sociales, gremiales y políticos que tensionan y modifican las decisiones técnicas y por otro, la dificultad de arribar a un consenso técnico-político en cuanto a la dirección que debe tomar el proceso en el futuro inmediato, particularmente en lo relativo a la complementaridad público-privada y a los grados de autonomía en la administración de los recursos humanos, tecnológicos y financieros. Todo lo cual indica que este proceso está aún lejos de terminar.

**LAS REFORMAS DE
LOS SISTEMAS
DE PENSIONES**

LAS REFORMAS DE LOS SISTEMAS DE PENSIONES

Francisco Javier Romero Montes

INTRODUCCIÓN

La Seguridad Social, entendida como sistema, no es sino un conjunto de medios, mecanismos o estrategias para prevenir las contingencias sociales o afrontar las consecuencias de las mismas en el caso que sobrevengan. Esas contingencias a las que están sujetas todos los seres humanos son entre otras, la enfermedad, la maternidad, el accidente, la invalidez, la vejez, la muerte, el desempleo, las cargas de familia, o simplemente el estado de pobreza.

Los sistemas de seguridad social, en la solución de estas contingencias han jugado un gran papel durante el presente siglo, sobre todo en los países europeos. Pero en los momentos actuales afronta serias dificultades, a tal punto que existen dudas acerca de su viabilidad y eficacia.

Las causas visibles del problema tienen que ver con las transformaciones estructurales de la economía y los cambios producidos en el ámbito social. Se piensa que la magnitud de los recursos dedicados a la seguridad social, es una de las causas principales de la crisis económica y que la generosidad de sus prestaciones desmotiva a sus beneficiarios a una plena participación en el desarrollo de la economía. Estas consideraciones, y otras más, han dado lugar a un conflicto entre el crecimiento económico y la protección social.

En lo que concierne a las pensiones, que son prestaciones de la seguridad social, y que es objeto de la presente ponencia, es ne-

cesario tener en cuenta las siguientes consideraciones en la elaboración de un diagnóstico:

1. Cambios Demográficos

Uno de los cambios más generalizados en la mayoría de los países es de carácter demográfico. La mejora de las condiciones de vida por diferentes factores tales como la evolución de la medicina, dietas alimenticias adecuadas y demás medidas ambientales y sanitarias han disminuido las tasas de mortalidad y han prolongado la expectativa de vida.

Las tasas de fecundidad han disminuido debido a la difusión de procedimientos de control de natalidad. En otros casos, son los Estados los que promueven esas políticas por razones económicas y sociales.

La combinación de estos factores ha originado un rápido incremento del envejecimiento de las poblaciones, es decir un sustancial aumento de las personas en situación de vejez y una reducción de la población activa que soporte la carga de la pasiva. Todo esto se acentúa por el mayor tiempo de vida pasiva, lo que conlleva un mayor gasto de su sostenimiento a través de la seguridad social y un menor ingreso por concepto de recursos financieros.

En los sistemas de pensiones de capitalización colectiva o reparto, la solución técnica al problema pasa por un incremento de las tasas de aportación o el apoyo financiero del tesoro público de los países.

2. Un Nuevo Perfil de la Economía

Los cambios tecnológicos en materia de producción de bienes y servicios, transporte, comunicaciones, etc. han dado un nuevo perfil a la economía actual, la misma que se ha internacionalizado, se ha globalizado, se ha mundializado. Ese nuevo perfil está caracterizado por la apertura de las fronteras que permite un aumento, en el comercio mundial, de bienes y servicios y movimiento de capitales. La inversión extranjera adquiere una mayor importancia por

la interconexión de los mercados financieros y por el rol preponderante de las empresas multinacionales.

Dentro de este contexto, la liberalización de los mercados nacionales es el elemento central de la nueva estrategia de desarrollo, con la que sustituye a la política de proteccionismo que imperó durante las décadas pasadas. En ese marco de creciente internacionalización, los países se han visto expuestos a la competencia extranjera, lo que les exige adoptar medidas para mantener o desarrollar la competitividad internacional.

De manera que, en la actualidad, los países tienen como reto no solo la defensa de sus mercados internos, ante el acecho de bienes y servicios extranjeros, sino también ocupar espacios más allá de sus fronteras. En el cumplimiento de esos propósitos, se piensa que los gastos en seguridad social constituyen un obstáculo que impide a los países ser más competitivos. Este razonamiento, trasladado al nivel de empresa lleva, a no pocos, a concluir que el costo laboral de la mano de obra es elevado por las cotizaciones que se deben abonar a los sistemas de seguridad social. En consecuencia, postulan una reducción de las mismas, con el consiguiente debilitamiento de las prestaciones sociales.

Ante semejante dilema, la solución debería pasar por la búsqueda de una economía competitiva manteniendo una protección social adecuada. Ese debería ser el reto del futuro.

3. Otros Aspectos

Las consideraciones antes señaladas no son las únicas que generan inconvenientes en el ámbito de la seguridad social. Otros aspectos que no pueden dejar de señalarse son: Las innovaciones tecnológicas que suprimen mano de obra y por ende cotizante a los sistemas de seguridad social. El pago de la deuda externa que exige la dedicación de un gran porcentaje de recursos económicos, postergando necesidades de mejores remuneraciones que tendrían efectos reactivadores de la seguridad social.

También han tenido incidencia en el debilitamiento de la seguridad social, los procesos de privatización y las reformas legislativas en materia laboral. Los primeros, han originado el despido de trabajadores que eran cotizantes a la seguridad social y su reemplazo por personal que está excluido de ese beneficio por mandato de dispositivos legales. Por su lado, las reformas laborales han creado formas atípicas de contratación que excluyen del ámbito de la seguridad social, a quienes laboran en esas modalidades.

4. Conclusiones

- a. - Como consecuencia de las circunstancias antes señaladas, se ha producido un desbalance entre la demanda de prestaciones y los recursos financieros.
- b. - Este desbalance, ha originado que durante los últimos años, los sistemas de seguridad social hayan sido objeto de cada vez más críticas. Sus detractores los acusan de ser la causa principal de los problemas de las economías de los países. Consideran que impiden el desarrollo de la capacidad de ahorro e inversión, desalentando a las personas a trabajar e imponiendo costos excesivos a los empleadores.

5. Propuestas y Medidas Adoptadas en Materia de Pensiones

En razón de que el punto del temario de este certamen está referido a "Los Sistemas de Pensiones", nos concretaremos a este tema, dejando de lado los otros aspectos de la seguridad social.

Como ya lo dijimos, los programas de pensiones contributivos que operan sobre la base de los sistemas de reparto o capitalización colectiva han sido objeto de serios cuestionamientos. Frente a los mismos se han planteado –y en algunos países ya se han establecido–, sistemas alternativos, caracterizados por una capitalización individual, dando lugar a los llamados Sistemas Privados de Pensiones.

Se afirma que el nuevo sistema es más efectivo tanto para facilitar el crecimiento económico como para proporcionar a las

personas de edad avanzada una seguridad económica a precios más razonables.

Estos dos puntos de vista vienen originando serios debates, tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo. Los defensores del sistema privado se preocupan fundamentalmente por los efectos negativos que podrían tener los sistemas de reparto en los resultados macroeconómicos de los países.

Por su parte, los que simpatizan con los sistemas colectivos de reparto, consideran que los sistemas alternativos, basados en las cuentas individuales, no podrán cumplir con los objetivos de protección de la seguridad social.

Este debate, ha tomado ya un tinte ideológico. Ambos puntos de vista van reflejando, cada día más, la oposición entre los defensores del libre mercado y los que piensan que el Estado debe tener una presencia más activa.

Dentro de este debate se han producido ya dos trabajos que son de suma utilidad para abordar el problema. Uno de ellos es el informe elaborado por el Banco Mundial, titulado *Envejecimiento sin crisis: Políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento*. El otro, es el trabajo elaborado por Roger Beattie y Warren McGillivray, expertos de la OIT y de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, respectivamente, titulado: *Una estrategia riesgosa: reflexiones acerca del informe del Banco Mundial titulado Envejecimiento sin crisis*.

El primero es un alegato en favor del sistema privado de pensiones, originado en el modelo chileno. El otro, como su nombre lo indica, considera a la propuesta del Banco Mundial como una estrategia riesgosa.

6. Propuesta del Banco Mundial

El informe antes referido, trasmite un mensaje político, según el cual los regímenes públicos de pensiones deben limitarse al otor-

gamiento de prestaciones uniformes condicionadas a un examen de recursos. En tanto que las pensiones de los asalariados deben confiarse, con el carácter de obligatorio, a los fondos de pensiones privados de carácter comercial.

El modelo del Banco se basa sobre dos hipótesis centrales: una, es que un sistema de pensiones totalmente capitalizado –tal como se propone como alternativa al de reparto–, acrecentará el ahorro global y conducirá al aumento de las inversiones productivas y del crecimiento económico. La otra hipótesis considera que gracias a la competencia e independencia de los sistemas privados se producirá una mayor eficacia de la que se aprecia en los regímenes públicos.

Sostiene el Informe del Banco, que los sistemas públicos de pensiones han fracasado, tanto desde el punto de vista social como económico, porque no logran proteger a las prestaciones de la inflación, que incitan a la jubilación anticipada, pagan a los ricos prestaciones más altas que a los pobres, aplican fórmulas de prestación excesivamente generosas y registran a menudo altos costos administrativos.

Por otra parte, el Banco señala que los regímenes públicos de pensiones crean riesgos políticos a los gobiernos, en la medida que tales sistemas son incapaces de satisfacer las exigencias de carácter social.

Asimismo, se señala que los sistemas privados de pensiones están en mejores condiciones de afrontar los inconvenientes de la transición demográfica, en la medida que cada cual se ve obligado a generar su propio ahorro para construir su pensión.

7. Las objeciones al Sistema Privado

Las objeciones apuntan a señalar que las propuestas del Banco implican un alto grado de riesgo para todas las partes interesadas: los trabajadores y los pensionados, los empleadores y los gobiernos que pueden ser inducidos a adoptarlos.

Por otra parte, se afirma que muchas de las críticas en contra de los regímenes públicos pueden aplicarse con mayor contundencia a los sistemas privados.

En cuanto a las prestaciones, en el régimen privado existe una mayor inseguridad que en los regímenes colectivos. En efecto, los cotizantes asumen individualmente el riesgo de la inversión y sus prestaciones no están definidas, porque depende del monto de los aportes de cada persona, de la tasa de rendimiento que logre el fondo. En suma, las personas se enfrentan a una enorme incertidumbre acerca de los ingresos de que dispondrán durante su jubilación.

En cuanto al costo, el sistema privado ha incrementado, considerablemente el mismo, por las tasas excesivas de contribución que origina la privación de necesidades fundamentales presentes, para dar prioridad al ahorro obligatorio.

Pero al margen de este aspecto, debe señalarse el alto costo comercial originado por las necesidades de altas remuneraciones, gastos de comercialización, comisiones y sueldos de promotores, gastos de administración por custodia de fondos, primas de seguro de invalidez y sobrevivencia.

En cuanto a las comisiones que cobran las AFP se ajustan no en función del aporte, sino de la totalidad del sueldo, no obstante que lo que se administra son los aportes y no el monto de las remuneraciones.

LA EXPERIENCIA PERUANA

1. - ANTECEDENTES

El seguro público de pensiones se inicia, en el Perú, en 1941 con la protección frente a las contingencias de invalidez y vejez en beneficio de los obreros, mediante la Ley 8433. Posteriormente, en 1962 se implanta el seguro de pensiones de los empleados, mediante Ley 13724.

Esta primera etapa que va de 1941 a 1973 –año en el que se crea el Sistema Nacional de Pensiones–, se caracteriza por el trato diferencial entre obreros y empleados en materia de derechos y obligaciones. Además, las leyes reguladoras y las entidades gestoras eran distintas.

Para superar esas desigualdades y vertebrar un sistema pensionario sólido, en mayo de 1973, entra en vigencia el Decreto Ley 19990, por el que se crea el Sistema Nacional de Pensiones, en el cual quedan comprendidos casi la totalidad de los trabajadores públicos y privados, con iguales derechos y las mismas obligaciones. Para el efecto, fue necesario fusionar e incorporar dentro del nuevo Sistema, los siguientes regímenes pensionarios preexistentes:

- a). - Régimen de Invalidez y Vejez de la Ley 8433;
- b). - Régimen de Jubilación, Viudez y Orfandad del Fondo de Jubilación Obrera (Ley 13640);
- c).- Régimen de Jubilación, Invalidez y Sobrevivientes de la Caja de Pensiones del Seguro Social del Empleado (Ley 13724),
- d).- Fondo Especial de Jubilación de Empleados Particulares (D. Ley 17262).

El Sistema Nacional de Pensiones del D. Ley 19990, que originalmente comprendía a casi la totalidad de los trabajadores peruanos asalariados, fue reduciéndose porque algunos grupos ocupacionales como los magistrados del Poder Judicial, los miembros del servicio diplomático y otros servidores de la administración pública lograron desintegrarse mediante la dación de leyes especiales. A ellos habría que agregar los trabajadores de la pesca que en 1973 no se incorporaron al Sistema Nacional de Pensiones, en razón de que tenían su propia Caja.

Finalmente, el 6 de diciembre de 1992, se dictó el D. Ley 25897, que crea el Sistema Privado de Pensiones (SPP), encargándose su gestión a las Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (AFP), inspirado en el modelo chileno.

El modelo de desarrollo del Seguro Social Peruano es de carácter contributivo, porque su fuente de financiamiento está constituida por las aportaciones que abonan empleadores y trabajadores, y que recaen sobre las remuneraciones.

2. PROBLEMAS DEL SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES

Los problemas que ha tenido que afrontar el Sistema Nacional de Pensiones, desde su creación en 1973, se pueden agrupar en dos clases:

a) Problemas Externos

Los problemas externos tienen su origen en una serie de medidas políticas adoptadas por el Estado, que han repercutido en el desenvolvimiento del Sistema. Entre estas se pueden distinguir las siguientes:

- a.1 Incumplimiento por parte del Estado, en su calidad de empleador, del pago de aportaciones.
- a.2 Obligación del Sistema, de depositar exclusivamente sus recursos financieros en el Banco de la Nación y en moneda nacional; así como la utilización de los mismos, por parte del Estado, con detrimento de su valor real.
- a.3 Condonaciones de adeudos del pago de aportaciones, mediante dispositivos legales.
- a.4 Disminución de la población cotizante, a partir de 1990, como consecuencia de las reformas laborales.
- a.5 Congelación del sueldo mínimo asegurable.

b) - Problemas inherentes al modelo del Sistema

- a.1 Alta evasión del pago de cotizaciones;
- a.2 Falta de cálculos actuariales oportunos;
- a.3 Elevado costo administrativo;

- a.4 Falta de iniciativa para corregir, mediante dispositivos legales, algunas distorsiones del Sistema.

3. RAZONES Y PROCESO DE LA REFORMA

La reforma del régimen pensionario peruano consiste fundamentalmente en la creación del Seguro Privado de Pensiones, con el carácter de alternativo al Sistema Nacional de Pensiones (SNP). Esto significa que no se altera el modelo contributivo y de ámbito laboral, en razón que el régimen creado está dirigido a la misma población comprendida en el sistema público.

Entre las razones y motivos invocados para la reforma podemos señalar los siguientes:

- a) Económicos: Desfinanciamiento del Sistema Nacional de Pensiones, debido a los problemas antes reseñados, aunque corregibles de acuerdo a estudios técnicos efectuados en 1992.

Asimismo se puede mencionar, la concepción de que los inconvenientes del SNP estaban en el hecho de que el IPSS monopolizaba el campo de las pensiones, lo que le impedía ser una entidad más competitiva.

- b) Políticos: Decisión del gobierno de impulsar un régimen privado de pensiones que permitiera la formación de depósitos considerables destinados a fortalecer el mercado financiero, tal como había sucedido en Chile. La creación del régimen privado de pensiones fue planteada como uno de los ingredientes para la reinserción del Perú en el campo financiero internacional.

La concepción de que la capitalización individual de las aportaciones en que se basa el régimen privado, es más justa que una capitalización colectiva utilizada por el Sistema Nacional de Pensiones, puede ser otra razón.

4. EL PROCESO DE LA REFORMA

En el proceso de la reforma, primaron las consideraciones de carácter político. El establecimiento del nuevo régimen fue casi un requerimiento del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional.

En 1991, el gobierno promulgó el Decreto Legislativo 724 por el que creó el SPP, el mismo que no se puso en práctica. Al año siguiente, se dictó el Decreto Ley 25897. Estos dos instrumentos dieron lugar a un debate en el que se analizaron las ventajas e inconvenientes, tanto del SNP como del nuevo SPP. No hubo debate parlamentario porque el Congreso no funcionaba en ese entonces.

En esta etapa del debate, el gobierno asumió el rol de promotor y defensor del nuevo sistema, destinando en su presupuesto, una partida para financiar los gastos de promoción, a través de los diferentes medios de comunicación.

Efectuado un balance, el temperamento de la mayoría de los trabajadores fue de rechazo al Sistema Privado de Pensiones.

Ante esta situación, el gobierno dictó el Decreto Ley 25967 por el que se crean condiciones totalmente desfavorables –en materia del monto y derecho a las pensiones–, para los asegurados que permanezcan en el Sistema Nacional de Pensiones, mostrándose de esa manera el propósito de desaparición de este sistema público.

5. CREACIÓN DEL SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES

Mediante Decreto Ley 25897, de 27 de noviembre de 1992, se establece el SPP cuya gestión está a cargo de las Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (AFP).

Según el citado Decreto Ley, el trabajador está obligado a optar entre el SPP y el SNP.

Las AFP se encargan de recaudar las aportaciones de sus afiliados, invertirlas, formar fondos individuales, y cuando el trabajador llegue a la edad de jubilación, se le devolverá el importe de su fondo, que servirá para contratar la obtención de una renta vitalicia.

Para el control estatal de este sistema se ha creado la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones (SAFP).

a) Trabajadores comprendidos

Pueden afiliarse al Sistema Privado:

- Trabajadores dependientes que laboren en la actividad pública o privada, siempre que se encuentren dentro del campo de aplicación del Sistema Nacional de Pensiones.
- Trabajadores independientes que voluntariamente deseen afiliarse.

b) La incorporación al Sistema Privado

La incorporación a este Sistema se produce afiliándose a una AFP, mediante un contrato de afiliación que tiene la naturaleza jurídica de un contrato de adhesión. Si bien, el Decreto Ley 25897 dispone que la afiliación a tal o cual AFP es voluntaria y libre, en la práctica no siempre sucede así. Hay casos de empleadores cuyas empresas tienen algún tipo de relación con determinada AFP. En tales circunstancias, han sido los empleadores los que decidieron afiliar a la totalidad de sus trabajadores a la AFP de su preferencia.

El trabajador solo puede afiliarse a una AFP, aunque tenga más de un empleo.

c) Efectos de la afiliación al SPP

- En términos generales la afiliación al SPP es irreversible, porque el trabajador no puede retornar al Sistema Nacional de Pensiones. Sin embargo, la Ley la caracteriza como reversible simplemente porque se permite la vuelta a este último, cuando concurren circunstancias que difícilmente se dan.

- La afiliación es personal e indelegable, salvo que el trabajador no informe a su empleador acerca del Sistema o AFP en el cual se encuentra afiliado.
- El trabajador deja de aportar al Sistema Nacional de Pensiones.
- Hasta el 19 de julio de 1995 se otorgaba un aumento de remuneración del 13.54%, a los trabajadores que se trasladaban del SNP al SPP.

d) Traslado de una AFP a otra

La Ley señala como requisito, para que el asegurado pueda trasladarse de una AFP a otra, haber cotizado por un lapso de 6 meses consecutivos y el pago de una comisión a favor de la AFP de la cual se traslada el trabajador.

e) Bono de Reconocimiento

Los trabajadores que dejen el SNP para incorporarse a una AFP, recibirán un "Bono de Reconocimiento" como compensación por sus aportes al SNP. Dicho bono tiene las siguientes características:

- Es un título nominativo a nombre del trabajador.
- Se expresa en moneda nacional con un tope máximo de 60 mil soles.
- Es garantizado por el Estado.
- Son redimibles al momento de la jubilación o muerte del trabajador.
- Mantiene su valor constante en función del índice de precios al consumidor.
- Son transferibles.

f) Aportes al Sistema Privado

Los aportes al SPP son de cargo exclusivo del trabajador y son los siguientes:

1. Aportes para financiar la pensión de jubilación: Al inicio del funcionamiento del Sistema, se fijó un aporte del 10% de la remuneración asegurable del trabajador. Este elevado porcentaje desanimó a los trabajadores, razón por la que mediante Ley 26504 de julio de 1995, se redujo al 8% temporalmente. Actualmente es del 10%.
2. Aportes por supervivencia, invalidez y gastos de sepelio:
 - El trabajador debe aportar un porcentaje adicional indefinido para la pensión de invalidez y supervivencia.
 - Además debe aportar una cantidad indeterminada para la prestación de sepelio.

3. Comisiones por servicios de la AFP:

Se abonan por el servicio de administrar el fondo. Podrán estar constituidas, a elección de la AFP, por las combinaciones de las siguientes comisiones:

- Una cantidad fija que se expresa en moneda nacional.
- Una comisión porcentual calculada sobre la remuneración asegurable del trabajador.
- Una comisión porcentual sobre los saldos administrados.

Costo total aproximado: En total al trabajador afiliado al SPP se le descuenta alrededor del 14% de su remuneración

g).- Prestaciones del Régimen Privado

Las prestaciones son las siguientes:

Pensión de jubilación, Pensión de invalidez, Pensión de supervivencia y gastos de sepelio.

Dentro del contrato de afiliación a una AFP, no se encuentra comprendida la obligación del pago de pensiones. El otorgamiento de estas se basa en un nuevo contrato que el trabajador celebra con una AFP o una Compañía de Seguros.

Por tal convenio, el trabajador cede el monto de su fondo acumulado disponible a cambio del otorgamiento de una renta vitalicia.

h) Modalidades de Pensión

El Sistema faculta a los pensionistas a optar por las siguientes modalidades de pensión:

- 1.- Retiro Programado.- El asegurado puede ir retirando el importe de su fondo, en cuotas mensuales programadas, hasta la finalización del mismo.
- 2.- Renta Vitalicia Personal.- Mediante esta modalidad, el afiliado contrata con la AFP el otorgamiento de una renta vitalicia mensual hasta su fallecimiento.
- 3.- Renta Vitalicia Familiar.- El afiliado contrata directamente con la empresa de seguros de su elección, el pago de una renta mensual hasta su fallecimiento, así como el pago de pensiones de sobrevivencia.
- 4.- Renta Temporal con Renta Vitalicia Diferida.- Según esta modalidad, el afiliado contrata una renta vitalicia personal o familiar, a partir de una fecha determinada, reteniendo en su cuenta individual los fondos suficientes para obtener de la AFP una renta temporal, en tanto perciba la renta vitalicia.

6. - CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES

- a) Tiene un modelo contributivo, es decir, los trabajadores aportan al sistema un determinado porcentaje de su remuneración. Los empleadores han sido liberados de tal obligación.
- b) Está dirigido a la misma población de trabajadores comprendida en el SNP. Por lo tanto, se trata de un sistema alternativo.
- c) Su implantación significó un incremento en el monto de los aportes, en comparación con el SNP, sin ningún estudio previo.

- d) La capitalización de los aportes es individual y en moneda nacional. En cambio, en el SNP, la capitalización es colectiva. Esto implica el rompimiento con ciertos principios de la Seguridad Social como la solidaridad, universalidad, etc.
- e) La implantación de este sistema ha agravado la situación de más de 300 mil pensionistas del SNP, por la derivación al SPP, de sus fuentes de financiamiento.
- f) Se piensa que el nuevo sistema, a largo plazo, podrá otorgar mejores pensiones que las brindadas por el SNP, pero existe el temor al riesgo de una devaluación monetaria, en razón de que la capitalización se efectúa en moneda nacional.

7. - EXPERIENCIA EN LA NUEVA LEGISLACIÓN

El SPP inició su funcionamiento en mayo de 1993. Si bien aún no sería oportuno un balance, si se puede señalar los inconvenientes mostrados hasta el momento:

a) Inconvenientes en materia de afiliación:

- Incumplimiento de las expectativas en el volumen de trabajadores afiliados.
- Contribuciones excesivas y alto costo de la administración del Sistema.
- Falta de transparencia en el proceso de afiliación.

b) Inconvenientes en materia de recaudación:

- Evasión e incumplimiento en el pago de aportaciones y falta de procedimientos adecuados para su solución.
- Falta de información acerca de la población cotizante.

c) Inconvenientes en materia de inversión:

- Ausencia de un mercado de capitales, que proporcione instrumentos y una cartera de inversiones favorables para los fondos de pensiones.

- Caída de la rentabilidad real durante el año 1998, a un nivel del 5.5%, por la variación e inestabilidad en la cartera de inversiones.
- Incumplimiento en el otorgamiento de los Bonos de Reconocimiento.

8. -MEDIDAS ADOPTADAS PARA SUPERAR LAS DEFICIENCIAS

Ante los inconvenientes señalados, en julio de 1995, el Congreso de la República intentó, en un primer momento, cancelar la afiliación al SNP, y de esa manera, obligar a todos los trabajadores a afiliarse al SPP. Pero ante el rechazo y protesta de diferentes organizaciones de trabajadores y pensionistas, el Congreso tuvo que dar marcha atrás en ese propósito. En cambio, dictó la Ley 26504 por la que se adopta, entre otras, las siguientes medidas:

- Elevó las tasas de aportación del SNP y redujo, las del SPP.
- Elevó la edad de jubilación del SNP, de 55 y 60 años, a 65 años para hombres y mujeres.
- Se contempla la posibilidad de establecer una pensión mínima.
- Se libera al SPP de algunas medidas tributarias.
- Se dictan disposiciones que establecen procedimientos rápidos para la cobranza de aportaciones impagas.

Al parecer, estas medidas aún no producen los resultados que se esperaban, sobre todo en el ámbito de afiliación.

La primera semana del mes de octubre, el Superintendente de las AFP acudió al Congreso para explicar las razones del alto incumplimiento en el pago de los aportes por parte de los empleadores. En esa oportunidad se informó que el monto del fondo acumulado asciende a 5 mil millones de soles y el monto de los adeudos a más de 4 mil millones de soles. El otro problema que preocupa es la baja rentabilidad del fondo, que no compensa a la devaluación monetaria.

**LA SEGURIDAD SOCIAL EN
COLOMBIA
LA PUESTA EN MARCHA DE
LA LEY 100 DE 1993
Y SU FINANCIACIÓN**

LA SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA LA PUESTA EN MARCHA DE LA LEY 100 DE 1993 Y SU FINANCIACIÓN

Iván Jaramillo Pérez

BREVE RESEÑA HISTÓRICA

Las prestaciones sociales de los trabajadores se empezaron a establecer en el país desde comienzos del siglo, primero mediante convenciones colectivas con algunas empresas y otras por medio de leyes de protección específica para algunos sectores (por ejemplo pensiones a militares en 1923 y a maestros en 1933). En otros casos, la legislación fue más general como la ley 57 de 1915 que reguló los accidentes de trabajo¹. Lo común a todo el proceso anterior a 1945 era que el sistema prestacional no era uniforme para el conjunto de los asalariados y era una responsabilidad de cada patrón en forma aislada, de ahí que a las prestaciones se les denominara originalmente como prestaciones patronales y su garantía de reconocimiento efectivo estaba subordinada a la solvencia financiera del patrón, la cual por cierto desaparecía por efecto de las quiebras reales o fraudulentas de las empresas. Con la ley 6 de 1945 se generalizan los derechos a pensiones, salud y riesgos profesionales de los trabajadores; pero solo con la ley 90 de 1946 por medio de la cual se

1 Morales, Inés. *Ensayo Sobre Seguridad Social en Colombia*, Segunda Edición, Editorial Temis, Bogotá 1986.

crea el Instituto Colombiano de los Seguros Social -ICSS-, se instaura un sistema de seguro social propiamente dicho para el reconocimiento de las prestaciones. No obstante, inicialmente solo se manejó en el ICSS -por el sistema de seguro social obligatorio-, la salud general del afiliado, mientras las prestaciones económicas siguieron siendo prestaciones patronales. Posteriormente en 1964 fueron asumidas por el ICSS las prestaciones de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales (ATEP) y solo a partir de 1968 las pensiones (IVM).

En 1954-57 otras entidades como las Cajas de Compensación Familiar -CCF- se hicieron cargo del manejo financiero de las asignaciones o del subsidio familiar y finalmente el Fondo Nacional del Ahorro -FNH- y los Fondos Privados de Cesantía y Pensiones -AFP- asumirían la garantía financiera de las cesantías otorgándoles a estas prestaciones también el carácter de seguro. Entre tanto, las múltiples Cajas de Previsión -CPS- creadas para el sector público (1040 según algunos) no alcanzaron por lo general a convertirse en entidades autofinanciadas con los aportes de los empleados públicos y del patrón Estado y continuaron dependiendo de los recursos fiscales o del presupuesto de funcionamiento de las empresas públicas. La Cajas de Previsión Social no lograron entonces conformarse como verdaderas entidades aseguradoras propiamente dichas, con carácter de independencia financiera frente al patrón - Estado, ni siquiera para el caso de Cajanal y Caprecom que fueron las de mayor desarrollo.

El Sistema de Seguridad Social propiamente dicho aparece entonces no cuando se crean las prestaciones sociales, sino cuando se crean los mecanismos institucionales y financieros que garantizan esas prestaciones en forma separada de los patrones y del Estado. Como se dijo, esto solo ocurrió en Colombia con la aparición del ICSS al poseer entonces por construcción la solvencia financiera necesaria para responder en forma efectiva y autónoma por las prestaciones de salud, pensiones, riesgos profesionales y cesantías.

No obstante el desarrollo del sistema de aseguramiento así creado, en cuarenta y siete años de operación (1946-1993), la co-

bertura lograda fue muy baja, ubicando a Colombia entre los países de más rezago en materia de seguridad social. El anuario estadístico del ISS en 1991 reportaba como beneficiarios de la seguridad social en el país a solo el 20.6% de los colombianos; pero lo más grave y vergonzoso –según mostraban esas mismas cifras–, era que la norma de afiliados forzosos creada por ley 90/46 solo se aplicaba entonces al 46.4% de los asalariados y si se agregaban los afiliados facultativos potenciales la cobertura solo llegaba al 23.6% de la población ocupada².

Fue tal vez la incapacidad de la Junta Directiva del ISS y sus gerentes –cegados por los viejos principios del monopolio, y quizás bajo la presión patronal para no hacerse cargo de la familia del trabajador–, los factores que explican por que en 50 años no se estableció la cobertura familiar entre los afiliados al ISS, la cual solo llegó al 18.1% de ellos, alegando por cierto en forma oficial, la falta de camas e infraestructura en salud, para llegar a descubrir en 1997 por mandato de la ley 100/93 que el problema se resolvía con la introducción de un sistema de libre elección de proveedores públicos y privados por parte de los afiliados y sin necesidad de invertir un solo peso. Iguales falencias siempre tuvieron también las Cajas de Previsión Social. De otra parte, a los trabajadores independientes –pese a representar mas del 30% de la fuerza de trabajo–, se les cerró el paso en las Cajas de Previsión y el ISS les ofreció un plan de beneficios recortado con el cual nunca se motivaron, consiguiendo solo una cobertura del 7% de entre sus afiliados.

La baja cobertura de la seguridad social produjo un anormal desarrollo del sistema de asistencia pública, el cual –pese a tener a su cargo el 70% de la población– nunca cubrió en salud más del 35% en forma real y eso que en forma muy limitada con respecto al significado de una verdadera seguridad social. Esa misma baja cobertura en la seguridad social unida a deficiencias y poca oportunidad en los servicios, hizo prosperar el negocio de la medicina prepagada

2 Informe Estadístico 1991, Instituto de Seguros Sociales, Oficina de Planeación e Informática, Santafé de Bogotá, abril de 1991.

que llegó a tener más de 20 empresas en el país, las cuales –pese a sus costosas pólizas–, siempre ofrecieron unos planes de beneficios muy recortados.

Todavía para 1993 la situación no había cambiando significativamente y según la encuesta CAPs, contratada por el ISS con Profamilia, mostró que la cobertura continuaba estancada en el 26.8% de la población trabajadora subiendo a solo el 62.9% entre los obreros industriales y bajando dramáticamente entre los artesanos al 18.8% y al 8.6% en la agricultura. De otra parte, mientras en Bogotá la cobertura llegaba al 46.3% y en Antioquia al 35.7% en la zona oriental del país era solo del 18.5% y la costa atlántica del 15.4%; en conjunto, las áreas urbanas reportaban un menguado 33.9% de cobertura, mientras que las rurales escasamente un 6.8%; adicionalmente, se constató que la población joven entre 25 y 34 años estaba cubierta por la seguridad social en un 34% de los casos, mientras que entre la población anciana descendía dramáticamente a solo 9.4% para los viejos de 60 y 64 años y al 10.1% en los mayores de 65 años³.

Además de los problemas de cobertura, hay que destacar los diferentes resultados en materia de solidaridad, calidad, eficiencia y autofinanciación entre los subsistemas privado y público. Así, para el momento de la Asamblea Nacional Constituyente, las cajas de previsión pública presentaban para esa fecha una evaluación más crítica y negativa que el mismo Instituto de los Seguros Sociales.

Mientras el ISS lograba efectivamente construir un sistema nacional, con un esquema de interrelación compensatoria entre las regiones y ramas de la producción (aunque como se dijo con baja cobertura de solo el 15.9% en 1991). Entre tanto, el insolidario sistema público (que agrupaba el 4.6% de la población) permitió que los sectores de funcionarios públicos mejor remunerados, entre ellos el

3 Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con enfermedades de transmisión sexual, Sida, Enfermedades Cardiovasculares, Cáncer y Accidentes; Características de la Población y de la Muestra, Instituto del Seguro Social - Profamilia. Tomo I, Santafé de Bogotá, D.C., julio de 1994.

Congreso de la República, el de Telecomunicaciones y las universidades públicas, conformaran su respectiva tolda aparte y evitaran cualquier mecanismo de compensación respecto de los funcionarios públicos al servicio de dependencias o entidades con menores escalas salariales.

El caso más crítico de inequidad ha sido quizás producto de la segregación de Ecopetrol, que siendo el mayor empleador, después de la industria de las gaseosas, y siendo la empresa mejor remunerada en razón de su privilegiada ubicación en la rama más productiva de la economía (la explotación del subsuelo, que es, entre otra, propiedad de todos los colombianos), no obstante impidió con su marginalidad, el aporte solidario del petróleo al resto de los trabajadores tal como ocurre en México y Venezuela. Así, en 1992, para cubrir la salud de cada uno de sus beneficiarios, mientras CAJANAL invertía \$85,000 anuales y el ISS \$50,000 Ecopetrol sufragaba \$170,000. Como agravante, algunas empresas públicas de gran desarrollo que se negaron a formar parte del nuevo Sistema de Seguridad Social en 1946 y prefirieron continuar con sus prestaciones a cargo de los patrones, facilitaron así su quiebra y posterior liquidación, tal como es el caso de los Ferrocarriles Nacionales y los Puertos de Colombia. Aún hoy, empresas como Paz del Río, Ecopetrol y Telecom, presentan situaciones prestacionales difíciles de solventar.

LA ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE

Es dentro de este contexto, con una seguridad social limitada a la quinta parte de la población, segmentada en múltiples regímenes y entidades, a la vez que cada una mantiene el monopolio de manejo sobre grupos poblacionales particulares y con situaciones contradictorias en materia de solidaridad, eficiencia y calidad, que la Asamblea Nacional Constituyente formula el artículo 48 de la Nueva Constitución en el cual se consagran principios procedentes de la Seguridad Social Clásica tales como la Solidaridad y la Universalidad, se liquida también el concepto de asistencia pública, y se introducen además principios procedentes del pensamiento neoliberal ta-

les como la búsqueda de la eficiencia y la presencia del sector privado en su administración.

No obstante la intencionalidad de los constituyentes, como consecuencia de la aplicación del artículo 48 constitucional, el gobierno de turno, entendió que la reforma de la Seguridad Social se reducía a la chilenización del sistema y así lo defendió dentro y fuera de la Comisión Constitucional Especial para la Reforma; finalmente, presentó al Congreso un proyecto de reforma de la Seguridad Social, conocido en ese momento como el Proyecto 155/92, carente de cualquier elemento propio de la solidaridad social, esquivando además el tema de salud y cualquier principio de integralidad y concentrándose en el tema de su interés: la creación, o mejor, la autorización a los fondos privados de cesantías y pensiones para manejar estas últimas prestaciones.

En el forcejeo para lograr sacar adelante este proyecto el gobierno debió aceptar una reforma de la Seguridad Social en Salud con un amplio contenido social y que consagra varios mecanismos de compensación y solidaridad fiscal y parafiscal, manejados mediante las diversas cuentas del Fondo de Solidaridad y Garantía, y que a la postre, según su formulación inicial podría acercar al país hacia la universalidad en el aseguramiento social en salud. Debió además el gobierno aceptar la creación de un Fondo de Solidaridad Pensional alimentado con fondos propios de aseguramiento individual, y lo más importante, aceptar la subsistencia y la competencia entre el ISS y el sistema privado. Quizás fue el Sistema de Riesgos Profesionales el que más escapó a cualquier tipo de negociación y hoy es el que más desconoce los principios de la solidaridad y la universalidad, quedando sometido a un manejo más propio del sistema de los seguros privados.

La ley 100 de 1993 logra, no obstante, combinar en forma acertada los principios hasta entonces irreconciliables de la competencia y la solidaridad, manteniendo la integralidad en la cobertura y estimulando la eficiencia en la organización de los servicios. Logró, además, combinar la multiplicidad de administradoras con la unifica-

ción del sistema en un solo cuerpo coherente de normas, obligaciones y beneficios.

Por fuera del sistema se quedaron algunas entidades que obedecen a intereses aun poco claros, tales como la previsión social del ejército y la policía que no sale aún de su crisis, o el sistema previsional del magisterio que dejó a la gran mayoría de los maestros con un sistema sin cobertura familiar en salud, con preexistencias, con una incierta financiación hacia adelante y con insistentes rumores de corrupción. Los dirigentes de Ecopetrol lograron perpetuar su marginalidad, esquivando cualquier compromiso con los mecanismos de compensación financiera dentro del sistema. Posteriormente, el Congreso de la República (mediante la ley 344/96) logró automarginarse para mantener un régimen de privilegios y corrupción. Adicionalmente y por fuera de la ley, la Superintendencia de Salud mantuvo con carácter cerrado veintiocho cajas públicas denominadas hoy como "cajas adaptadas", las cuales perpetúan la insolidaridad y la ineficiencia que por lo general les es propia.

EL NUEVO SISTEMA PENSIONAL

ANTECEDENTES INMEDIATOS

Antes de la reforma, la Seguridad Social en Colombia se caracterizaba de una parte —con el sector privado—, por su manejo monopolístico mediante una sola institución, el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales —ISS—; entre tanto el sector público tenía una gran dispersión y era administrado mediante más de mil Cajas de Previsión Social. No obstante la cobertura de la seguridad social en salud no llegaba más allá del 24% de toda la población del país y no existía en estas entidades un diseño actuarial y financiero que permitiera responder por las obligaciones pensionales en el largo plazo. Además el derecho efectivo a pensión era todavía mucho menor ya que según la encuesta CAPs 1986-89, realizada por el Instituto Nacional de Salud, reveló que solo 8.7% de los ancianos mayores de

60 años disfrutaba efectivamente de una pensión⁴. Posteriormente, el anuario estadístico del ISS estableció en 1991 que la situación no había evolucionado significativamente y sobre 33'595,844 colombianos, tenía cotizando para pensión 2'876,901 equivalentes al 8.6% y las Cajas de Previsión 650,800 igual al 1.9% de la población total.

La Ley 100 de 1993 unificó los regímenes de pensiones, salud y riesgos profesionales, pero a su vez autorizó su manejo por separado a diversas entidades públicas y privadas, denominadas ahora: Administradoras de Fondos Pensionales, Administradoras de Riesgos Profesionales y Entidades Promotoras de Salud.

LA REFORMA PENSIONAL: SISTEMA DUAL

El sistema de pensiones –creado mediante la reforma– se ha denominado sistema dual, debido a que en la legislación colombiana coexiste un sistema de capitalización colectiva y reparto bautizado como de prima media con prestación definida y un sistema de ca-

SISTEMA DUAL Con libre elección entre ambos CARACTERIZACIÓN GENERAL

Cuadro 1

Denominación	De Prima Media con Prestac. Definida	Ahorro Individual
Característica	Aporte fijo Pensión Prefijada	Aporte Fijo Pensión Variable
Aporte*	13.5%	13.5%
Pensión	65% - 85% Salario Base	Aportes+ Rendimientos
Administrador	ISS	8 AFP

(*) Sobre todos los factores salariales = Remuneración periódica integral.

4 Encuesta Nacional sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud: 1986-1989; La Ancianidad, Proyecto Tercera Edad, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, cuadro 11, pag.47; Bogotá, agosto de 1991.

pitalización individual. El sistema de prima media es administrado en forma exclusiva por el ISS y el de capitalización individual está siendo operado por ocho administradoras privadas de fondos pensionales conocidas como AFP.

EL SISTEMA DE CAPITALIZACIÓN INDIVIDUAL

Este sistema opera como en otros lugares de América Latina, caracterizado por convertir el sistema pensional en un sistema de ahorro manejado mediante cuentas individuales en donde el valor del aporte es conocido, pero el valor de la pensión depende del capital acumulado y de la tasa de interés que permite acumular los rendimientos de estos aportes.

El aporte obligatorio mínimo es del 13.5% sobre el salario, correspondiendo al patrón pagar el 75% de la cotización y al empleado el 25% restante; para los ingresos superiores a 4 salarios mínimos existe un aporte adicional del 1% con destino al Fondo de Solidaridad Pensional, el cual debe beneficiar a la población informal que no puede aportar el valor mínimo de la cotización. Del 13.5% de la cotización, realmente solo 10 puntos se destinan a las cuentas de ahorro individual porque los otros 3.5 puntos se destinan a cubrir los gastos de administración, las utilidades de las administradoras y la compra de las pólizas de seguros para los casos de invalidez y sobrevivencia.

Hasta el momento (junio 30 de 1998), los ocho fondos privados han logrado afiliar a 2.702.257 cotizantes, de los cuales solo la mitad, 1.395.867 afiliados, son realmente cotizantes activos y permanecen fieles al sistema en los últimos 6 meses. Pese a que estos fondos crecen a razón del 20% anual en sus afiliados, están sin embargo perdiendo un 10% de afiliados activos en los últimos años como consecuencia de la crisis económica que vive el país y quizás debido a los métodos de reclutamiento de nuevos afiliados, los cuales no han resultado muy efectivos.

Para el período julio 1 de 1995 y junio 30 de 1998, los fondos de pensiones obligatorias obtuvieron una rentabilidad acumulada

bruta promedio del 8.5% de rendimientos reales, esto es por encima de la inflación. Esta rentabilidad es bastante buena y se explica por las altas tasas de interés que han dominado el mercado financiero durante los últimos años. No obstante, estos rendimientos no benefician totalmente a las cuentas de ahorro individual porque de ellos deben deducirse las comisiones por concepto de administración, las cuales han venido absorbiendo entre el 2% y el 3% de los recursos administrados por las AFP. La rentabilidad neta en beneficio de las cuentas de ahorro individual ha estado entonces después de las deducciones en el 5.5% real (por encima de la inflación).

Estos fondos de pensiones han logrado acumular 2.5 billones de pesos entre 1995 y 1998, y entre 3 AFP: Porvenir, Protección y Colfondos manejan más del 60% de los recursos.

Este sistema de ahorro pensional permite dos modalidades de jubilación: pensión de retiro programado y pensión de renta vitalicia inmediata. El retiro programado permite una pensión más alta, pero de ella se puede disfrutar hasta que se agote el capital y los rendimientos de la cuenta individual; en cambio, la renta vitalicia es más baja pero está asegurada de por vida. Actualmente las AFP cuentan con 2336 pensionados, de los cuales el 58% ha optado por la modalidad de retiro programado.

EL SISTEMA DE PRIMA MEDIA CON PRESTACIÓN DEFINIDA

Es el sistema resultante de la reforma al ISS, el cual antes de la Ley tenía un sistema denominado de prima media escalonada. La diferencia es que en lo sucesivo el ISS no puede modificar la tasa de cotización más allá del 13.5% sobre el salario; pero a diferencia del sistema de capitalización individual, los afiliados al ISS saben con precisión a qué pensión pueden aspirar en el futuro.

Los afiliados al ISS se pensionan a los 62 años si son hombres y a los 57 años si son mujeres, siempre y cuando hayan cotizado al menos durante 20 años. El valor de la pensión es el 65% del salario

SISTEMA DUAL

ANÁLISIS COMPARATIVO

Cuadro 2

DENOMINACIÓN	DE PRIMA MEDIA CON PRESTACIÓN DEFINIDA	AHORRO INDIVIDUAL
CARACTERÍSTICA	APORTE FIJO PENSIÓN PREFIJADA	APORTE FIJO PENSIÓN VARIABLE
APORTE (*)	13.5%	13.5%
APORTE A PENSIÓN	10% ó +	10% ó +
APORTE A ADM./INV./SOBR.	3.5% ó -	3.5% ó -
PENSIÓN	65% - 85% SALARIO BASE	APORTES + RENDIMIENTOS
PENSION MINIMA	UN SALARIO MÍNIMO	UN SALARIO MÍNIMO
AÑOS DE COTIZACION	20 AÑOS	23 AÑOS
EDAD DE RETIRO	62 AÑOS H / 57 AÑOS M	62 AÑOS H / 57 AÑOS M
PENSIÓN BÁSICA	65% SOBRE SALARIO BASE	(A+R) =110% DEL SAL. MIN.
AÑOS DE COTIZACIÓN	20 AÑOS	INDEFINIDOS
EDAD DE RETIRO	62 AÑOS H / 57 AÑOS M	INDEFINIDA
PENSIÓN MÁXIMA	85% SOBRE SALARIO BASE	APORTES + RENDIMIENTOS
AÑOS DE COTIZACIÓN	24 AÑOS	INDEFINIDOS
EDAD DE RETIRO	62 AÑOS H / 57 AÑOS M	INDEFINIDA
ADMINISTRADOR	ISS	8 AFP

(*) Sobre todos los factores salariales = Remuneración periódica integral.

base de cálculo, el cual se establece con base a un promedio actualizado de toda la vida laboral del afiliado. En caso de cotizar por más de 20 años, la pensión podrá incrementarse hasta el 85% del salario básico. De otra parte, los afiliados al ISS reciben 14 mesadas anuales, lo cual significa que su pensión equivale a un poco más del 100% del salario base de cálculo cuando se cotiza durante 25 años o más.

El sistema de prima media con prestación definida pudo ser establecido en el caso del ISS colombiano porque al momento de aprobarse la Ley 100 existían 13 cotizantes por cada pensionado y con esta relación demográfica favorable, solo podría preverse una crisis financiera por insolvencia en el ISS hacia el año 2025, cuando la estructura demográfica se envejeciera y la relación entre cotizantes y pensionados estuviera por debajo de 6. La Ley entonces se aprobó a sabiendas del límite demográfico futuro que tenía el sistema de reparto.

No obstante estas previsiones, entre 1993 y 1998 el ISS ha perdido cerca de 1.300.000 cotizantes jóvenes, lo cual ha debilitado su ventaja demográfica para mantener el sistema de reparto. Afortunadamente, el ISS logró captar el traslado masivo de los afiliados a las antiguas Cajas de Previsión Públicas en proceso de liquidación, logrando recuperar por lo menos 700.000 nuevos afiliados. Al 31 de marzo de 1998, la Superintendencia Bancaria le reconocía al ISS 4.645.126 afiliados y 369.995 pensionados, lo cual estaría garantizando un apalancamiento demográfico de 12.5 afiliados por cada pensionado. Sin embargo, al menos el 40% de los afiliados al ISS son cotizantes inactivos, lo cual obliga a hacer cálculos más realistas y a contar solo con 2.8 millones de cotizantes efectivos y una estructura de dependencia activos/pasivos de 7.5 cotizantes por cada pensionado.

En esta nueva perspectiva, las proyecciones demográficas y financieras hacen prever que la pérdida de afiliados por parte del ISS y la tasa de mora con afiliados inactivos le han hecho perder 10 años de vida autofinanciera al ISS, acercando el horizonte de crisis desde el año 2025 hasta el año 2015.

Adicionalmente, la Ley 100 de 1993 le creó una nueva obligación al ISS al autorizar el derecho a la décima cuarta mesada a los pensionados como compensación a las cotizaciones que dentro del nuevo sistema estos pensionados deberían hacer para salud. Esta décima cuarta mesada debería ser pagada por el gobierno con recursos fiscales, pero en los hechos se ha convertido en una obligación del ISS con cargo a sus cotizaciones ordinarias, en razón de lo cual estas obligaciones han recortado aún más la capacidad autofinanciera del ISS y según el estudio de la OIT por este concepto solamente, el ISS ha perdido 3 años de vida autónoma, situando el horizonte de crisis más cerca aún en el año 2012.

Afortunadamente la Ley 100 de 1993, elevó súbitamente el nivel de cotización del 6.5 al 13.5% sobre el salario básico y todos los demás factores reconocidos como salario, lo cual ha permitido que en cinco años el ISS acumule reservas cercanas a los 4 billones de pesos (casi 4 puntos de PIB) y que esta reserva continúe en aumento hasta el año 2012, fecha en la cual habrá que hacer uso de ella para el pago de las pensiones y se estima que si mantiene una tasa de rentabilidad promedio del 6% anual, esta alcanzaría hasta el año 2018 para que el ISS pueda pagar las pensiones sin necesidad de recurrir a buscar el apoyo del gobierno con recursos de origen fiscal.

Adicionalmente, la OIT ha estimado que si el gobierno nacional le paga al ISS el valor de la décima cuarta mesada de los pensionados y las cotizaciones que se adeudan en beneficio de los funcionarios públicos recién trasladados al ISS (conocidos como los bonos tipo B), entonces la vida autónoma del ISS podría prolongarse hasta el año 2022.

De esta fecha hacia delante, la factibilidad financiera del ISS depende que se mejore el rendimiento de las reservas y que se vuelvan más estrictos los requisitos para obtener pensión. En otras palabras, en el largo plazo se requiere que se iguale colectivamente la ecuación:

$$\text{APORTES} + \text{RENDIMIENTOS} = \text{BENEFICIOS}$$

Con respecto a la primera condición, es necesario que los recursos del ISS no se tengan que convertir obligatoriamente en crédito subsidiado para financiar el déficit del gobierno central, el cual ha venido reconociendo por estos recursos una tasa de interés real del 6% que, sin ser mala, está por debajo de los rendimientos que ofrece el mercado financiero y en particular los recursos pensionales en manos de la AFP.

Para hacer más estrictos los requisitos para el acceso a pensión, se ha venido sugiriendo elevar en forma progresiva la edad de jubilación hasta los 65 años; elevar la densidad de las cotizaciones por afiliado por encima de los 20 años; fijar una edad máxima de arrepentimiento para el traslado entre regímenes; sustituir la décima cuarta mesada por un seguro de salud adquirido durante la vida activa del trabajador y finalmente corregir errores administrativos y eliminar fugas que ya han sido identificadas con la asesoría de la OIT.

SISTEMA DUAL **Con libre elección entre ambos** **ANÁLISIS DOFA** **Cuadro 3**

DENOMINACIÓN	DE PRIMA MEDIA CON PRESTACIÓN DEFINIDA	AHORRO INDIVIDUAL
CARACTERÍSTICA	APORTE FIJO PENSION PREFIJADA	APORTE FIJO PENSION VARIABLE
APORTE (*)	13.5%	13.5%
PENSIÓN	65% - 85% SALARIO BASE	APORTE S + RENDIMIENTOS
ADMINISTRADOR	ISS	8 AFP
FORTALEZAS	+ BENEFICIOS	+ AUTOFINANCIACIÓN
DEBILIDADES	DESFINANCIACIÓN L/P	- BENEFICIOS + ESFUERZOS
OPORTUNIDADES	PENSIÓN Y EDAD DE RETIRO CONOCIDA	MEJOR PENSIÓN SI + APORTES Y + RENDIMIENTOS
AMENAZAS	MADURACIÓN DEMOGRÁFICA Y MENOR RENDIMIENTO DE LA RESERVA	BAJA TASA DE INTERÉS EN EL MERCADO Y FINANCIACION PENSIÓN MÍNIMA

*Sobre todos los factores salariales = Remuneración periódica integral

AVANCE EN LAS COBERTURAS

Luego de aprobada la ley 100 de 1993, en mayo de 1994 fue autorizado el funcionamiento de los fondos privados para manejar las pensiones y desde entonces se ha desatado una guerra informativa que desdibuja la realidad de los hechos en un sistema de competencia no prevista por el neoliberalismo, que enfrenta al ISS con el Sistema de Capitalización Individual. No obstante, hace ya dos años, en octubre de 1996, el gobierno mediante un documento CONPES⁵ estableció una versión oficial de la situación, que dice: Hasta la ley 100 de 1993 el ISS tenía 3,425,000 afiliados a los tres regímenes: pensiones, salud y riesgos profesionales, lo que equivalía a un cubrimiento del 26% de la población ocupada nacional. Luego que se crearon las Administradoras de Fondos Privados de Pensiones (AFP) e iniciaron operaciones en abril de 1994, entre esa fecha y julio de 1996 se trasladaron del ISS a los fondos privados 1.1 millones de personas y se afiliaron 700 mil personas nuevas, con lo cual el número de afiliados al ISS paso 3.6 millones a 3.2 millones mientras que los fondos reportaron 2'058,061 a julio 31 de 1996. Es así en consecuencia que la evolución de los afiliados al sistema pensional del ISS muestra un aumento de 3.3% en 1994 y una disminución de 8% en 1995.

Contrasta el resultado anterior con las proyecciones de ASO-FONDOS, que con base a un estudio de FEDESARROLLO estimaba que en 1994 el ISS perdería el 27% de los trabajadores menores de 40 años y el 2% de los mayores por traslados a los fondos privados y que entre 1995 y 1998 el ISS continuaría perdiendo el 25% anual de esa franja de afiliados menores y el 7% de los mayores. Dicho estudio concluía que en 1994 el ISS tendría 2.9 millones de afiliados, los cuales se reducirían progresivamente hasta 1.5 millones

5 DNP- Documento CONPES 2877 - Mintrabajo - Minsalud - Minhacienda - ISS, Superintendencia de Salud, DNP: UDS-UIP; Santafé de Bogotá, D.C. Octubre 16 de 1996.

en el año 2.000⁶. Los grandes equívocos que este estudio suscitó, explican en gran medida la reciente polémica entre el presidente el ISS, Dr. Carlos Wolff y el director de ASOFONDOS Dr. Botero⁷.

La Superintendencia Bancaria reportó (ver cuadro 4) que en junio 30 de 1998 los afiliados al Régimen de Ahorro Individual ascendieron a 2,702,257 con una tasa de crecimiento nominal de inscritos del 15% anual⁸. Sin embargo, estas cifras deben ser depuradas ya que es muy diferente la información sobre afiliados activos y los inactivos, pues como se sabe, los promotores de estos fondos, con el fin de ganarse las comisiones respectivas, no dudan en conseguir el registro formal de potenciales afiliados, pero los mismos o nunca cotizan o no son fieles y constantes en su disposición de cotizar y de otra parte, la crisis económica incrementa el desempleo, la informalidad e impacta la evasión y la elusión de aportes; por eso se ha verificado que solo 1.395.867 son afiliados activos, esto es el 52% de los reportados como efectivamente inscritos⁹. Esta nueva cifra más realista, es además 14% inferior a la conseguida por las EPS privadas en salud que llega a 1,616,946¹⁰ de cotizantes un año antes e incluso es inferior en un 40% a los afiliados de los mismos fondos por concepto de cesantías, los cuales llegaban en la misma fecha a 2,301,183. Es de recordar que ya desde 1994 se pronosticaba que los Fondos de Pensiones, con dificultad, superarían la cobertura lograda por ellos mismos en cesantías¹¹. Pero lo más alarmante es que

6 Lora y Helmsdorff. *El Futuro de la reforma Pensional*, FEDESARROLLO-ASOFONDOS, enero de 1995, Bogotá D.C., pag 38 y 39.

7 ¿Quién le teme a Carlos Wolff?, Revista Semana, agosto 25 de 1997.

8 Boletín Superintendencia Bancaria, Comportamiento de los Fondos de Pensiones Obligatorias, Pensiones voluntarias y de cesantía a mayo 31 de 1997; Santafé de Bogotá, D.C., 12 de junio de 1998.

9 Administradora de Pensiones y Cesantías, Coyuntura, Superintendencia Bancaria de Colombia. Cuarto semestre de 1997, pag 37, Bogotá.

10 Informe de Gestión del FOSYGA 1996.

11 Jaramillo Pérez, Iván. El Salto Social y la Reforma de la Seguridad Social, en *¿Hacia donde va el Salto Social?* Fescol, Consejería Presidencial para la Política Social, Bogotá, abril de 1995.

entre 1997 y 98 los afiliados, pese a que crecieron el 19% como inscritos nominales, sin embargo los afiliados inactivos que tienen más de seis meses de atraso en sus cotizaciones crecieron en un 78%, por lo cual los afiliados activos en realidad disminuyeron en un 9% (ver cuadro 4).

Tampoco el ISS se queda atrás y pese a que en marzo 31 de 1998 informó que contaba con 4,645,126 en pensiones¹², posteriormente la OIT¹³ ajustó la cifra y le reconoció solo 2.8 millones como afiliados activos para abril de 1998, lo cual significa que el ISS arrastra también al menos un 40% de inscritos inactivos.

Los afiliados a los Fondos de Pensiones Obligatorias se han distribuido en ocho fondos; entre ellos, Porvenir participa en un extremo con el 23.6% de los afiliados activos y Pensionar en el otro con 1.3%¹⁴. Dice además la Superbancaria que a la misma fecha 1.144.267 afiliados (43%) de los Fondos de Pensiones Privados eran nuevos entre tanto que 1,188,872 afiliados (45%) provienen del ISS y 173.127 afiliados (el 6.5%) de las Cajas de Previsión¹⁵.

- 12 Superintendencia Bancaria, Consulta 1998025985-0, 25-09-1998. Antes en carta de Carlos Wolff al Tiempo, el 23 de septiembre de 1997. Informó además que el Régimen de Riesgos Profesionales tenía 4,004,388 afiliados y que en salud llegaban a 11,446,916 personas amparadas.
- 13 Informe de la Misión de la OIT, Centro de Convenciones Jiménez de Quezada, Bogotá, 26 de marzo de 1998.
- 14 Boletín Superintendencia Bancaria, 12 de junio de 1998, Bogotá.
- 15 Asociación de Administradoras de Fondos de Pensiones y Cesantías, ASOFONDOS, Boletín a 30 de junio de 1997, Bogotá.

Cuadro 4
FONDOS DE PENSIONES OBLIGATORIAS
Afiliados activos e Inactivos

FONDOS Junio 30/97	AFILIADOS ACTIVOS	%	AFILIADOS INACTIVOS	%	AFILIADOS TOTALES
PORVENIR	538,186	34.98	131,212	18.02	669,398
COLFONDOS	277,486	18.04	73,629	10.11	351,115
PROTECCIN	193,820	12.60	106,934	14.68	300,754
COLMENA	174,053	11.31	82,420	11.32	256,473
HORIZONTE	165,265	10.31	191,125	26.24	356,390
DAVIVIR	92,223	5.99	83,792	11.50	176,015
COLPATRIA	79,889	5.19	56,481	7.75	136,370
PENSIONAR	17,652	1.15	2,753	0.38	20,405
TOTAL	1,538,574	100.00	728,346	100.00	2,266,920

FONDOS Junio 30/97	AFILIADOS ACTIVOS	%	AFILIADOS INACTIVOS	%	AFILIADOS TOTALES
PORVENIR	327,876	23.5%	422,298	32.3%	750.174
COLFONDOS	233,101	16.7%	216,211	16.6%	449,312
PROTECCIN	236,101	16.9%	144.109	11.0%	380.695
HORIZONTE	232,972	16.7%	189.392	14.5%	422.364
COLMENA	127,775	9.2%	173.543	13.3%	301.318
COLPATRIA	115,969	8.3%	57,119	4.4%	173.088
DAVIVIR	102,755	7.4%	95.801	7.3%	198.556
PENSIONAR	18,833	1.3%	7,917	0.6%	26,750
TOTAL	1,395,867	100.0%	1,306,390	100.0%	2,702,257

Fuente: Boletines, Superintendencia bancaria. Informes presentados por las SAF.

CARACTERÍSTICAS DE LOS AFILIADOS

En cuanto al tipo de afiliados a los Fondos de Pensiones Obligatorias, se observa que solo 3.6% son trabajadores independientes, porcentaje este inferior al obtenido el año anterior que era de más del 4%. Es también inferior al que se presenta en las EPS el cual llega al 6.4% e inferior al porcentaje de afiliación de los cuenta propia al ISS que llega al 7.5%.

Entre los afiliados a los Fondos de Pensiones Obligatorias el 78.8% devenga menos de 2 salarios mínimos, el 14% entre 2 y 4 salarios mínimos, el 5.4% entre 4 y 7 salarios mínimos y el 1.8% entre 7 y 10 salarios mínimos. Esta escala de remuneración declarada como ingreso base de la cotización -IBC- es muy inferior a la detectada por la Encuesta Nacional de Hogares para Bogotá, Cali y Medellín la cual determina que la población con ingresos menores a 2 salarios mínimos era solo del 67.4% en 1991; no obstante el Ingreso base de Cotización -IBC- de los Fondos de Pensiones Obligatorias es muy cercano, aunque más bajo, al declarado por los afiliados al ISS, los cuales en un 77.4% declaran devengar menos de dos salarios mínimos, en contraste con las Cajas de Compensación Familiar en las cuales estos declarantes de menos de dos salarios solo llegan al 71.8%. Estos datos revelan, de todos modos, una peligrosa tendencia a la elusión de aportes por vía de la subdeclaración de ingresos, la cual al parecer no ha sido derrotada por el sistema de capitalización individual tal como preconizaban sus promotores más encarnizados.

Los afiliados a los Fondos de Pensiones Obligatorias clasificados por edad, muestran que el 24.2% es menor de 24 años, la mitad -52%- está entre los 25 y 34 años, el 20.3% entre los 35 y 45 años y 2.6% son mayores de 45 años. Es de observar que la población afiliada a los Fondos es eminentemente joven pues la población del país con más de 45 años es 10 veces mayor (26%) que el porcentaje afiliado a estos fondos.

LA RENTABILIDAD DE LOS FONDOS Y RESERVAS

Como se sabe, la garantía de una buena pensión en el sistema de capitalización individual depende básicamente del valor del aporte, de la fidelidad y el tiempo en la cotización por parte del afiliado y la buena rentabilidad por parte de los fondos en manos de las Administradoras de los Fondos de Pensiones Obligatorias. A su turno las tasas de interés de los fondos dependen en gran medida de las tasas de captación de recursos vigentes en el mercado financiero y en general de los rendimientos de las inversiones, de donde se puede concluir fácilmente que los Fondos de Pensiones Obligatorias han contado con suerte, pues en estos primeros años de su operación las tasas de interés en el mercado financiero han llegado a niveles especialmente altos. Así, las tasas de captación promedio han estado colocándose entre 1994 y 1997 por encima del 33% anual, mientras que la inflación ha quedado por debajo del 22.51% resultando una tasa efectiva esperada en términos reales de al menos el 10.50%. Es de observar no obstante y por comparación que la tasa real de interés por año en los últimos 25 años ha conseguido solo un rendimiento promedio de 4.5%¹⁶.

Dentro de este contexto financiero favorable, los fondos de pensiones colombianos han logrado una tasa promedio de rentabilidad bruta del 34.17% entre julio 01/95 a junio 30/97¹⁷ aunque con tendencias a la baja hacia diciembre de 1997 con el 31.41% acumulado¹⁸. Esta tasa de rendimiento se sitúa no obstante por encima de las señaladas en promedio para el mercado financiero, y está incluso, por encima del 28.46% que ha sido la tasa mínima obligatoria exigida por el Estado¹⁹ en beneficio de los Fondos de Pensiones

16 Boletín Superintendencia Bancaria, Bogotá 12 de junio de 1998.

17 Boletín Superintendencia Bancaria, Bogotá 11 de junio de 1997.

18 Revista Dinero. Nro. 56, marzo 4 de 1998.

19 Coyuntura, Administradora de Pensiones y cesantías, Superintendencia Bancaria, Cuarto Trimestre de 1997. Bogotá, pag.14.

antes de Comisiones²⁰. Descontando el efecto de la inflación en términos reales, la rentabilidad bruta promedio a en dos años y medio de los fondos ha sido de 11.66%²¹, la cual para sorpresa de los más pesimistas está levemente por encima de la rentabilidad de los fondos chilenos que entre 1981 y 1998 han conseguido un promedio de 11.4% pese a la tasa negativa del -2.1% obtenida en el último año²².

Sin embargo, la rentabilidad neta en beneficio del afiliado ha estado por debajo de esos niveles y fue así como en ese mismo período los beneficios para los afiliados llegaron en términos nominales a solo el 27.71%, debido al alto valor de las comisiones del 3.7%²³. No obstante, hay que reconocer que esa tasa, aunque mercedada, estuvo por encima del 25.66% que fue la tasa ofrecida para cesantías²⁴.

Es de considerar además que esta forma de calcular y presentar la rentabilidad de los Fondos de Pensiones, regulada por la resolución 2549/94 de la Superintendencia Bancaria, enmascara la supuesta rentabilidad de los aportes con la rentabilidad de las cuentas de ahorros de los afiliados que son cosas diferentes. En los hechos se oculta el costo de los seguros previsionales y los beneficios de los Fondos de Pensiones Obligatorias e infla artificialmente la tasa de rentabilidad para el afiliado en su cuenta de ahorro pensional individual. Así el afiliado aporta el 13.5% sobre su salario mensual pero la rentabilidad solo se calcula sobre el 10% de su aporte el cual se capitaliza en su cuenta. Dado que hasta el 3.5% de su aporte se des-

20 Este sistema en forma absurda exige una rentabilidad mínima a los Fondos de Pensiones Obligatorias antes de comisiones pero no exige rentabilidad mínima para los afiliados, con lo cual habría que decir que el Estado interviene para defender la parte más fuerte que es el capital y no al afiliado.

21 Revista Dinero. Nro. 56, Bogotá, marzo 4 de 1998, pag. 84

22 Revista Semana, Nro. 834, Bogotá, abril 27 de 1998, pag. 56.

23 Se tomó Rentabilidad Bruta 31.41% menos neta 27.71%.

24 Coyuntura, Administradora de Pensiones y Cesantías, Superintendencia Bancaria, Bogotá, pag. 16.

tina por ley a seguros de invalidez y sobrevivencia, reaseguros con el fondo de garantía, gastos de administración y utilidades de los Fondos de Pensiones Obligatorias²⁵.

En orden a la transparencia, habría que distinguir entre la rentabilidad de las cotizaciones y la rentabilidad de los ahorros del cotizante, dado que para el primer caso los costos de los seguros y los gastos de administración deberían presentarse como un menor valor de la rentabilidad bruta de los aportes de los afiliados. Pero este sinceramiento no parece aconsejable para los Fondos de Pensiones Obligatorias dado que con esta presentación la rentabilidad se vería disminuida en más de siete puntos, pasando del 27.71% de la cuenta de ahorros a solo el 20.52% en promedio anual de los aportes²⁶. Si así se hiciera el cálculo, la rentabilidad bruta en términos reales señalada arriba como del 11.66% para los fondos de pensiones se vería reducida para los aportantes al sistema pensional primero: después de descontar las comisiones a solo el 7.96% y segundo después de descontar el costo de seguros, utilidades y gastos de administración el resultado sería -0.77% y obtendrían así una rentabilidad negativa. De lo anterior se deduciría que la rentabilidad negativa final que reciben los afiliados a los fondos de pensiones permite suponer que si un aportante cualquiera tuviera la disciplina de ahorrar siquiera treinta años en una cuenta cualquiera de UPC con rentabilidad real mínima, entonces conseguiría más capital para su vejez que en el sistema pensional, aunque en honor a la verdad debería comprar adicionalmente un seguro para los casos de invalidez y muerte para tener mejor garantía.

Por efectos comparativos es de observar que, según la OIT, del 13.5% que aportan los afiliados al ISS este solo gasta en administra-

25 Ley 100/93, Art. 20, párrafo segundo.

26 El cálculo se ha hecho así: Si con una cotización de \$10 a una tasa de interés del 27.71% anual se obtiene un rendimiento de \$2.8, entonces este beneficio es con relación a \$13.5 de cotización total solo el 20.52% de interés anual.

ción 0.6 puntos y el resto, más sus rendimientos, se convierte en reservas²⁷ para el pago de IVM, de lo cual se concluye que el afiliado aporta más a su pensión en el ISS que en los Fondos de Pensiones Obligatorias. Desafortunadamente el 95% de las inversiones de las reservas del ISS están atadas a préstamos para que el gobierno cubra su déficit fiscal y este solo reconoce una rentabilidad del 6% real en promedio con lo cual ISS resulta subsidiando la ineficiencia fiscal o el exceso de gasto del Gobierno Central. No obstante, hay que señalar que si se calcula la tasa interna de retorno de los aportes de los afiliados al ISS versus los beneficios, los pensionados reciben en sus mesadas con respecto a sus aportes históricos una rentabilidad implícita cercana quizás al 12%. Pero es precisamente este desfase entre la productividad de la reserva (6%) y los beneficios efectivos de los afiliados al ISS (12%) lo que compromete su viabilidad financiera en el largo plazo.

Finalmente, hay que distinguir entre la rentabilidad de los Fondos de Pensiones y la rentabilidad de las Administradoras de Fondos de Pensiones AFP, pues dado que sus patrimonios se manejan en forma separada, los resultados positivos en uno no siempre lo son en el otro. Mientras los fondos tienen garantizada una rentabilidad mínima por ley los Fondos de Pensiones Obligatorias pueden generar pérdida. Para 1997 Porvenir registró utilidades por \$5.001 millones, Protección ganó \$3.080 millones, Horizontes obtuvo \$210 millones y Colmena \$196 millones. Entre las que perdieron se encuentran Colpatria, Davivir, Colfondos, Pensionar y Eskandia²⁸.

27 Informe OIT, Bogotá, abril de 1998, pag.16. Dice que el ISS reserva el 1.2% de la cotización para administración, pero solo gasta el 50%.

28 Revista Dinero, Nro. 56, Bogotá, abril 4 de 1998, pag. 84.

Cuadro 5
ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA RENTABILIDAD DE LOS
FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
1994 A 1997

Rentabilidades nominales	Tasa de interés
Rentabilidad Bruta de Fondos	31,41%
Tasa de Captación Promedio (*)	33,00%
Rentabilidad obligat. Mínima	30.60%
Rentabilidad Ahorros para Afiliados	27.71%
Rentabilidad en Cesantías (*)	25.66%
Renta. Aportes menos Seg. y Adm.	20.52%
Tasa de inflación 1994 – 1997	19.75%
Rentabilidad final para el Afiliado	-0.77%
Rentabilidad Real (sin inflación)	
Fondos Pensionales Colombianos	11.66%
Fondos Pensionales Chilenos (*)	11.40%
Rent. Afiliados menos comisiones	7.96%
Rent. Aportes Menos Seg. y Adm.	- 0.77%
Rent. Real Reserva ISS.	6.00%
Rent. Implícita pensiones ISS	12.00%
Rentabilidad mercado 25 años (*)	4.50%

(*) Interésan por comparación.

LAS RESERVAS Y LAS INVERSIONES

Los fondos de pensiones obligatorias alcanzaron al 30 de junio de 1998, un valor de \$2 billones 421 millones, equivalentes a 2.8 del PIB duplicando los resultados en el último año. Entre tanto el ISS acumulaba reservas, por \$3 billones 925 millones a marzo 31 de 1998 equivalentes a 4.4% del PIB²⁹ con una rentabilidad

29 Superintendencia Bancaria. Consulta 25-09-98.

promedio real del 6% y con un crecimiento del 36% en el último año y superando en más de diez veces la reserva de 1993. Adicionalmente, la reserva en Riesgos Profesionales del ISS llegó a \$1.28 billones de pesos en la misma fecha superando ampliamente las necesidades técnicas según se desprende del informe de la OIT.

Entre los Fondos de Pensiones Obligatorias con más participación en los recursos del sistema de capitalización individual se cuenta: Porvenir con el 26%; Protección, 21%; Colfondos, 17%; Horizonte, 13%; Colmena, el 10%; Colpatria el 6%; Davivir, el 5% y Pensionar, el 2%. Se observan casos especiales, por ejemplo: Porvenir tiene el 28% de los afiliados pero solo el 26% de las reservas; así mismo, Horizonte posee el 16% de los afiliados pero el 13% de los recursos; en cambio Protección posee solo el 14% de los afiliados y el 21% del valor acumulado en reservas.

Mientras el ISS invierte el 95% de toda su reserva en títulos del gobierno para financiar el gasto público y eventualmente el déficit, los Fondos de Pensiones Obligatorias concentran su inversión en bonos emitidos por el sector financiero y por el sector real (empresas privadas) con el 22% y 13% respectivamente del portafolio de inversiones; no obstante, lo cual también los Fondos de Pensiones Obligatorias invierten en el gobierno con Títulos de Tesorería (TES) y Bonos de deuda pública entre otros con el 13% y el 9% respectivamente del portafolio de inversión. Este procedimiento es un mal negocio para el ISS porque recibe un interés real de solo el 6% cuando el mercado financiero ofrece el doble.

EL PASIVO PENSIONAL

Con la nueva reforma pensional el pasivo actuarial que tan preocupados tenía a muchos analistas, ahora con la reforma tiende a disminuir como porcentaje del PIB (ver cuadro 6) pasando del 62% en 1997 al 52% en el año 2005. Tal disminución favorecería no solo a los Fondos de Pensiones Obligatorias sino incluso al ISS y al sector público según se desprende de estudios y proyecciones de la Co-

misión del Gasto³⁰. Aún más, para el año 2025 el pasivo prestacional del ISS habrá pasado del 34% en 1997 a solo el 11% del PIB, pese a que el escenario propuesto limita el crecimiento del ISS a ritmos vegetativos y pronostica un déficit operativo desde 1998, aunque el mismo solo existiría veinte años más tarde según cálculos de la OIT.

Cuadro 6
PASIVO DEL SISTEMA PENSIONAL COLOMBIANO
(Como porcentaje del PIB)

Clase de Pasivo	1997	1998	2000	2005
Pasivo ISS	34.38	33.56	31.97	28,33
Pasivo AFP	6.07	5.86	5.48	4.62
Sector Publico	22.20	21.88	21.25	19.77
Pasivo Total	62.64	61.30	58.70	52.72

Escenario Base: El ISS crece vegetativamente, los Fondos de Pensiones Obligatorias capturan los nuevos afiliados y el sector publico es financiado por el gobierno central.

FUENTE: Min - Hacienda, cálculos de la comisión del Gasto.

Otros cálculos extremos hablan de un pasivo pensional bruto del sistema (sin descontar capacidad de pago) de US\$92,100 millones equivalentes a 117,6% del PIB. De los cuales US\$52,000 corresponderían al ISS entre tanto que para los Fondos de Pensiones Obligatorias ya estaría en el orden de los US \$24,500; pero al mismo tiempo y por fuera de la ley 100/93, el magisterio presentaría un pasivo de US\$3,100, Ecopetrol US\$2,300 y Telecom US \$1,700. Algunos se atreven a decir que hay una bomba escondida y que la deuda pensional del sector público con Ecopetrol, el magis-

30 El Espectador. 30 de mayo de 1997.

terio, las fuerzas militares y las prestaciones extralegales de las empresas públicas podrían llegar al 50% del PIB³¹.

No obstante, las preocupaciones de la Comisión del Gasto se centran en el cómo financiar el déficit operativo (es decir cuando las cotizaciones no alcanzan para pagar las pensiones) que pueda presentar el sistema en el ISS y el sector público. Sobre el ISS la comisión del gasto considera que si la reserva tiene un rendimiento real (descontando inflación) del 7% anual, el déficit operativo se empezaría a presentar en el año 2005 y las reservas alcanzarían hasta el año 2010.

Este análisis es más optimista que el previsto por ASOFONDOS que anuncio el déficit operativo del ISS para 1996; sin embargo, la OIT³² concluyó que el ISS no tendría que usar la reserva hasta el año 2012 y agotaría estos recursos solo en el año 2018 e incluso podrían durar hasta el año 2020 si el gobierno paga la mesada número catorce de los pensionados tal como quedo previsto en la ley y hasta el 2022 si recibe cumplidamente los pagos de los bonos pensionales denominados del tipo B por efecto del traslado de los funcionarios públicos al ISS y cuyo monto llegaría a 13.5 billones de pesos. En esta fecha, el ISS deberá recibir recursos del fisco si antes no se introducen reformas en el plan requisitos y de beneficios.

Se estima además que los funcionarios que se trasladan del ISS a las AFP le están generando al Estado un pasivo en bonos tipo A de 8 billones de pesos y que actualmente hay 700.000 historias laborales en este trámite.

EL ESTUDIO DE LA OIT SOBRE EL ISS

La utilización que ha hecho ASOFONDOS del estudio de FEDesarrollo³³ y luego del informe de la Comisión del Gasto pa-

31 .Revista Dinero Nro. 56, marzo 4 1998. Pag. 83.

32 Presentado el 26 de marzo de 1998 en Bogotá por los técnicos de la OIT.

33 Eduardo Lora y Loredana Helmsdorff, *El Futuro de la Reforma Pensional*, Fedesarrollo - Asofondos, Bogotá Colombia, enero de 1995.

ra pronosticar nuevamente la quiebra del ISS, había suscitado un acalorado debate entre los doctores Carlos Wolff y Jorge Eduardo Botero³⁴. Para aclarar el trasfondo del debate quizás hay que tener en cuenta que la desbandada de afiliados al ISS preconizada por algunos economistas, no se ha conseguido al menos en las proporciones esperadas y la captación de afiliados por parte de los Fondos de Pensiones Obligatorias ha empezado a perder ritmo por efecto del desempleo, e incluso los afiliados activos (con pagos al día) han disminuido. Adicionalmente, quizás su capacidad de crecimiento se esté acercando a su límite estructural, a lo cual se agrega que existe una natural previsión de que las tasas de interés tenderían a la baja en el mediano plazo afectando la rentabilidad de dichos fondos; tales circunstancias han obligado a reiniciar el debate con la intención de deslegitimar al ISS y presionar el anhelado efecto desbandada. Con el objetivo de dirimir esta polémica, el ISS contrató los servicios de consultores internacionales.

El 26 de marzo de 1998 la Organización Internacional del Trabajo -OIT- en un acto masivo en el Centro de Convenciones Jiménez de Quezada presentó las conclusiones sobre la viabilidad financiera del ISS. Dada la densidad de ese informe, en abril el ISS ofreció un documento más sencillo denominado Índice de conclusiones y recomendaciones, el cual dice:

1. La conclusión general del estudio es que los esquemas que actualmente administra el Instituto con base en la Ley 100 son viables, pero que si lo son, esto no obedece a un desarrollo jurídico, financiero y actuarial planificado y coherente, puesto que la ley no lo dispuso así. Por esta razón, es preciso que el Instituto defina un plan claro que evite dichas falencias y le permita ampliar su campo de maniobra dentro de la seguridad social.
2. En materia pensional, lo anterior implica necesariamente la definición de un plan a 50 años dentro del cual se establezca una prima escalonada que cubra de manera total el valor presente

34 Revista Semana, Bogotá, agosto 25 de 1997.

de las obligaciones del Instituto con el valor presente de los aportes que llegue a recaudar. De igual manera, el plan debe tener un seguimiento anual de tipo actuarial de forma tal que las correcciones que deban hacerse al sistema se hagan con el objeto de garantizar su equilibrio en el largo plazo.

3. De acuerdo con la OIT, en materia de salud y de riesgos profesionales, el plan debe considerar la racionalización de los gastos administrativos para que el Instituto se acerque al estándar internacional de gastos administrativos como porcentaje de los recaudos por cotizaciones. En la actualidad, el Instituto se encuentra por encima de dicho porcentaje.
4. En materia convencional, las conclusiones de la OIT se constituyen en un llamado a la racionalización de los gastos relacionados con las pensiones de jubilación, la retroactividad de las cesantías y el crecimiento real de los salarios de los empleados del Instituto.

Si bien en forma estricta del estudio de la OIT no puede deducirse que el ISS es autofinancieramente viable en forma eterna como parecen concluir sus más heroicos defensores; sin embargo, tampoco puede concluirse que está tan quebrado como insistentemente lo han tratado de demostrar sus más encarnizados detractores.

El estudio afirma tajantemente en su página 37: Los resultados de las proyecciones financieras y actuariales difieren substancialmente de los evocados durante el proceso de reforma del sistema de seguridad social así como de las cifras presentadas en la exposición de motivos de la propia ley 100/93. De esta manera, las proyecciones pesimistas que vaticinaban la insolvencia del régimen de IVM antes del fin de siglo no han sido corroboradas ni por la experiencia del propio régimen, ni por las proyecciones, aún bajo las condiciones conservadoras en las que han sido sustentadas. Como se recordará, durante el proceso de reforma, la exposición de motivos del proyecto 155/92 evocó un estudio de JLB Actuarios y Fedesarrollo presentó estudios preliminares con los cuales se vaticinó la inminente catástrofe que ameritó la reforma. Posteriormente y de nuevo Fe-

desarrollo en el estudio de Lora y Helmsdorff, le puso fecha a la debacle y pronosticó que para 1996 se presentaría el déficit de caja; más adelante, la Comisión de Racionalización del Gasto le prolongaría la vida útil al ISS hasta el año 2005 fecha en la cual se haría necesario usar las reservas para que viviera cinco años mas, todavía en marzo pasado la revista Dinero pronosticó de nuevo el déficit de caja del ISS para este año 1998. De otra parte, la comisión de la OIT dijo que no encontró en el ISS (pag.). 25) la información ordenada por salarios, sexo, edad y años de cotización en la forma que se requería para hacer proyecciones serias y que para conseguir esto le requirió la mayor parte del tiempo. Cabe preguntarse: ¿los anteriores estudios con base en que información hicieron sus proyecciones? ¿cuáles fueron sus hipótesis demográficas y financieras? Todo parece indicar que la manipulación de los denominados cálculos actuariales, de las proyecciones demográficas y de la ingeniería financiera hacen que los pronósticos sobre el ISS sean más inciertos que las encuestas electorales e incluso es probable que haya problemas de ética, no en vano la Asociación Colombiana de Actuarios ha convocado recientemente a un seminario sobre el tema.

Como se recordará, el gobierno Gaviria proponía cerrar el ISS al igual que las demás Cajas de Previsión y sus opositores –a falta de mejores argumentos– proponían un sistema de aportes mixtos: una parte de la cotización al sistema de reparto y otra parte al de capitalización individual. No obstante, con base en proyecciones poblacionales del DANE-CELADE³⁵ y suponiendo que el ISS continuaría manteniendo su parte del mercado, se preveía que podría tener capacidad autofinanciera hasta el año 2025, siempre y cuando se hiciera una reforma al sistema de reparto con capitalización colectiva, con la cual, efectivamente, la ley 100/93 le incrementó los requisitos y le rebajó los beneficios, estableciendo cotizaciones al 13.5% sobre el salario durante al menos 20 años, con pensión básica del 65% sobre la base salarial y con la edad de retiro a los 62 años. Mas aún la vida del ISS podría prolongarse si se conseguía hacer un buen

35 Citadas por el actuario Carlos Alberto Naranjo.

manejo financiero de las reservas y si se conseguían tasas reales de rendimiento como las chilenas del 11.4% dado su promedio entre 198 -1988³⁶.

Considerando el nuevo escenario de condiciones en materia de requisitos y beneficios del recién creado sistema de prima media con prestación definida, el ISS estaría ofreciendo unas tasas de interés implícitas a sus afiliados del 11 o 12% real, en forma aproximada³⁷ Pero si esa no era la tasa de interés que se conseguía con el rendimiento de las reservas, para esa fecha límite del año 2025 la situación del ISS sería insostenible de todas maneras porque la relación entre aportantes y pensionados sería menor de 5.55³⁸ y las cotizaciones de los activos no alcanzarían para pagar los pensionados. En ese momento entonces el sistema de reparto entraría necesariamente en crisis requiriendo apoyo fiscal del Estado a menos que de nuevo se aumentara la edad de jubilación o se rebajaran los beneficios.

No obstante los riesgos, esta visión de las cosas hizo entrever en ese momento la posibilidad de crear y mantener un sistema dual con competencia ISS-Fondos Privados, sin embargo, diversos estudios antes y después de expedida la ley, han venido haciendo pronósticos fatalistas sobre la viabilidad financiera del ISS. Así en estos años, se han visto estudios sucesivos que quiebran al ISS a los seis meses de vigente la ley, otro de los estudios muy célebre, el de Fedesarrollo, dijo hace tres años en la pag.83 de su publicación oficial: "El ISS difícilmente podrá hacer frente a los costos pensionales futuros. A partir de 1996 generará déficit de caja que llegara al 0.6% del PIB en el año 2000..." Está tan politizado el debate que en otra importante revista financiera y a solo quince días antes de conocer-

36 Revista Semana, Nro. 834, Bogotá, abril 27 de 1998.

37 ¿A quién le conviene quedarse en el ISS o vincularse a un fondo de capitalización individual? En *Evaluación de la Seguridad Social en el Salto Social*, PRODUCTIVIDAD, EQUIDAD Y CIUDADANÍA, Viva La Ciudadanía, Bogotá, enero de 1997.

38 Jaramillo Pérez, Iván. *La Reforma a la Seguridad Social en Colombia*, Documento de trabajo, Bogotá, enero de 1994.

se el informe de la OIT se afirmó: ...”Todo indica que para finales de este año (1998), el ISS ya no podrá continuar acumulando reservas por concepto de aportes...”³⁹.

Ahora en 1998, con el estudio de la OIT se puede deducir como conclusión que el ISS al momento de arranque con la ley 100 de 1993 podía aspirar a vivir en forma autofinanciada hasta el año 2025 sin usar las reservas y un poco más allá del 2032 consumiéndola; sin embargo, han ocurrido hechos que le disminuyen su esperanza de vida autónoma: primero la misma ley 100 de 1993 le cargó al ISS en forma un tanto irresponsable la obligación de pagar la mesada número catorce, para compensar las contribuciones a salud de los pensionados, con la promesa que el gobierno se la pagaría después, lo cual no ha ocurrido ni ocurrirá seguramente, por lo cual con esta medida el ISS perdió entre dos y tres años de esperanza de vida (pag. 39). Pero el golpe más duro lo sufrió como producto de la competencia de los Fondos de Pensiones Obligatorias, que pese a no haber tenido la magnitud de los impactos pronosticados por Fedesarrollo y Asofondos, consiguió que el ISS perdiera entre 1994 y 1998 el 25% de sus cotizantes jóvenes con lo cual también perdió diez años de vida autofinanciada según la OIT (pag. 39). Dentro de estas nuevas coordenadas, la OIT le fijó el año 2012 como fecha en la cual se produciría el quiebre en el sistema de reparto y por razones de maduración demográfica y financiera, las cotizaciones de los afiliados activos y sus rendimientos serán insuficientes para pagar las pensiones de la vigencia teniendo que recurrirse en lo sucesivo a la reserva de capital (pag.38). Afortunadamente, la ley 100/93 al subir las cotizaciones en forma abrupta del 6.5% en 1991 al 13.5% en 1996 produjo un incremento inusitado de las reservas del ISS que en 1997 llegaban al 4.14% del PIB y no obstante que la rentabilidad media pagada por el gobierno es baja (se estima solo en el 6% anual en promedio) esta podría prolongar la vida útil del ISS hasta el año 2018 y quizás hasta el 2022 si el gobierno además le pa-

39 Revista Dinero, Bogotá, marzo 4 de 1998, Nro. 56. Pag. 83.

ga la mesada catorce a los pensionados y se recalculan y pagan cumplidamente los bonos tipo B que corresponden a los funcionarios públicos que se trasladen al ISS.

Las proyecciones de la OIT se hacen según su concepto dentro de hipótesis conservadoras porque estiman que el ISS conserva su participación en el mercado laboral y que los salarios crecerán por productividad al tres por ciento sobre la inflación. Además prevé que el ISS está en una etapa incipiente de maduración demográfica y que pasará de 7 cotizantes por pensionado en 1998 a 2.6 en el año 2030 (pag.32). El mismo informe estima que un escenario optimista sería cuando el ISS amplíe su cobertura más allá de su crecimiento vegetativo y uno pesimista sería si continúa perdiendo afiliados. Como se sabe para los críticos del ISS, el escenario más probable es precisamente el que la OIT presenta como pesimista y en caso de producirse los resultados del escenario optimista con una ampliación de cobertura del ISS posicionándose en el mercado; esto incrementaría el tamaño del pasivo actuarial en el largo plazo al decir de sus opositores. Los críticos del ISS, para usar una expresión reiterativa de Juan Camilo Restrepo, dicen que este es una bomba de tiempo que dispararía el déficit fiscal, aunque lo cierto es que Lora se equivocó al pronosticar su estallido para 1996 y al parecer la mecha se ha ido alargando en los pronósticos posteriores y la OIT dice ahora qué esta alcanzará hasta el año 2022. Lo más esperanzador del informe de la OIT es, sin embargo, que además de alejar la fecha de la debacle dice que entre tanto, hay tiempo para usar un amplio margen de maniobra que tiene el ISS, el cual implica mejorar los manejos gerenciales en la ampliación de la cobertura, en la reducción de gastos, en la separación de cuentas, en conseguir mejores inversiones y en la introducción de otras medidas que implican cambios en la ley sobre todo en el plan de requisitos y beneficios (edad de jubilación, tiempo mínimo de cotización, cálculo de la pensión, traslado entre sistemas).

No significa lo anterior que el informe de la OIT alabe la ley 100 de 1993 y al contrario dice: la ley 10/93 no es una ley clara; abundan los vacíos legales y las imprecisiones terminológicas

(pag.6), además enfatiza que el sistema de la prima media con prestación definida es poco menos que irracional financieramente porque: ni la ley 100/93 ni los reglamentos de desarrollo, establecen las características y la mecánica de equilibrio entre ingresos y gastos a lo largo del tiempo ni un programa de constitución de reservas. Se hace referencia a un régimen de Prima Media con Prestación Definida que no se define ni se ha acompañado, hasta la fecha, de una nota técnica o de un reglamento financiero actuarial que estipule su funcionamiento (pag 38).

Como se sabe, el sistema de prima media fue producto no de un estudio sino de un acuerdo político que en principio favorecía a las partes y hacía viable la reforma. Es de recordar que el gobierno Gaviria al final de su mandato no tenía la fuerza suficiente para cerrar las puertas del ISS tal como era su propuesta inicial en el proyecto 155/92, más aún, cuando se empezaron a descubrir las fallas o mentiras de los supuestos estudios que le daban base. Por lo cual debió prestarse a una transacción que tuvo varias etapas: primero debió ofrecer una reforma en salud supremamente solidaria y social⁴⁰ pero que no quería hacer y que se convirtió en el pago del peaje al Congreso para poder dar trámite a las pensiones que favorecía por supuesto más al sector financiero. En una segunda etapa aceptó discutir una propuesta de un sistema mixto en el cual los afiliados aportaban simultáneamente al sistema de capitalización individual y de reparto, sistema propuesto por cierto por los samperistas de entonces y los actuarios democráticos, pero tal invento introducía dudas y falta de transparencia y finalmente se prefirió introducir la opción del sistema dual que dejaba vivo el reparto aunque reformado y sobre todo, dejaba abierta la libre elección entre ambos sistemas. Esta opción se impuso porque tenía la triple virtud de dejar contentos a los sindicatos que conservaban un sistema mejor de benefi-

40 La ley 100 es tan generosa en materia de salud que el gobierno social de Samper la consideró exagerada y le recortó \$240.000 millones de pesos con la ley 344/96, suma equivalente a la destinada por el mismo gobierno a toda la Red de Solidaridad.

cios⁴¹ aunque fuera solo por un tiempo más, dejaba satisfecho al gobierno porque con el sistema podía diferir en el tiempo el pago parcial del pasivo prestacional y dejaba contentas a los Fondos de Pensiones Obligatorias porque así podrían desarrollar su sistema con más transparencia⁴² y como en el adagio chino, si no ganaban en la competencia podrían sentarse en el umbral de su puerta cien años para ver pasar el cadáver del ISS víctima por cierto de la transición demográfica.

Con esta opción del sistema dual, postergó la lucha entre las dos concepciones: capitalización y reparto, dejando que el mercado dictara sus decisiones seleccionando al mejor, y lo cierto es que los Fondos de Pensiones Obligatorias no ganaron tan rápido como esperaban, pero el ISS no consiguió tampoco su pasaporte a la eternidad y más bien quedó abierto el espacio para un nuevo encuentro en el legislativo. Pero aún en el caso que el ISS pierda la batalla, el sistema dual si se ha justificado porque es la forma más racional de transición, ya que difiere en el tiempo el pago del pasivo pensional, garantizaba derechos adquiridos, y crea un tipo de competencia que los neoliberales jamás se imaginaron que pudiera existir: la competencia entre lo público y lo privado. Pero sobre todo, el sistema dual se justifica, porque era la única manera política y fiscalmente posible de hacer la reforma, y en el caso que se hubiera mantenido el esquema Gaviria, o no se habría podido negociar la reforma o de aceptarse sin reparos, el déficit fiscal sería más grande que el actual.

La comisión de la OIT conoció de esta situación, primero porque en ocasión de ese debate no se les dejó hablar y debió salir corriendo del país, no se sabe todavía por amenazas de quien, pero el informe de ahora no recuerda el incidente y mejor en forma cauta reconoce que: ... Lo anterior (la coexistencia de regímenes diversos)

41 Otra parte de la negociación fue dejar por fuera a maestros, ejército, policía y a Ecopetrol.

42 La única peca contra el neoliberalismo del sistema de capitalización individual es el fondo de solidaridad pensional introducido para hacer a este sistema compatible con el artículo 48 de la Constitución que así lo exige.

es particularmente cierto en Colombia, cuyo proceso de reforma de seguridad que culminó con la promulgación de la ley 100 en 1993, constituyó más un compromiso políticamente viable que el resultado de un proceso de análisis, evaluación y obtención del consenso (pag 5).

De todas maneras y mirada en su conjunto la Reforma, ha sido un importante avance porque amplió la cobertura del sistema pensional en más de 1,500,000 de afiliados nuevos como mínimo, pues solo los Fondos de Pensiones Obligatorias registraban al 31 de mayo/98 un total de 1,144,267 casos nuevos de afiliación⁴³ y según la Comisión de Racionalización del gasto ayudó al sinceramiento de los pasivos pensionales ocultos y avanzó en financiación. La novedosa competencia público-privada ha producido además un ISS más sólido financieramente y con un manejo gerencial en pensiones que nunca antes tuvo. No obstante, el aspecto negativo más relevante está entre quienes se quedaron por fuera: las 28 Cajas de Previsión adaptadas, Ecopetrol, el magisterio e incluso los militares que por regla general no tendrán una financiación asegurada de sus pensiones hacia adelante.

LAS RECOMENDACIONES DE LA OIT AL RÉGIMEN PENSIONAL

Según el índice de conclusiones y recomendaciones del ISS, sobre el largo plazo, la OIT recomienda entre otros, lo siguiente:

- Definir un plan financiero para cada riesgo, es decir invalidez, vejez y muerte, y establecer una prima escalonada que financie los beneficios que otorga el régimen.

Si este plan, según la exploración realizada por el informe de la OIT, supone restablecer un plan de prima media escalonada como la preexistente antes de la ley 100/93, iniciando con el 13.5% sobre ingreso base de cotización con escalones cada cuatro años y llegando a una tasa de cotización del 24.3% en

43 Boletín Superbancaria, junio 12 de 1998.

el año 2030 (pag.35), entonces habría que decirle a la OIT que está haciendo propuestas por fuera de la realidad colombiana, pues lo primero que pasaría, si la tasa de cotización sube en el ISS, es que sus afiliados se pasarían en desbandada hacia los Fondos de Pensiones Obligatorias; a menos por supuesto que a los dos sistemas por igual se les incrementara la tasa al mismo nivel, lo cual parece muy poco aceptable para el sector productivo, que ya tiene suficiente con las cargas actuales sobre las nóminas.

- Revisar la distribución actual del 3.5% entre los riesgos previsionales de invalidez y sobrevivencia y los gastos de administración, de tal suerte que se corrijan los desequilibrios financieros que podría generar una evaluación incompleta del costo del riesgo de sobrevivencia. Una redistribución hará innecesario el mecanismo actual de financiación de las pensiones de sobrevivencia a través de la figura del Bono de Reconocimiento, que si bien solventa en el corto plazo tales desequilibrios, podría afectar negativamente las reservas de vejez en el largo plazo.

Esta recomendación parece supremamente atinada.

- Continuar con la política actual de vinculación de nuevos afiliados, particularmente los jóvenes.

Esta es la mejor propuesta por su impacto social debido a que obligaría al ISS a ampliar coberturas. Es alarmante saber que 1989 –según la encuesta CAPs– solo el 12.9% de 1.837.175 ancianos mayores de 60 años tenían pensión. Hoy el ISS posee solo 2.8 millones de cotizantes a pensiones y los Fondos de Pensiones Obligatorias 1.6 millones, que en conjunto equivalen al 11% de toda la población, lo cual significa que la situación no ha mejorado. Es necesario llegar a promedios del 35% que son lo aceptable en economías de desarrollo medio.

- Esta recomendación desvirtúa el planteamiento hecho por algunos estamentos de la vida nacional, según el cual las nuevas afiliaciones al ISS son regresivas en la medida en que representan

un beneficio de corto plazo sobre el flujo de fondos, pero que en el largo plazo lesionan las reservas en virtud de que los beneficios a otorgar serán mayores que los aportes efectuados durante la vida activa. De hecho, un plan financiero a cincuenta años junto con una política agresiva de nuevas afiliaciones harán de la crítica "regresiva" una ilusión.

No se sabe de dónde el ISS sacó esta conclusión, porque no se deduce tan fácil del informe de la OIT. Si la tasa de contribución se mantiene en el 13.5%, a legislación constante, como dicen los consultores, los pensionados del ISS reciben hoy beneficios equivalentes a una tasa implícita de interés que puede ser como mínimo del 11% o 12% sobre los aportes y si la tasa de rendimiento de la reserva es de solo el 6%, quiere decir que al menos por este concepto, el beneficio es superior a los rendimientos de los aportes. Se deduce de lo anterior que el régimen de prima media otorga un subsidio a los pensionados, que es de mayor valor absoluto para quienes tienen pensión más alta y ahí estaría su carácter regresivo. No obstante, si la cotización sube sobre el 13.5% de la base salarial, con modificaciones a la ley, entonces quizás se igualen los aportes con los beneficios, pero en tal caso se pronostica que: pocos, muy pocos serán los afiliados al ISS que le caminen a este invento, más aún, si coexiste un sistema alternativo en los Fondos de Pensiones Obligatorias que permanece con la tasa del 13.5%. No obstante existen otras alternativas para igualar aportes y beneficios en el ISS tales como elevar la rentabilidad de la reserva, elevar la edad de jubilación, ampliar el tiempo de cotización mínima o disminuir el valor de las pensiones.

- Fortalecer el régimen financiero del Instituto ejerciendo un control estricto a la evasión y la alusión de las cotizaciones de ley al sistema, por parte de los empleadores.

Esto es muy necesario y conveniente no solo para el ISS que tiene grados de elusión entre el 12% y el 15% sobre los ingresos reales, sino que incluso es una recomendación válida para

los Fondos de Pensiones Obligatorias que presentan elusión del orden del 11% como mínimo, sin lograr aún las mejoras en los recaudos que sus defensores preconizaron. Además, contra la evasión se responde obviamente con una estrategia agresiva de ampliación de las coberturas.

- De igual manera, la OIT señala que debe desaparecer el subsidio actual que hace el régimen de invalidez, vejez y muerte al sistema de riesgos profesionales, a través del reconocimiento de múltiples pensiones por invalidez común que realmente son de origen profesional.

Recomendación muy atinada.

De nuevo el Índice concluye que la OIT hace recomendaciones que no dependen del Instituto puesto que son del resorte de otras instancias copartícipes en el sistema de seguridad social. Entre esas recomendaciones se destacan las siguientes:

- Replantear la Ley 100 de 1993 en materia de vacíos en la definición de términos y la aclaración de algunos ya establecidos.
- Eliminar la posibilidad que en la actualidad contempla la ley de trasladarse entre regímenes pensionales en cualquier tiempo, ante la eventualidad de una pensión mayor en el régimen de prima media que en el régimen de ahorro individual.

Con esta recomendación, a la OIT se le escaparon algunos antiguos resabios monopólicos y con esta medida se eliminaría el principio de la libre elección presente en la ley. No obstante se puede optar por otras medidas necesarias pero menos drásticas tales como exigir un tiempo mínimo de cotización al ISS para obtener la pensión en este régimen (10 años por ejemplo al ISS y 20 en total al sistema) o una edad límite de arrepentimiento para el ingreso al ISS (por ejemplo los 50 años).

- Introducir cambios al régimen actual de inversiones del Instituto de forma tal que una parte de las reservas administradas pue-

dan ser invertidas en títulos distintos a títulos de la nación, los cuales contemplen una mayor rentabilidad.

Esta medida podría mejorar por sí sola el equilibrio financiero del ISS en el largo plazo, pero exige un gobierno con menos gastos, con menos déficit fiscal y que necesite por lo tanto menos de los dineros en manos del ISS, dejándole entonces libre las manos para que se juegue en el mercado con las mismas reglas de los Fondos de Pensiones Obligatorias. Esta recomendación vale para el próximo gobierno el cual debería además aprender y colocar banqueros como Carlos Wolff en la Presidencia del ISS.

- Realizar una revisión periódica de los requisitos y beneficios pensionales que actualmente contempla la ley para que estos se adecúen en todo momento a la capacidad de generación de reservas pensionales en el país.

Es necesario colocar en la ley de reforma al ISS, no unos escalones de prima media, imposibles de construir hoy, pero si unos escalones que vayan incrementando la edad de jubilación en concordancia con los incrementos en la esperanza de vida y de las normas internacionales o de los estándares de las economías desarrolladas. Solo en caso extremo, se deben reducir los beneficios en el valor de la pensión, número de mesadas y de hacerlo debería ser también en forma escalonada, en este caso hacia abajo. La regla será siempre buscar que los beneficios y los aportes se igualen progresivamente.

En conclusión:

Al parecer al ISS le caben tres alternativas:

Primera: Regresar al pasado y reconstruir un sistema de prima media escalonada, como al parecer sugiere la OIT, pero que lo sacaría de la competencia con los Fondos de Pensiones Obligatorias y aceleraría su quiebra por sustracción de materia con la desertión masiva de sus afiliados, y logrando así finalmente el efecto desbánda que esperan las AFP (quien lo creyera pero sin quererlo qui-

zás esta propuesta de la OIT favorece a los Fondos Privados de Pensiones)

Segunda: Mantenerse como está y morir en el año 2022, víctima de la transición demográfica y de la incapacidad del Estado de sostenerlo vivo con recursos fiscales. No obstante el ISS habrá jugado para entonces un importante papel como estrategia de transición que permitió al Estado diferir en el tiempo parte del pago del pasivo prestacional y que para consuelo, de no haber sido así, habría ahogado aún más al Estado en su déficit fiscal.

Tercero: En el corto plazo el ISS debe ampliar coberturas e introducir reformas para que tenga un manejo más libre y rentable de la reserva y logre el incremento progresivo en la edad de jubilación y en la densidad de cotizaciones por afiliado. Se deben cerrar las fugas en el pago de pensiones, en la evasión y la elusión en aportes y en el exceso de gastos identificados por la OIT. Quizás sea necesario, además, trabajar en la reducción de las mesadas o en la ampliación del tiempo mínimo de cotización y limitar el traslado entre regímenes. El ISS solo logrará eternizarse, si consigue finalmente en el largo plazo igualar la ecuación entre aportes + rendimientos = beneficios.

OTRAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

No obstante los límites materiales a la supervivencia autofinanciera del ISS, esta se puede prologar si se desarrollan estrategias audaces para ampliar la cobertura y si se ajustan los requisitos y beneficios. Hay que concluir además, que el sistema ISS quedó, con la reforma, con algunas ventajas comparativas frente a los Fondos de Pensiones Obligatorias con relación a los beneficiarios; pero que las mismas ventajas son debilidades estratégicas en el largo plazo en orden a su equilibrio financiero, entre ellas están:

1. El ISS otorga catorce mesadas pensionales (o sea en promedio paga hasta el 101% del salario base), pero solo obliga a cotizar sobre doce salarios anuales. Mientras que los Fondos de Pensiones Obligatorias solo pagarían doce mesadas.

2. La edad de retiro pasa de 60 a 62 años entre 1945 y el año 2014 según la ley; pero la esperanza de vida pasó de 50 años a 69 años entre 1945 y 1993 según la demografía.
3. El ISS autoriza el arrepentimiento de quienes están en el sistema privado durante treinta años o más, si ven que se pueden trasladar al sistema de reparto al final de su vida y tener así una mejor pensión, pero es muy poco probable que hacia adelante los afiliados mayores de 35 años se vayan del ISS hacia los Fondos de Pensiones Obligatorias.
4. Aún más, es muy probable que los Fondos de Pensiones Obligatorias aconsejen a tiempo a quienes no tienen el ahorro suficiente para conseguir el salario mínimo que lo mejor que pueden hacer es trasladarse al ISS, y así se evitan, los Fondos de Pensiones Obligatorias, el contraer la obligación, por demás engorrosa, de tramitar ante el gobierno recursos fiscales para garantizar la pensión mínima de sus afiliados más pobres.

De estas conclusiones se desprenden como recomendaciones las siguientes:

1. Compartir con la Comisión del Gasto la propuesta que el gobierno cree un Fondo de Pasivos Pensionales con el producto de las privatizaciones y agregando los productos financieros de la extinción de dominio.
2. Proponer además que en lugar de atender las recomendaciones de la Comisión del Gasto en el sentido de recortar las transferencias a los municipios y departamentos, creando una base de calculo diferente a los Ingresos Corrientes, se adicione la ley 60 de 1993, exigiendo que los incrementos de las transferencias (Situado Fiscal y Participaciones Municipales) se destinen provisionalmente al saneamiento del pasivo prestacional de los departamentos y municipios.
3. Se debe suprimir la mesada número 14 del sistema de prima media(o dejar la alternativa) y crear como compensación un seguro de salud para pensionados, alimentado con recursos de la

cuenta de compensación del FOSYGA, que evite la cotización a salud de los pensionados tanto en el sistema de prima media como en el de los Fondos de Pensiones Obligatorias (es un buen negocio para los pensionados porque la cotización a salud vale el 12% de la pensión y una mesada equivale a solo el 8%).

4. Entre el año 2014 y 2025 se debe establecer un calendario de reajuste anual sucesivo más alto en la edad mínima de jubilación, de tal manera que la misma coincida con la esperanza promedio de vida del país, pasando entonces de 62 años hasta los 65 años en el año 2025 y preferiblemente a los 69 años ofreciendo algunos estímulos especiales.
5. Se debe colocar una edad límite para el arrepentimiento en los cambios de sistema; por ejemplo, los 42 años. O bien establecer en forma alterna quince años como tiempo mínimo de cotización exclusiva (sin sumar tiempos de AFP) para pensionarse en el sistema de prima media, incluso cuando esta sea con el salario mínimo.
6. A los Fondos de Pensiones Obligatorias se les debe exigir una rentabilidad mínima obligatoria para los afiliados que en ningún caso sea inferior a un interés real (sin inflación) del 7% efectivo anual, con el fin de garantizar una posibilidad cierta de construcción de pensión por vía del ahorro individual.
7. Al menos el 50% de la reserva del ISS debería aplicarse a la inversión en el sector real o financiero siempre y cuando su rentabilidad sea superior a los bonos públicos.
8. Es necesario en forma inmediata aplicar la ley 100/93 en forma integral (pensiones, salud y riesgos ocupacionales) a Ecope-tról y al magisterio.
9. Es necesario evitar que en las cajas adaptadas, caso Congreso y universidades públicas, se sigan admitiendo servidores públicos de nueva vinculación. Y hay que estimular su liquidación inmediata.

LA REFORMA DE SALUD

La creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la ley 100 de 1993 pretende conseguir la cobertura universal en salud de la población colombiana bajo dos regímenes de aseguramiento: el Contributivo con aproximadamente un 70% de la población como máximo y el Subsidiado para un 30% de la población como mínimo. El aseguramiento deberá garantizar la distribución equitativa de los subsidios y la accesibilidad efectiva a los servicios de salud sobre la base de un Plan Obligatorio de Salud progresivamente igual para todos y ofrecido en condiciones de calidad y eficiencia, enfatizando servicios básicos de prevención y promoción.

El Artículo 48 de la Nueva Constitución Colombiana de 1991 estableció un concepto amplio de seguridad social pero sin contenido preciso, correspondió a la Ley 100 de 1993 desarrollar y definir el Sistema de Seguridad Social Integral bajo la guía de dos ideas rectoras: conseguir la cobertura universal y crear un ambiente desmonopolizado para la libre competencia y la libre elección.

En la ley 100 de 1993, producto del desarrollo de la Constitución concurre, entonces, los principios y conceptos procedentes del viejo esquema bismarckiano, tales como la solidaridad y la integralidad, y de otros impulsados por el neoliberalismo, como el libre escogimiento de los usuarios y el fomento de la competencia entre entidades gestoras del aseguramiento y entidades prestadoras de servicios. Además, el nuevo esquema de la Seguridad Social en Salud debió conciliar con los principios de la descentralización y la autonomía territorial e institucional, especialmente en lo referido al régimen subsidiado.

De acuerdo con la ley, el nuevo concepto no solo pretende encarnar los principios constitucionales de universalidad, solidaridad y eficiencia, sino también incorporar los de integralidad, unidad, descentralización y participación. Entre la amplia gama de principios que concurren en la reforma, la integralidad (olvidado por la Constitución pero recuperado del ideario de la seguridad social clásica

por la ley) permite establecer un solo Plan Obligatorio de Salud - POS- y eliminar las preexistencias y exclusiones de las contingencias costosas propias de los seguros privados. La nueva ley sintetiza el triunfo de las posiciones flexibles y la derrota de las posiciones fundamentalistas y ortodoxas puras.

La ampliación de la cobertura. Con la desmonopolización del sistema de la seguridad social se busca ampliar una cobertura que anteriormente solo llegaba al 20% de la población y se reducía al cubrimiento de los riesgos de salud y pensiones de los empleados públicos y privados vinculados al sistema contributivo de trabajadores y patronos, sin incluir por lo general a sus familias. Por seguridad social se entendía únicamente la cobertura de los afiliados al ISS, a su vez diferenciada del sistema de previsión social o conjunto de cajas afiladoras de los funcionarios públicos.

Por fuera del sistema de seguridad social, la atención en salud era responsabilidad del sistema de asistencia pública, encargado de la atención a las personas sin capacidad económica para contribuir al sistema de seguridad y previsión social, o bien que teniendo esa disponibilidad no encontraban los mecanismos institucionales para hacer efectiva su vinculación. Adicionalmente estaban las empresas de medicina prepagada, los seguros de salud y otra serie de entidades privadas de tipo cooperativo, asociativo o gremial que prestaban servicios semejantes y alternativos a la Seguridad Social, duplicando los costos en algunos casos.

En el nuevo régimen de salud el sistema de seguridad social integral permite ahora convertir en Entidad Promotora de Salud -EPS- al Instituto de los Seguros Sociales -I.S.S.-⁴⁴ y a las cajas de previsión social⁴⁵ que se adapten, o bien abrir programa de EPS o convertir en socios de las EPS a las cajas de compensación familiar⁴⁶, a las

44 Entidad que tuvo el monopolio tradicional de la seguridad social entre el sector privado.

45 Entidades que poseían la adscripción obligatoria de los funcionarios públicos.

46 Entidades que manejan las asignaciones familiares o subsidio familiar de los trabajadores.

empresas de medicina prepagada y de seguros de salud privados, y a las organizaciones comunitarias y asociativas.

Además, se tiende en forma progresiva a sustituir el concepto de seguros privados como alternos y diferentes a los seguros sociales, en la medida en que estas entidades privadas se articulen y se integren al nuevo sistema de seguridad social integral como socios o como proveedores de planes complementarios. Al sustituir en forma progresiva los subsidios a la oferta pública de los hospitales por los subsidios a la demanda manejados ahora por las EPS, con la reforma desaparece, de otra parte, el concepto de asistencia pública.

La libre elección. El gran aporte del pensamiento neoliberal contemporáneo al nuevo diseño de la seguridad social en salud, ha sido indudablemente propiciar la libre selección de los usuarios entre las diferentes EPS, las instituciones prestadoras de los servicios y los propios profesionales de la salud. Los requerimientos de ley exigen que una vez el afiliado seleccione la EPS de su preferencia, esta deberá ofrecerle opciones plurales cuando se trate de seleccionar entidades de prestación de servicios -IPS- e incluso profesionales de la salud.

Existe una diferencia fundamental entre la libre elección que ofrecen los sistemas chileno y norteamericano, en comparación con lo propuesto en la Ley 100 de 1993. En Estados Unidos y Chile el afiliado potencial debe escoger entre múltiples planes de salud –que en casos como el chileno llega a 5.000–, no solamente en función del plan de beneficios y su calidad probable, sino en proporción al costo de cada plan y por lo tanto a la capacidad adquisitiva de cada beneficiario. En estos países, el sistema de seguridad social es un sistema de precios-planes y en nada se diferencia del sistema de mercados privados de seguros de salud.

En el sistema colombiano no existe como en EE.UU o Chile un sistema de precios por cada clase de plan, puesto que todas las EPS deben ofrecer el mismo plan integral y obligatorio y todos los afiliados deben pagar una proporción igual de su ingreso. La libre

selección en el sistema colombiano se hace entonces única y exclusivamente en función del prestigio, la calidad, la oportunidad o la accesibilidad geográfica que se ofrece a los usuarios. Las relaciones entre las EPS y los afiliados deberán regirse únicamente en razón de estos criterios. Sin embargo, el sistema deja abierta la posibilidad de una competencia adicional entre ellas, en materias específicas de hotelería, tecnología o atención al cliente, que demandan costos superiores y a las cuales tendrían acceso los afiliados que opten por planes complementarios autorizados por la ley.

En Resumen. En la Ley 100 de 1993 se encuentra una concepción integral del sistema de seguridad social que establece la posibilidad de un conjunto armónico de entidades públicas y privadas para la administración de los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios, unas con carácter de aseguradoras y otras como proveedoras.

Pese a facilitar la presencia del sector privado y de las organizaciones asociativas en la administración del nuevo régimen de la seguridad social, al tiempo que confiere un papel protagónico a municipios y departamentos en el régimen de subsidios, la nueva ley conserva para la seguridad social en salud el carácter de servicio público otorgado por la Constitución. De acuerdo a ello, la Ley establece que la dirección, coordinación y control del sistema de seguridad social integral estarán a cargo del Estado.

El sistema de seguridad social en salud permite a las entidades privadas con o sin ánimo de lucro que participen de los procesos de afiliación, recaudo y contratación o prestación de servicios junto al ISS, las Cajas de Previsión, las cajas de compensación familiar, las entidades de asistencia pública y otras de beneficio social. Se conforma así una amplia red de EPS y IPS que hacen viable el ejercicio de la libre elección y la concurrencia en la ampliación de las coberturas. Adicionalmente se otorga a las entidades territoriales la facultad de manejar los subsidios en materia de salud.

TRECE PROPÓSITOS DE LA REFORMA

Para obtener sus fines la ley 100/93 tiene los siguientes propósitos explícitos.

Primer propósito: Especialización de las instituciones públicas

Mientras la creación del Sistema Nacional de Salud se esforzó en buscar su eficacia por vía de la integración funcional de actividades e instituciones, creando dependencias y entidades multifuncionales, o asociaciones entre instituciones, la ley 100/93 se mueve dentro del esquema de separar funciones, introducir la competencia, y dentro de la máxima: zapatero a tus zapatos, convocar a la especialización institucional como el mejor camino para obtener tanto la eficiencia como la eficacia.

La reforma iniciada en este punto con la ley 10/90 se propone separar los sistemas de Dirección de la Salud respecto del Sistema de Prestación de los Servicios, otorgando autonomía administrativa a los hospitales, liberando al Ministerio de Salud de funciones administrativas y creando direcciones locales y seccionales de salud.

La reforma se ha visto abocada también a separar los Programas de Salud Pública (contenidos en el Plan de Atención Básica -PAB- y en el Plan de Saneamiento Ambiental) creados gratuitamente por el Estado en las secretarías locales y seccionales de salud y financiados con los impuestos. Quedarían de otra parte los servicios de beneficio privado en manos de las Instituciones Proveedoras de Servicios -IPS-, garantizados por las Entidades Promotoras de Salud -EPS- con financiación parafiscal principalmente.

Se busca, además, separar las funciones financieras y de prestación de los servicios de salud, con la diferenciación entre Entidades Promotoras de Salud -EPS- e Instituciones Prestadoras de Servicios -IPS-, otorgando a las primeras las funciones de afiliación, recaudo y manejo del aseguramiento o riesgo financiero, y especializando a las segundas en la provisión de los servicios del Plan Obli-

gatorio de Salud -POS-. Finalmente, con la creación de la Superintendencia Nacional de Salud y el mantenimiento de la rectoría técnica y política en manos del Ministerio de Salud se segregan las funciones de control respecto de la regulación administrativa y financiera de la seguridad social ahora en manos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Segundo propósito: Caminar hacia la cobertura universal de servicios asistenciales

El propósito central de la Constitución de 1991 y la Ley 100 de 1993 es marchar hacia la conquista de la cobertura universal en la prestación de los servicios asistenciales de salud, la cual se espera garantizar y financiar mediante tres regímenes: el contributivo, autofinanciado totalmente con los aportes obligatorios obrero-patronales y que podría, según estimaciones preliminares, cubrir el 70% de la población colombiana; el de seguridad social con subsidios a la demanda de origen fiscal y de solidaridad parafiscal, que podría llegar a cubrir integralmente la meta del 30% de la población en el año 2001, y el de servicios o planes de atención complementaria -PACs- regido por las reglas del mercado y que podría llegar al 10% más rico de la población.

El régimen contributivo, autofinanciado con las contribuciones obrero-patronales obligatorias, anteriormente monopolizado por el ISS y las Cajas de Previsión y con una cobertura cercana al 20% de la población, sufre con la reforma dos tipos de cambios fundamentales: primero, amplía la cobertura de tipo individual a todo el grupo familiar (3.5 miembros en promedio), y en segundo lugar extiende la obligatoriedad de la afiliación desde los asalariados hacia todos los trabajadores independientes, buscando la meta del 70% de la población para el año 2000. Para tal efecto no solo se define la obligatoriedad de la afiliación a todos los habitantes con capacidad contributiva, sino que además las actividades de afiliación, aseguramiento y financiación quedan a cargo de diversas EPS públicas o privadas. Estas nuevas condiciones unidas a la desmonopolización del

aseguramiento social permiten prever que con su concurrencia múltiple y complementaria se podrá penetrar los diferentes mercados potenciales y garantizar la libre elección de los usuarios.

Tercer propósito: Crear el régimen subsidiado en sustitución de la asistencia pública

La reforma propuesta no solo busca la ampliación de la cobertura de los servicios de salud a toda la población con capacidad contributiva, sino que además pretende incluir a la población de escasos recursos que no tiene capacidad de contribución plena (estimada en un 30%). Se crea entonces el régimen subsidiado de la seguridad social en salud, el cual debe incorporar a la población de escasos recursos hasta ahora marginada, otorgándole subsidios directos a la demanda, de tal forma que puedan vincularse a las EPS subsidiadas, y en forma progresiva contar con los mismos beneficios de quienes tienen capacidad de vincularse al régimen contributivo. Corresponde a los alcaldes y a las direcciones seccionales y locales de salud clasificar socio-económicamente a la población pobre, otorgar los subsidios y fomentar las organizaciones para su administración.

El régimen subsidiado en salud supone la abolición progresiva del viejo sistema de asistencia social, lo cual en términos financieros significa sustituir los subsidios a la oferta, representados en los presupuestos que tradicionalmente reciben los hospitales públicos, por el sistema de los subsidios a la demanda canalizables hacia las organizaciones encargadas de manejar el seguro social subsidiado y responsables del aseguramiento y cubrimiento de los riesgos financieros.

En esta perspectiva, los beneficiarios de los subsidios tendrán un real poder de decisión sobre la asignación y manejo de los recursos y la selección de los proveedores de los servicios, pasando en los hechos, a comprar los servicios a los hospitales con recursos fiscales, evitando la relación de atención por caridad. Existe además la expectativa de que la expansión del régimen subsidiado se realice sobre la base de contratar la prestación de servicios con los hospitales públicos antes de recurrir a la creación de nueva infraestructura;

mientras tanto, subsiste el régimen de subsidios a la oferta reformado con carácter transicional.

Cuarto propósito: Incorporar al sector privado

La provisión de servicios puede realizarse mediante entidades públicas o privadas indistintamente. El nuevo sistema de seguridad social en salud busca la incorporación del sector privado asegurador (empresas de medicina prepagadas y empresas de seguros de salud) a través del ofrecimiento de dos posibilidades:

Una, su transformación en EPS que ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS) y que se convierten en gestores o agentes intermediarios del Sistema de Seguridad Social en Salud. Para tal efecto, deberán afiliar a los beneficiarios, recaudar su cotización periódica, sacar de allí las unidades de pago por capitación -UPC- que corresponden a cada beneficiario, y finalmente remitir el resto, si hay superávit, al Fondo de Compensación.

Dos, el ofrecimiento de planes complementarios de salud al POS con servicios adicionales de mejor calidad en materia de atención al cliente, hotelería hospitalaria y tecnología. Estos planes deberán financiarse con recursos diferentes a las cotizaciones obligatorias.

La gestión adecuada del POS –con un gran número de afiliados por EPS– puede generar utilidades que compensen las expectativas de la inversión privada y hacer que los proveedores participen de esos beneficios cuando contraten con las EPS la administración de una parte del POS. La opción de rentabilidad inmediata para el sector privado está, no obstante, en el manejo de los planes complementarios y de otros seguros que puedan ser adquiridos por los afiliados.

Quinto propósito: Ofrecer la posibilidad de la libre elección entre proveedores y organizaciones aseguradoras

La ley 100 de 1993 comparte las expectativas creadas alrededor de la competencia y la libre elección en el sentido que su fomen-

to debe repercutir en la mejora de la calidad de los servicios, aunque sea solo en la parte formal de la mejor atención al cliente, y que además puede tener efectos en la eficiencia y en la cobertura del aseguramiento y los servicios.

Los usuarios tienen la posibilidad de la libre elección entre distintas entidades gestoras del aseguramiento denominadas Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las diferentes instituciones prestadoras de servicios (IPS). Para tal efecto, se prevé la separación institucional entre las entidades gestoras del aseguramiento y la financiación, con respecto a aquellas que cumplen funciones operativas en la prestación de los servicios. De otra parte, la desmonopolización suprime de hecho la adscripción obligatoria de los beneficiarios a una cierta institución aseguradora o a una determinada institución de prestación de servicios.

Sexto propósito: Garantizar un Plan Integral de Salud

A diferencia de los planes privados, el Plan Obligatorio Integral de Salud -POS- no contempla la posibilidad de impedir la atención de los usuarios a causa de las denominadas enfermedades preexistentes y de las excluidas. Adicionalmente, se establece el acceso de los beneficiarios del régimen subsidiado a un plan progresivamente integral que deberá ir mejorando sus condiciones de tecnología, hotelería y suministro de insumos y medicamentos dentro de un proceso de ajuste escalonado que se extiende hasta el año 2001.

Las EPS administradoras de los regímenes contributivo y subsidiado de la seguridad social en salud deben entonces ofrecer un plan obligatorio de salud -POS- que incluya servicios asistenciales en condiciones básicas de calidad, y con la suficiencia tecnológica y hotelera que determine el organismo rector nacional de la salud y la seguridad social en salud. Tal plan no puede excluir la atención de enfermedades preexistentes pero tiene exclusiones de algunos procedimientos estéticos o científicamente no probados como efec-

tivos y algunos períodos de carencia para presionar fidelidad al sistema de cotizaciones.

De otra parte, para quienes tienen capacidad de pago adicional diferente a la contribución obligatoria, las EPS pueden ofrecer planes complementarios de salud con mejores condiciones en hotelería, tecnología y servicios adicionales en la atención al cliente.

Séptimo propósito: Garantizar la prevención y la promoción

La reforma colombiana es consciente que la universalización del aseguramiento –más aún cuando va acompañada de competencia y de subsidios a la demanda– puede potenciar la producción de servicios curativos y de procedimientos innecesarios en detrimento de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Para contrarrestar las tendencias al fortalecimiento de lo curativo y apoyada por la ley 60 de 1993 que garantiza parte de la financiación, la ley 100 desarrolla tres estrategias de prevención:

Primera: Con la separación de los servicios de salud pública y de los servicios asistenciales de tipo privado, abre paso al Plan de Atención Básica -PAB-, que es un plan en un 95% preventivo y promocional a cargo del Ministerio de Salud y de las direcciones territoriales de Salud.

Segundo: Al promover una estrategia de asignación de recursos y contratación por capitación, obliga a los aseguradores y proveedores a obtener utilidades por la vía de estimular la prevención y la promoción para evitar la erogación de costos en actividades curativas y de rehabilitación.

Tercero: Al generar un fondo especial de tipo parafiscal favorece a las EPS para el desarrollo de programas especiales de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Los programas financiados por esta cuenta benefician a los afiliados de las EPS pero tienen impactos colaterales en los programas de salud pública.

Octavo propósito: Garantizar la atención de riesgos catastróficos

La ley crea una cuenta especial para el manejo de recursos destinados a cubrir los costos de salud ocasionados por las catástrofes naturales y sociales que afectan a muchas personas.

Además, se obliga a las EPS a tomar un seguro (o reaseguro) para cubrir los riesgos catastróficos (aquellos de baja ocurrencia individual pero de alto costo unitario) con lo cual no solo se evita la selección adversa de los enfermos y accidentados que requieren atenciones costosas, sino que además se garantiza una adecuada financiación de las intervenciones de alta tecnología, fomentando adicionalmente el desarrollo científico y la remuneración adecuada de las especializaciones sofisticadas.

Noveno propósito: Crear mecanismos de compensación y solidaridad

Como el sistema de libre elección podría llevar a la constitución de un régimen para ricos bien financiado y uno para pobres en situación de quiebra, se establece un mecanismo de compensación y garantía que permite que aquellas EPS que capten los afiliados de los estratos socioeconómicos más altos, transfieran el superávit que generan a las organizaciones con afiliados de estratos socioeconómicos más bajos.

Cada EPS debe recaudar el 12% sobre el ingreso de sus afiliados, recursos que no son de su propiedad y sobre los cuales el sistema reconoce únicamente una cuota per cápita por afiliado denominada Unidad de Pago por Capitación -UPC-, la cual varía en su valor por efecto de la edad, el sexo y la localización geográfica. De otra parte, existe un fondo de compensación que recoge los excedentes generados en las EPS que trabajan con sectores de altos ingresos y bajo riesgo (por las diferencias entre los recaudos y las Unidad de Pago por Capitación -UPC-), para ser transferidos a las EPS que trabajan con afiliados de bajos ingresos y alto riesgo.

Tal mecanismo no solo deberá garantizar a largo plazo la supervivencia de entidades como el ISS sino también su refinanciación. No obstante lo anterior, el sistema estimula para que cada EPS genere internamente su propio sistema de compensación incluyendo grupos sociales de diversos niveles de ingreso y riesgo. Además, como mecanismo de solidaridad, el régimen contributivo establece el aporte de un punto de su cotización al sistema subsidiado, adicionando esos recursos a otros procedentes del presupuesto nacional y de las contribuciones de los afiliados.

Para hacer viable este sistema de competencia con prevención, compensación y solidaridad, se crea entonces un Fondo Nacional de Salud con funciones de Solidaridad y Garantía -FOSYGA- para el manejo de algunas cuentas financieras del sector, entre las cuales se encuentran:

- a) La cuenta de Prevención y Promoción: encargada de recaudar hasta un punto de la contribución obligatoria para garantizar programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud a los afiliados.
- b) La cuenta de solidaridad: recauda uno de doce puntos de la cotización del régimen contributivo y está destinada a financiar el régimen subsidiado del seguro social de salud. Se alimenta además de los aportes de las Cajas de Compensación Familiar y de un aporte peso a peso del presupuesto general de la nación.
- c) La cuenta de compensación: Se encarga de recaudar los superávits que generan las EPS cuyos recaudos sobre los ingresos superan la suma de las Unidades de Pago por Capitación -UPC- que les corresponden para ser transferidos a las EPS que presentan déficit.
- d) La cuenta de catástrofes y accidentes de tránsito: Recauda aportes especiales del seguro obligatorio de accidentes de transportes y tránsito y otras fuentes para cubrir este tipo de eventos.

Décimo propósito: Crear mecanismos de control de costos

La generalización de los sistemas de aseguramiento y la introducción de la competencia tienden a producir un desbordamiento en los costos como sucede en los Estados Unidos, donde el 14% del PIB se destina a salud, y en las empresas de Medicina Prepagada en Colombia. No se podría entonces pretender generalizar la competencia en los sistemas de aseguramiento si simultáneamente no se crean mecanismos cuyo fin sea garantizar el control de costos y viabilizar el sistema de compensación entre las diversas EPS.

Con tal fin la ley creó un sistema de capitación mediante el cual cada EPS recibe una unidad de pago por capitación -UPC- por beneficiario a su cargo, de valor estandarizado proporcional al riesgo cubierto según sexo y grupo étnico, estableciendo como norma que los gastos de la EPS no podrán ser superiores a esa UPC sin incurrir en pérdida financiera, a menos que el usuario quiera hacer un aporte adicional en la compra de planes complementarios.

La reforma incentiva a las EPS para que contraten con las instituciones prestadoras de servicios la provisión de los mismos, pero mediante pagos por capitación para la atención ambulatoria y pagos integrales por diagnóstico para hospitalización y cirugía, en sustitución de las formas tradicionales de los pagos por actividad o procedimiento que como se sabe sobreestiman las actividades y los costos innecesarios.

El sistema prevé, entonces, dos grandes mecanismos de control de costos, a saber: las unidades de pago por capitación (UPC) y los pagos integrales por diagnóstico (PIDA), que deberán estimular a que las EPS reduzcan los costos sin sobrepasar en ningún momento el valor de las UPC, y a que las instituciones proveedoras IPS contengan los costos sin sobrepasar el valor estandarizado de los pagos integrales por diagnóstico PIDAS ó las capitalizaciones parciales.

Undécimo propósito: Reformar administrativa y financieramente los hospitales

Al considerar que el status de los hospitales públicos como dependencias del Ministerio de Salud, de las direcciones seccionales de salud o del ISS (recibiendo asignaciones presupuestales según sus costos históricos) ha funcionado con ineficiencias crecientes, incapacidad en el aseguramiento de la atención de riesgos y costos e inequidades en la asignación de los subsidios fiscales a los beneficiarios, la reforma se propone habilitarlos como empresas para participar dentro de un esquema competitivo, sustituyendo en forma progresiva los subsidios a la oferta por los subsidios a la demanda, de acuerdo a la cobertura, la eficiencia y la calidad de sus resultados.

Con este procedimiento se pretende incrementar la productividad de los hospitales y focalizar los subsidios fiscales hacia el 30% más pobre. Se busca además una autonomía administrativa y financiera que haga viable la aplicación de criterios gerenciales en los hospitales públicos a través de reformas estructurales que los doten de las herramientas propias de la gerencia privada. La ley crea la figura de las Empresas Sociales del Estado -ESE- como establecimientos públicos descentralizados, con un régimen privado de contratación, con un manejo financiero similar al de las empresas industriales y comerciales del Estado y con estatuto de personal igual al de los establecimientos públicos. Estas ESE están dirigidas por una Junta Directiva con participación de los usuarios y del sector científico y poseen un director con estabilidad y período fijo de tres años.

Duodécimo propósito: Manejo descentralizado de la Salud Pública y de los subsidios a la demanda

Con la ley 10 de 1990 y la Constitución de 1991 se había descentralizado formalmente el Sistema de Salud otorgando a los municipios y departamentos competencias y recursos para que se hicieran responsables de la salud.

Las nuevas leyes 60 y 100 de 1993 fortalecen esta perspectiva sobre todo en el manejo de las funciones y servicios propios de la salud pública y el saneamiento ambiental, e incluso los alcaldes y gobernadores son responsables de la identificación de los beneficiarios de los subsidios y de la contratación para la administración de esos subsidios a la población más pobre, con entidades públicas y privadas.

Se crean de otra parte los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud encargados de la coordinación y vigilancia de los diversos actores. No obstante, es de observar que mientras la Salud Pública y el Régimen Subsidiado de Salud están bajo control territorial, el Régimen Contributivo de la seguridad social en salud goza de una cierta extraterritorialidad y está bajo supervisión y control nacional.

Décimo tercer propósito: Creación de un Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

La reforma diferenció las funciones de dirección y control anteriormente concentradas en el Ministerio de Salud. Las leyes 10/90 y 60/93 lo despojó de las funciones administrativas para transferirlas a las direcciones locales y seccionales de Salud y a los hospitales mismos. En manos del Ministerio quedaron las funciones de rectoría y control, posteriormente separadas con la creación de la Superintendencia de Salud quien asumió las segundas. Además del Sistema de Salud, la ley 100/93 entregó al Ministerio la Seguridad Social en Salud (que anteriormente estaba en el Ministerio del Trabajo), pero dividiendo las competencias de dirección entre el propio Ministerio y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Dentro de este nuevo esquema, el Ministerio quedó con la rectoría en materia de políticas, normas técnicas y con los programas y responsabilidades de la Salud Pública en general. Con la ley 100/93 se creó un ente colegiado rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud en asuntos administrativos y financieros tales como el valor y la destinación de las contribuciones, el valor de las UPC, las tarifas y los requisitos de las EPS y de las IPS. El Minis-

terio de Salud debe entonces ceder progresivamente a las Empresas Sociales del Estado y a los gobiernos departamentales y municipales la prestación de servicios de salud, para encargarse de las competencias normativas en las materias técnicas de salud, el diseño y estímulo de las políticas de salud, y la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud pública bien sea en forma directa o mediante las direcciones seccionales y locales.

LOS RESULTADOS DE LA REFORMA

Cinco años han transcurrido desde la aprobación de la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993 –que reformó la Seguridad Social en Salud en Colombia– y diez años desde que se inició el proceso de descentralización del sector público: primero con el Decreto 77/87 posteriormente con la ley 10 de 1990 y finalmente con la ley 60 de 1993. Durante este tiempo se ha avanzado en la puesta en marcha de las reformas y en la creación de todo tipo de expectativas, tanto positivas como negativas.

*No hay la menor duda que las reformas en salud que se están implementando en el país a partir de 1987 son de gran importancia y trascendencia. Nunca en la historia del campo de la salud en Colombia se habían dado unas reformas de la magnitud y complejidad de las actuales, con marcadas incidencias sobre casi todos los aspectos del funcionamiento del sector. Por ello su seguimiento cuidadoso es una labor necesaria para identificar oportunamente las dificultades, los riesgos y las medidas correctivas del caso*⁴⁷.

En agosto de 1997⁴⁸, la Universidad de los Andes (Programa CIDER-REUNIRSE) encontró que en las zonas pobres de 110 municipios, la accesibilidad a los servicios médicos cubría el 95% de la población consultada en cerca de mil hogares. Pero además en-

47 Evaluación de la ley 100, ASSALUD, CORONA, FESCOL,GTZ, Bogotá. 1996-97.

48 Encuesta de REUNIRSE, Universidad de los Andes, agosto de 1997.

contró que el 87% manifestaba estar satisfecha con los servicios recibidos.

Simultáneamente, la Encuesta sobre Calidad de Vida, realizada por el DANE durante el segundo semestre de 1997, encontró que el 57% de la población estaba afiliada a la seguridad social, el 85% de los afiliados considera que la atención había sido oportuna y el 82.5% evaluó la calidad del servicio como buena.

Es de recordar que en 1990, el Estudio Sectorial de Salud había encontrado una accesibilidad a los servicios de solo el 65% de la población y con aseguramiento social el 20%. Estos indicadores se reajustaron hacia 1993, estableciendo –mediante la Encuesta Nacional de Hogares– que el 80% de la población tenía acceso a los servicios de salud, y un 24% estaba afiliada a la seguridad social.

Puede concluirse entonces, que la reforma descentralista que tocó a las entidades territoriales y a los hospitales, permitió mejorar la accesibilidad a los servicios en siete años, pasando de cubrir el 65% de la población hasta llegar al 95%; y la reforma a la seguridad social permitió modificar el grado de aseguramiento, pasando del 24% al 57%.

Pese a que la OIT⁴⁹. Estableció –ver cuadro 1– una cobertura global de 18 millones en SGSSS, el gobierno fue más optimista y en la misma fecha, el CONPES estimaba que: "En el área de la salud, hasta 1997 se aseguraron 14.6 millones de personas en el régimen contributivo (lo que representa el 97% de la meta del cuatrienio) y se afiliaron al régimen subsidiado 7 millones pertenecientes a los estratos más pobres de la población (el 58.5% de la meta del cuatrienio). En cuanto al ISS, este ha incrementado en más de 50% el número de sus afiliados. De otra parte, durante 1997, en vacunación, se alcanzó a cubrir en promedio 93.7% de la meta establecida en el Programa Ampliado de Inmunización -PAI-."

49 Según la OIT, el 46% de la población de 1997 estaría asegurada. Bogotá, abril de 1998, pag. 47.

No son sin embargo tan halagüeñas las noticias en materia de prevención y promoción. La Universidad de los Andes CIDER-REUNIRSE encontró que la mayoría de las acciones en este sentido solo llegan al 30% de la población y el mayor alcance lo tienen los mensajes radiales que llegan hasta el 48%. De otra parte las encuestas de Profamilia muestran deterioros en algunos indicadores de salud materno infantil.

Cuadro 1
AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
Octubre de 1997

ENTIDADES	AFILIADOS
28 Entidades Promotoras de Salud EPS	3'220,000
30 Entidades Adaptadas	349,650
Instituto de los Seguros Sociales ISS	7'390,000
CAPRECOM	200,000
CAJANAL	430,000
Subtotal Régimen Contributivo	11'589,650
16 EPS	2'930,000
50 Cajas de Compensación Familiar CCF	1'270,000
175 Empresas Solidarias de Salud	2'240,000
Subtotal Régimen Subsidiado	6'440,000
TOTAL Sistema de Seguridad Social	18'029,650

FUENTE: Informe OIT, Abril de 1998.

La Encuesta Nacional de Calidad de Vida -DANE segundo semestre de 1997- reveló -ver cuadro 2- que efectivamente el 57.19% de la población está cubierta por la seguridad social, así: el 37.63% por el régimen contributivo y el 19.56% por el régimen subsidiado. Este es el principal éxito de la reforma si se tiene en cuenta que en 1990 la cobertura era solo del 20.6%.

Cuadro 2
Afiliación por régimen, según decil de ingresos per cápita del hogar

	Ingreso per cápita, Mensual	Población No afiliada	Régimen Subsidiado	Régimen Contributivo	Seguro Privado	Total
1	\$0 -\$32.352	2.725.847	1.520.711	242.132	35.027	4.523.717
2	\$32.353 -\$52.000	2.447.821	1.751.072	542.995	41.352	4.813.240
3	\$52.001 -\$71.709	2.368.236	1.377.720	779.348	53.528	4.578.832
4	\$71.710 -\$93.259	2.043.587	1.037.194	1.102.325	53.691	4.236.797
5	\$93.260 -\$118.899	1.624.341	830.970	1.545.237	65.796	4.066.344
6	\$118.900 -\$154.999	1.567.360	542.689	1.864.714	57.706	4.032.469
7	\$155.000 -\$207.816	1.301.303	388.826	1.899.447	41.628	3.631.204
8	\$207.817 -\$296.941	981.058	146.357	2.211.348	82.327	3.421.090
9	\$296.942 -\$516.666	807.990	164.588	2.273.594	69.011	3.315.183
10	\$516.667+	505.883	70.485	2.444.054	102.308	3.122.730
	TOTAL	* 16.403.426	7.830.612	14.905.194	602.374	39.741.606

Nota: Incluye solamente hogares que reportan un ingreso.

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida, 1997. Cálculos de la Misión Social.

Se observa además que:

- De la población no pobre, el 47.60% está cubierta por el régimen contributivo, el 13.70% por el régimen subsidiado y el 38.59% no está afiliada. Existen entonces al menos 4 millones de subsidiados entre los estratos no pobres de la sociedad, lo cual es evidentemente lamentable.
- De la población pobre, el 35.27% está cubierta por el régimen subsidiado, mientras el 10.70% está cubierta por el contributivo y el 53.90 no está afiliada.
- Entre la Población Urbana/Rural. La cobertura de la población afiliada total alcanza el 61% en el área urbana y el 47.49% en el área rural.
- Resalta que la proporción de afiliados al régimen subsidiado dentro del total de afiliados a la seguridad social, alcanza: el 76.6% en el área rural, mientras que el 21.41%. En el área urbana.

Cuadro 3
Porcentaje de afiliados por régimen, según región

Regiones	Población Total	Régimen Contributivo			Régimen Subsidiado	Des - Vinculados
		Otras EPS	ISS	Excepción		
Atlántica	100.0%	7.5%	18%	2.8%	13.8%	57.2%
Oriental	100.0%	9.5%	19.8%	2.7%	33.2%	34.7%
Pacífica	100.0%	12.5%	21.1%	1.2%	21.5%	43.6%
Central	100.0%	8.5%	18.6%	3.3%	21.5%	48.1%
Antioquia	100.0%	17.9%	24.7%	1.4%	20.9%	35.1%
Bogotá	100.0%	23.7%	30.7%	3.8%	7.3%	34.6%
Orinoquia	100.0%	9.7%	22.7%	4.4%	33.0%	30.2%
San Andrés	100.0%	16.3%	44.5%	0.8%	17.0%	21.4%
Total	100.0%	12.8%	22.1%	2.6%	19.7%	42.8%

Fuente: Econometría con base en la Encuesta de Calidad de Vida 1997.

Con la reforma, el ISS amplió la cobertura desde el cotizante principal hacia todo el grupo familiar, y captó además a muchos afiliados a las cajas públicas que se liquidaron. Por esta razón, su cobertura pasa del 16% al 22% de toda la población –Ver cuadro 3–, aunque su cobertura pudiera haber sido mayor si no hubiera perdido por lo menos 1.200.000 cotizantes que se trasladaron a las EPSs privadas.

Las EPSs privadas además de captar afiliados del ISS y de las Cajas de Previsión, vincularon a la seguridad social a los antiguos tenedores de las pólizas de medicina prepagada, consiguiendo una cobertura del 12.8% de la población total del país.

Por fuera del sistema se quedaron los trabajadores de Ecopetrol, del Magisterio y de las Fuerzas Militares y de Policía, que representan el 2.8% de toda la población –Ver Cuadro 3–.

EL ORIGEN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS

El soporte para la expansión en la accesibilidad a los servicios y al aseguramiento social está en los nuevos recursos financieros que fluyen hacia los hospitales y hacia la creación y desarrollo del régimen subsidiado de salud. Estas nuevas fuentes de recursos se han originado unas en el proceso de descentralización (participación en los ICNs, ampliación del situado fiscal, estímulo a las rentas cedidas y Ecosalud) y otras en la reforma a la seguridad social (recursos del FOSYGA). El Cuadro No. 4 muestra el impacto que estas transformaciones han tenido en la financiación del sector, en el período 1984–1995.

Cuadro 4
EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SALUD POR EFECTO DE LA
DESCENTRALIZACIÓN Y LA REFORMA EN SEGURIDAD SOCIAL
AGREGADO NIVELES NACIONAL, DEPARTAMENTAL,
MUNICIPAL

(Como porcentaje del PIB)

	1987 %	1990 %	1993 %	1995 %
SECTOR PÚBLICO	1.1	1.3	1.4	2.3
SEGURIDAD SOCIAL (*)	1.6	1.9	2.3	3.1
TOTAL	2.7	3.2	3.7	5.4
PIB = 100 Billones de pesos aprox.				

Fuente: Banco de la República: Indicadores del Sector Público no financiero.

(*) Se estimó que el 50% del gasto en seguridad social es de salud y 50% en pensiones.

INCREMENTOS EN RECURSOS FINANCIEROS:

IMPACTO DE LA DESCENTRALIZACIÓN SECTOR PÚBLICO
 1995/1987 = 210%

IMPACTO DE LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL
 1995/1993 = 194%

IMPACTO AGREGADO 1995/1987 = 200%

La descentralización territorial. Se inició con la transferencia de recursos y competencias de la Nación hacia los municipios y departamentos, primero con el decreto ley 77/87 y posteriormente con las leyes 10/90 y 60/93. Ha permitido que las entidades territoriales asuman en mayor o menor grado el manejo de la salud pública y la asignación de los subsidios a la población pobre. Pero sobre todo, ha producido un incremento significativo del gasto público en salud (ver cuadro 4) permitiendo que el gasto agregado de la nación, los municipios y los departamentos pasara entre 1987 y 1995 desde 1.1% del PIB al 2.3%, con lo cual se ha duplicado la importancia relativa del gasto público en salud.

La reforma de la Seguridad Social. A su turno la ley 100/93 y con ella la reforma de la seguridad social en salud propició que el aporte parafiscal a la seguridad social en salud pasara del 1.6% del PIB en 1987 hasta casi duplicarse con el 3.1% en 1995.

El impacto agregado de las reformas permitió la duplicación del gasto en salud frente al PIB pasando en el período analizado del 2.7% al 5.4%, sin que aún se contabilice plenamente todo el efecto de la puesta en marcha del Régimen Subsidiado en Salud (ver cuadro 4).

EL RECURSO HUMANO Y SU REMUNERACIÓN

Con estos recursos financieros se ha conseguido la eliminación práctica del desempleo médico y la multiplicación por más de tres en las escalas salariales de los funcionarios públicos de la salud en el período 1987-1997. No obstante preocupa la subsistencia de una crisis hospitalaria permanente, en ocasiones causada por la nivelación salarial no financiada y de otra parte, aparecen insistentes quejas por la baja remuneración de los profesionales de algunas EPS públicas como el ISS y de los especialistas del sector privado que trabajan a destajo.

Un estudio adelantado por el Ministerio de Salud, conocido como el Censo del Recurso Humano y la Dinámica Salarial entre 1994-1998, mostró –ver cuadro 5– que el personal empleado en el sector pasa de 86.693 funcionarios en 1994 a 105.235 en 1997, lo cual significa un incremento relativo del empleo del 21%; pero si se tiene en cuenta que en el mismo período el desempleo en el conjunto de la economía pasa del 7% al 14%, entonces se puede concluir que la tasa de empleo relativa del sector público de la salud se incrementó en un 28%.

Es de notar que gran parte de los nuevos empleos no son de planta (solo el 18%), si no que se proveen mediante contratistas, conformándose la conocida planta paralela, la cual pasó en el período de 3.000 a 10.000 empleados.

Cuadro 5
VARIACIÓN DEL EMPLEO EN LA RED PÚBLICA*

Concepto Período	Tiempos Equivalentes ** 1994	Completo TCE 1997	Variación *** 1997/94
Cambios en personas empleadas	86.693	105.235	21% - 28%
Personal TCE	84.504	102.325	21% - 28%
Planta TCE	81.372	90.002	11% +18%
Contratos TCE	3.132	9.935	217% +224%

Médicos (General, SSO, Especialista)	6.797	9.490	40% + 47%
Enfermeros. Odontólogos. Auxiliares de Enfermería. Bacteriólogo. Auxiliar Administrativo	2.960	3.673	24% + 31%
	1.498	2.180	45% + 52%
	21.347	24.179	13% + 20%
	1.370	1.829	34% + 41%
	2.073	3.440	66% + 73%

Promotores de Salud	5.839	6.537	12% + 19%
Técnicos Saneamiento	1.886	2.100	11% + 18%

Relación personal asistencial y administrativo	1.2	1.3	8%
---	-----	-----	----

FUENTE: Censo del Recurso Humano 1994 - 1998. Ministerio de Salud 1998.

- * No incluye personal contratado directamente por los municipios que no reportan al Minsalud. No incluye empleo en las EPS y ARS.
- ** Tiempos Completos Equivalentes permiten reducir a uno dos medios tiempos y así sucesivamente.
- *** Con respecto a otros sectores de la economía, el empleo en el sector público de la salud se incrementó en +7=28% (dado que el incremento global del desempleo en el período pasó del 7% al 14%).

Discriminando por profesiones, la mejor tasa de empleo la tuvieron los odontólogos con el 52% y luego los médicos con el 47% entre el personal asistencial. A su turno el personal administrativo auxiliar creció en un 73%; sin embargo, la relación entre personal asistencial y administrativo pasó de 1.2 a 1.3, lo cual significa que los incrementos de la planta asistencial en conjunto fueron superiores a los de la planta administrativa. Resalta que el personal destinado a prevención y promoción de la salud creció poco: promotores de salud 19%, técnicos de saneamiento 18%.

Pero no solamente en el período 1994-1997 hubo una expansión del empleo en la red pública, sino que además creció en forma efectiva la escala salarial de los empleados y fue así como el sueldo promedio, a precios constantes de 1997 pasó de casi 400.000 pesos a 550.000 pesos sin incluir primas, gastos de representación y otros factores salariales que en los diversos casos oscilan entre el 25% y el 100% de la asignación básica –Ver Cuadro No. 6–. Esto significó un crecimiento real del salario del 37% sobre la inflación; pero como el reajuste de los salarios oficiales se hizo por debajo de la tasa de inflación, entonces se puede calcular fácilmente que los funcionarios del sector salud mejoraron su escala de remuneración en un 48.5% con relación al conjunto de los empleados públicos del Estado.

Discriminando por profesiones se puede observar que los mejor remunerados han sido los odontólogos y los médicos en servicio social obligatorio, quienes mejoraron sus escalas en un 87% y en un 81% respectivamente; de otra parte, los médicos especialistas consiguieron un ajuste relativo del 67% en su escala de remuneración, mientras los médicos generales solo llegaron al 48% y los odontólogos al 35%. Los promotores de salud y los técnicos en saneamiento to consiguieron ajustes del 40%.

Cuadro 6
VARIACIÓN DE LAS ASIGNACIONES BÁSICAS
EN LA RED PÚBLICA*

Concepto	Asignación ** A precios constantes de 1997	Básica	Variación ***
Período	1994	1997	1997/94
Incrementos en precios corrientes y en TCE	223.418	546.166**	141% -145%
Incremento en precios constantes 1997 en TCE	397.957	546.166	37% - 48.5%
Incremento mín. (Guajira, Vichada)	179.881	398.225	21%
Incremento máximo (San Andrés, Casanare)	293.354	634.086	116%
Médico General.			
Médico en SSO.			
Médico Especialista			
Odontólogos.			
Odontólogo en SSO.			
Auxiliares de Enfermería	860.532	1.181.106	37% - 48%
	669.602	1.056.943	59% - 81%
	1.010.114	1.557.072	54% - 67%
	843.908	1.054.177	25% - 35%
	597.423	921.549	54% - 87%
	311.105	412.140	32% - 64%
Promotores de Salud	222.896	288.675	30% -39%
Técnicos Saneamiento	370.347	475.257	28% - 40%

FUENTE: Censo del recurso Humano 1994 - 1998. Ministerio de Salud 1998.

* No incluye personal contratado directamente por los municipios que no reportan al Minsalud. No incluye empleo en las EPS y ARS.

** Esta Asignación Básica no incluye el factor prestacional (prima técnica, gastos de representación, horas extras, feriados, auxilios y bonificaciones) que se aplica para obtener el Salario Base para liquidar las cesantías y las contribuciones a la SGSS. El factor prestacional varía entre el 25% en Antioquia hasta el 97% en Bogotá.

*** La variación positiva de los salarios básicos es menor si se refiere a la inflación global de la economía, pero es mayor si se refiere a los ajustes de los sueldos oficiales.

EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

El Régimen Contributivo está diseñado para cubrir a los asalariados con uno o más salarios mínimos y a los trabajadores independientes de más de dos salarios mínimos de ingreso, con un Plan Obligatorio de Salud POS integral en el ámbito de los servicios personales necesarios para el contribuyente y su familia. La financiación se realiza en forma exclusiva con las cotizaciones obrero patronales equivalentes al 12% sobre el salario de las cuales el trabajador aporta 1/3 y el empleador 2/3.

Según los reportes al Sistema de Información de las EPS-SIEP, al final del tercer trimestre de 1997 las Empresas Promotoras de Salud (EPS) autorizadas para su gestión tuvieron 4,717,558 afiliados⁵⁰ de los cuales habría un 26% de morosos sin derecho a los servicios, con los cuales la cifra de afiliados activos podría estar en solo 3.490.992. Sobre la cobertura del ISS ha habido un intenso debate: el documento CONPES 2937 de 1996, le asignaba una cobertura aproximada de 9.319.654; no obstante, para el 31 de julio de 1997 su presidente estaba contabilizando ya 11,446,916 de los cuales 6,420,349 serían afiliados cotizantes y 5,026,567 beneficiarios⁵¹; sin embargo, el Superintendente Nacional de Salud solo le reconocía oficialmente 6.5 millones como efectivamente inscritos y activos⁵². Finalmente el estudio de la OIT en marzo de 1998 fijó la cobertura del ISS en 7.39 millones de afiliados con derecho pleno.

Con estos datos se pueden contabilizar en el régimen contributivo, un total conservador de 11,589,650, según el informe de la OIT, el cual, sobre 40 millones de habitantes del país, significarían una cobertura del 29%⁵³ de toda la población para 1997. No obs-

50 Superintendencia Nacional de Salud, Subdirección de EPS, enero de 1998.

51 Carta de Carlos Wolff a El Tiempo el 23 de septiembre de 1997.

52 No obstante los técnicos de la Superintendencia Nacional de Salud afirman que con nombre y apellido el ISS solo acredita 6.5 millones. El Tiempo, Bogotá 16 de septiembre de 1997.

53 Se incluyen las denominadas Cajas Adaptadas, y se excluyen las que están por fuera de la ley 100/93: Las Fuerzas Armadas y de Policía, Magisterio y Ecopetrol.

tante, hay cálculos optimistas como los establecidos por la Encuesta DANE sobre calidad de vida en el segundo semestre de 1997 que fija la cobertura del régimen contributivo en 14,905,194 equivalentes al 37% de la población. Sin embargo, el porcentaje señalado por la OIT en el orden del 29%, es consistente con los resultados encontrados antes por Profamilia en 1995⁵⁴ que situó la cobertura en un 27.5% entre los trabajadores de 18 a 69 años con un crecimiento en dos años de 1.3% por efecto de la ley 100/93 lo cual daría una proyección para 1997 de 28.8%; e incluso la encuesta de Profamilia mostraba un leve decrecimiento en Santafé de Bogotá quizás explicable por el desempleo y la recesión económica que informaliza la contratación de la mano de obra.

Hasta diciembre 1997, se había reportado la autorización de funcionamiento de un total de treinta y dos (32) EPS; sin embargo, Corporanónimas EPS que tenía licencia provisional fue liquidada por ley⁵⁵ y para Bonsalud EPS, de origen privado, fue ordenada su liquidación por insolvencia. CAPRECOM antigua caja de previsión convertida en EPS y la tercera EPS pública más grande, fue salvada por una ley de la República que la refinanció luego de presentar una situación de quiebra pero dándole un plazo perentorio de seis meses para mostrar resultados de recuperación o entrar en disolución; una situación semejante está presentando CAJANAL la cual es la segunda EPS de mayor dimensión. En general, las EPS públicas han sido el lunar negro de la reforma.

No obstante estos incidentes financieros, el sistema en su conjunto presenta una situación de solvencia satisfactoria, con unos mecanismos de solidaridad entre regímenes y con mecanismos de compensación entre EPS que han traído varios resultados satisfactorios. En 1996 las EPS privadas con y sin ánimo de lucro, recaudaron co-

54 Jaramillo Pérez Iván. *El Futuro de la Salud*, Fescol, Corona, FES, Restrepo Barco, Bogotá, octubre de 1997, pag. 309.

55 Corporanónimas EPS, autorizada para funcionar en forma provisional fue posteriormente ordenada su liquidación dentro del plan de racionalización de la administración pública. Ley 344 de 1996.

tizaciones sobre una escala promedio de remuneración 2.72 salarios mínimos (150% superior a las ISS) y produjeron un superávit neto del sistema (recaudos menos UPCs por número de afiliados de las EPS) que ascendió a la suma de \$51,537 millones y en cuatro años de gestión este resultado ha tendido a crecer situándose en los \$174,000 millones para el ejercicio presupuestal de 1997⁵⁶. Este superávit permitió entre otras cosas, cubrir el déficit corriente presentado en cuatro EPS⁵⁷, dejando incluso reservas adicionales que podrían ser destinadas al ISS o a otras EPS públicas cuando estas entidades entren a clarificar sus cuentas y a demandar recursos por efecto del proceso de compensación. No obstante el problema de la evasión por la no afiliación del 49% de la población ocupada a este Régimen Contributivo y la elusión y mora de aportes, estimada en un 38% sobre los ingresos base de cotización para el ISS y del 33% en las EPS, es el problema central que debe enfrentar en lo sucesivo el Régimen Contributivo⁵⁸.

De otra parte el gobierno ha buscado resaltar el papel del ISS en el régimen contributivo otorgándole un mayor liderazgo y mejores condiciones de protección en la competencia, sobre todo para el manejo del Régimen de Riesgos Profesionales⁵⁹, redefiniendo ade-

56 Acuerdo 80 de 1997 del CNSSS. Es necesario aclarar que el superávit neto del sistema no implica necesariamente que algunas EPS en particular no tengan pérdidas operacionales que el sistema no compensa. El sistema solo compensa diferencias entre el valor de las cotizaciones recaudadas y el valor de las Unidades de Pago Por Capitación -UPC-, pero no la diferencia entre costos incurridos en salud y la suma de las UPC a que tiene derecho cada EPS. Esta última diferencia –si la hubiere– debe ser cubierta con aportes de capital de los socios o del Estado como en el caso CAPRECOM.

57 Bonsalud y Saludcoop presentaron déficit sistemático en el año. Adicionalmente Cruz Blanca y Salud Total presentaron un déficit neto a fin de año, según el informe de Gestión del FOSYGA. Pero además, Bonsalud presentó pérdidas de capital superiores al 50%, por lo cual se ordenó su liquidación.

58 Jaramillo Pérez, Iván. *Plan Antievasión y Antielusión*, Ministerio de Salud, DGSSS y PMH, diciembre de 1997.

59 En el Régimen de Riesgos Profesionales al entrar en vigencia el decreto 1530 de 1996, el ISS contaba con 3,550,000 afiliados (77%) y otras 19 ARP con 1,050,000 afiliados (23%). EL TIEMPO, diciembre 7 de 1996. No obstante

más su planta de personal y su infraestructura. En el proceso de adaptación al nuevo sistema, al ISS le ha aquejado su problema de informática el cual le ha impedido saber cuántos afiliados tiene y resolver oportunamente así su participación en el sistema de compensación general entre EPS. Solamente en noviembre de 1997, pudo hacer el primer ejercicio con resultados a favor del FOSYGA, desmintiendo así rumores sobre una posible quiebra del fondo de compensación al momento que esto ocurriera.

El ISS viene además reestructurando su esquema de contratación con el sector público y privado, que ha pasado desde 1993 de \$26.000 a \$800.000 millones, con la introducción de un novedoso sistema de pagos a los hospitales mediante tarifas integrales según tipo de diagnóstico y el cual deberá conducir a la racionalización de los costos. En los dos últimos años, se ha introducido en forma generalizada para los afiliados un sistema de libre elección de proveedores entre profesionales e IPS, con lo cual se busca descongestionar la red de servicios del ISS y darle plena vigencia al principio del libre escogimiento preconizado por la ley 100/93. A su vez, aunque caminando en este punto en contravía de la ley se establecieron limitaciones a la contratación por capitación, bajo la modalidad de los ya conocidos paquetes de mil, retomado así el cuestionado sistema de pago por actividad en la atención ambulatoria, con los riesgos que esto implica en la multiplicación de los costos. Precisamente el informe de la OIT ya detectó pérdidas en 1996 y del orden de los \$211.871 millones para 1997 en la gestión del POS después de haber tenido superávit en ejercicios anteriores⁶⁰. Se han encontrado además excesos en gastos de administración de salud llegando al 26% de la UPC cuando el estándar está en el 15% máximo.

Pero definitivamente, el principal problema del ISS y de las EPS públicas es su mora en los pagos que tiene al borde de la quie-

cálculos de las ARP privadas daban al ISS solo el 67.27% de la cobertura con 2.854.873 afiliados y a las privadas el 32.73% con 1.388.765 afiliados, EL ESPECTADOR, diciembre 12 de 1996.

60 Informe OIT, Bogotá, abril de 1998, pag. 50.

bra a la red de IPS privadas y públicas (¿será que el ISS le está prestando al gobierno para cubrir su déficit hasta el dinero de la salud?). En ocasiones algunas EPS privadas incurren en las mismas prácticas más aún cuando ocurren quiebras como el caso Bonsalud.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La situación actual del Régimen Contributivo puede caracterizarse por las siguientes afirmaciones:

- El Instituto de los Seguros Sociales sigue siendo la piedra angular del sistema, ya que maneja el 64% del régimen contributivo y enfrenta difíciles y traumáticos procesos de adaptación a las nuevas circunstancias.
- El sector privado ha comprometido grandes recursos de capital, cerca de \$44,000 millones, y un gran esfuerzo administrativo en el desarrollo del nuevo sistema de seguridad social –en salud especialmente– en su régimen contributivo propiciando la vinculación masiva de las empresas de medicina prepagada, de las Aseguradoras de Vida y de las otras entidades financieras y del sector cooperativo. Al tiempo que el negocio como tal de la medicina prepagada se ha visto desplazado por las EPS y sus afiliados pasaron de 965,249 en marzo de 1994 a solo 805,578 en marzo de 1997, perdiendo al menos 60,000 afiliados por año. Además de la quiebra de Bonsalud varias EPS reportan pérdidas normales para el período de arranque inicial y al menos cinco requieren capitalización adicional⁶¹.
- La afiliación a la seguridad social se ha ampliado en el régimen contributivo gracias a la generalización de la cobertura a todo el grupo familiar y al traslado de los usuarios de la medicina prepagada a las EPS, pero aún no hay evidencia que las nuevas EPS, en términos de cotizantes nuevos, estén trascendiendo las fronteras anteriores a la ley 100/93 en el régimen contribu-

61 Foro: *Tomémosle el Pulso a la Reforma de la Salud*, Dario Angarita, Superintendente Nacional de Salud, lunes 15 de septiembre de 1997.

tivo e incluso para el caso de Bogotá se observó al cabo de dos años, una disminución de aportantes.

- Todas las EPS están tomando medidas para el control de costos pero no se constatan mejoras significativas en la calidad y en los indicadores de morbilidad; aunque ACEMI reporta que en sus encuestas que el 80% de sus afiliados se muestran satisfechos⁶² y a similares conclusiones ha llegado la Encuesta sobre calidad de vida en 1997. No obstante son preocupantes los indicadores de morbilidad infantil entre 1990 y 1995 los cuales muestran signos de deterioro.
- La crisis política, en el cuatrienio 1994-1998, alcanzó a afectar la puesta en marcha de la ley 100/93, primero con el recorte de recursos al Régimen Subsidiado y segundo con la entrega de CAPRECOM a oscuras contraprestaciones políticas que condujeron a su manejo corrupto e irresponsable, convirtiéndose así en la primera entidad con licencia de funcionamiento suspendida.
- En el Régimen Contributivo se deben desarrollar reglamentos que permitan estimular la afiliación y los aportes y evitar la evasión y la elusión.

RÉGIMEN SUBSIDIADO

Antecedentes. Desde hace ya casi una década se ha venido imponiendo el concepto según el cual los subsidios fiscales y de solidaridad se deben manejar en forma descentralizada por medio de los municipios y los departamentos y que estos no deben financiar el presupuesto histórico de los hospitales sino que se deberían orientar en forma directa a la demanda financiando el acceso de las personas pobres al sistema de seguridad social, sustituyendo de paso al sistema de asistencia pública imperante en el país. Para el manejo

62 Foro: *Tomémosle el Pulso a la Reforma de la Salud*, Guerra, Oscar Emilio. El Tiempo, 15 de septiembre de 1997.

de los subsidios, inicialmente se pensó en crear un sistema de bonos que se entregarían a los beneficiarios, pero ante el riesgo de crear un mercado negro de bonos se optó por crear desde 1993 las Administradoras del Régimen Subsidiado ARS que realizan una administración colectiva de los subsidios, primero con las Empresas Solidarias de Salud ESS y luego con las Cajas de Compensación Familiar CCF y las Entidades Promotoras de Salud EPS.

Definición. El régimen Subsidiado de Salud creado por la ley 100/93 es entonces el conjunto de normas que regulan la identificación y selección de los beneficiarios de los subsidios entre la población más pobre (iniciando con los estratos 1 y 2); su afiliación a las Administradoras del Régimen Subsidiado; el conjunto de sus derechos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado y los mecanismos de acceso a los servicios. El Régimen Subsidiado establece además las reglas de financiación y administración que deben observar el Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA- y las entidades territoriales, las administradoras del régimen subsidiado -ARS- y las instituciones prestadoras de servicios -IPS-.

Los municipios con la cooperación de los departamentos son los encargados de aplicar el Sistema de Identificación de los Beneficiarios de los Subsidios (SISBEN) y de convocar a las diversas -ARS- para que participen en la afiliación de los subsidiados dentro de un ambiente de libre elección. Con base a los subsidiados inscritos en cada una de las ARS, se establecen los contratos de administración del régimen entre los municipios y las ARS, con la firma y cooperación de los departamentos, especialmente cuando los municipios no están descentralizados formalmente.

Las ARS disponen por cada afiliado de un valor anual en dinero por persona denominado Unidad de Pago por Capitación Subsidiada -UPCs- con el cual deben financiar su funcionamiento, prestar servicios de prevención y promoción y garantizar el acceso de los afiliados a los servicios de salud ambulatorios y de hospitalización y cirugía, incluyendo los servicios de alto costo amparados por una póliza de seguros especial, de acuerdo a las limitaciones y regulacio-

nes establecidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud -CNSSS-.

Los avances en el desarrollo del Régimen Subsidiado.

El Régimen Subsidiado tuvo un importante antecedente con la puesta en marcha de las Empresas Solidarias de Salud (CONPES 1/93). Luego de entrada en vigencia la ley 100/93, durante los años 1994 y 1995 fue aplazada su puesta en marcha de acuerdo a los parámetros previstos en la ley 100/93 y se mantuvo el monopolio del sector en las Secretarías Departamentales de Salud a las cuales se les permitió cumplir funciones de EPS transitorias para poder captar recursos del FOSYGA por cerca de \$100.000 millones y de los municipios por \$38.000 millones⁶³. Si se hubieran cumplido las previsiones de las leyes 60 y 100 de 1993, en 1995 el régimen subsidiado habría contado con más de \$630.000 millones⁶⁴ y una cobertura posible no inferior a ocho millones de pobres, pero tales recursos fueron recortados, desviados ó atesorados.

Cuando finalmente en 1996 se puso en marcha el régimen subsidiado con las reglas de libre competencia señaladas en el decreto 2357 del 29 de diciembre de 1995, para octubre de 1997 se tenía como balance (ver cuadro 1): 6.440.000 afiliados al Régimen Subsidiado⁶⁵, equivalentes al 16.1% de la población total del país y que podrían representar entre la mitad y la tercera parte de la población con derecho potencial a subsidios. Se convirtieron en Administradoras de Régimen Subsidiado -ARS-, dieciséis (16) Entidades Promotoras de Salud administraban el 45% de la cobertura; ciento setenta y cinco (175) Empresas Solidarias de Salud tenían el 35% de los afiliados y cincuenta (50) Cajas de Compensación Familiar CCF atendían el 20%.

Financiación. El Régimen Subsidiado se financia (ver cuadro 7), en el ámbito nacional con el uno por ciento (1%) de los ingresos

63 Reporte de la Subdirección de Régimen Subsidiado del Ministerio de Salud.

64 Según cálculos del autor.

65 Informe OIT, Bogotá, abril de 1998, pág. 48.

devengados por los afiliados al Régimen Contributivo, con los impuestos a las armas y explosivos, con el aporte de las Cajas de Compensación Familiar -CCF- equivalente al cinco o diez por ciento (5% ó 10%) de sus recaudos y con otros aportes de origen fiscal. En el ámbito territorial, se financia como mínimo con el quince por ciento de la inversión forzosa de los municipios con los recursos de participación en los ingresos corrientes de la nación⁶⁶ y con la transformación de los subsidios de oferta en demanda que los departamentos deben ejecutar progresivamente con recursos procedentes del situado fiscal⁶⁷ y de las rentas cedidas⁶⁸.

Para su financiación, en 1996 el régimen contributivo aportó la suma de \$200,000 millones a la cuenta de solidaridad con el régimen subsidiado, equivalente a un punto de la cotización; para 1997 esa suma llegó a los 254,000 millones; y por otros conceptos la cuenta de solidaridad del FOSYGA recaudó \$233,000 millones más⁶⁹; las Cajas de Compensación Familiar aportaron más de \$28,000 millones al régimen subsidiado⁷⁰; Los municipios asignaron \$256,000 millones de destinación obligatoria e incluso una adición de \$41,000 millones de esfuerzo propio.

66 Los Ingresos Corrientes de la Nación ICN, son el conjunto de los recaudos de los impuestos del IVA, renta y comercio exterior. De ellos, la Nación debe girar el 18% a los municipios y estos deben destinar una cuarta parte a salud.

67 El Situado fiscal es la parte de los Ingresos Corrientes de la Nación que los departamentos reciben para financiar la salud y la educación.

68 Las Rentas Cedidas son los recaudos de impuestos que realizan directamente los departamentos y que tienen destino específico para salud, tales como son los impuestos a las loterías, los licores y las cervezas.

69 Acuerdo 80 del CNSSS. 12/12/97.

70 Luego que en el año 1995 se les había autorizado a las CCF gastar ese dinero en la atención de los familiares de los afiliados al régimen contributivo, mientras el ISS efectuaba su transición hacia la cobertura familiar y se abrían de otra parte los concursos y la competencia para el manejo del régimen subsidiado.

Cuadro 7
INGRESOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO
(En millones de pesos corrientes)

	1995	1996	1997
Cuenta de Solidaridad -FOSYGA-	365,312 *	414,556	487,057
Participaciones Municipales -ICN-	141,236**	184,158	255,795
Situado Fiscal convertido a demanda			76,627
Cajas de Compensación Familiar	***	ND	27,719
Esfuerzo Propio de Mcipios. Y Dptos.			41,496
TOTAL APLICACIÓN	506,548	598,715	888,697.

Fuente: Misión Social, DNP. González Jorge y Pérez Francisco 1998.
 Notas del autor.

* Estos recursos fueron desviados como subsidios de oferta por las EPS transitorias.

** Estos recursos fueron desviados por los municipios a otros objetivos y solo \$38.000 llegaron a las EPS transitorias.

*** Gasto directo de las Cajas en el Régimen Subsidiado como ARS. Estos recursos fueron desviados en su totalidad, en 1995 hacia el régimen contributivo.

LOS PROBLEMAS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

El Régimen Subsidiado como realidad sistémica involucra un conjunto de actores que interactúan entre sí y presentan cada uno sus propios problemas aunque interrrelacionadas entre sí. Participan de los diversos procesos los afiliados, las ARS, los hospitales públicos, los municipios y los departamentos, el CNSSS y el FOSYGA.

Durante dos años 1994 y 1995 el gobierno detuvo la puesta en marcha del régimen subsidiado, auspició la creación de las EPS transitorias y luego de las EPS públicas departamentales, causando un grave traumatismo que permitió la desviación masiva y la acumulación de recursos financieros del régimen subsidiado, lo cual fue

precisamente tomado como pretexto para el recorte de los aportes del presupuesto nacional a este régimen en una suma cercana a un cuarto de billón de pesos con la Ley 344/96. No se ocultaba la intención de contra reformar la ley 100/93 y reconstituir los monopolios desde el lado de la oferta y cuando tal proyecto fracasó, se tuvo como resultado el retraso en la conversión de los hospitales en ESE y la no agilización de los procesos de contratación, facturación y cobro agudizando la crisis hospitalaria y propiciando un atropellado proceso de transformación de subsidios de oferta en demanda.

Como una importante muestra de lo que ocurre en el sector, se cuenta con el resultado de las encuestas realizadas por la Universidad de los Andes (CIDER-Proyecto REUNIRSE) en 1997⁷¹ para establecer el estado del aseguramiento en salud para lo cual se entrevistaron 161 ARS, 122 IPS, 110 municipios y 970 grupos familiares: A la mitad se les identificó mediante los listados de afiliados de las ARS y a la otra mitad por selección al azar en los barrios subnormales o de estratos 1 y 2. De los entrevistados, solo el 40% dijo saber qué era el Régimen Subsidiado pese a estar en muchos casos en los listados de las ARS y de ellos el 88% aceptó estar afiliado. Se identificaron los siguientes resultados:

Falta conciencia del derecho y el camino de acceso a los servicios. Entre 383 de los entrevistados y que eran conscientes de estar afiliados, un 34% formaban parte de las Empresas Solidarias de Salud, el 15% de las Cajas de Compensación Familiar, el 40% de las Entidades Promotoras de Salud y el 12% no supo informar o se refirió a otras opciones. El 93% dijo que estaba carnetizado, el 61% que se le explicaron sus derechos, el 45% que conoce el listado de los servicios, el 41% recibió instrucciones de acceso; solo el 48% confía en que tendrá atención para enfermedades de alto costo y el 31% manifestó que escogió libremente la ARS. Para me-

71 UNIVERSIDAD DE LOS ANDES (CIDER-PROYECTO REUNIRSE) es un programa del CIDER de la Universidad de los Andes para el monitoreo de las políticas sociales. Bajo la responsabilidad de la Universidad de los Andes cooperan en los estudios y evaluaciones diversos centros de investigación de ocho universidades.

dir el grado de accesibilidad a los servicios, se estableció que entre 970 entrevistados el 62% se había sentido enfermo y el 66% de ellos consultó al médico, logrando acceso el 94% y manifestando satisfacción el 86%. De otra parte solo 30% manifestó haber recibido visitas domiciliarias de prevención y promoción. Este alto grado de accesibilidad y satisfacción entre población pobre afiliada conscientemente (40%) al Régimen Subsidiado y la que dice no estar afiliada (60%) se explicaría también por impacto de la descentralización en el manejo de la red pública de servicios. Según el Banco de la República⁷², el gasto público en salud –en subsidios de oferta y demanda– se ha incrementado entre 1.1% del PIB en 1987 hasta el 2.3% del PIB en 1995.

Hay deficiencia en la selección de beneficiarios. Se encontró además que la selección de beneficiarios no siempre se hizo mediante el SISBEN aunque el método empleado si fue este en el 75% de los casos, pero entre los identificados con derecho potencial solo están afiliados un 50% en el mejor de los casos; además, entre los que están afiliados en parte no poseen carnet el 21% según las ARS. Posteriormente, la Encuesta sobre calidad de vida encontró que al menos el 50% de los subsidios están siendo asignados a la población no pobre y por lo tanto sin localización socioeconómica adecuada.

Subsisten problemas de acceso. Hay deficiencia en la demanda y acceso a los servicios debido a que los afiliados no tienen una conciencia clara sobre sus derechos (31%) y más aún desconocen la ruta de acceso a los servicios (20%), o no tienen con qué pagar (16%) y presentan otras barreras de acceso geográfico (17%) o cultural (16%). Es de observar que el 84% de las ARS dijeron estar cobrando copagos a sus afiliados y que el 60% de los remitidos a los hospitales, de nuevo también deben hacer copagos, solo en el 28% de los casos las ARS cancelan estos copagos a los hospitales aunque en un 78% de las veces sí cubren los gastos de transporte del afilia-

72 Banco de la República. *Indicadores del Sector Público no Financiero*. 1987-1995.

do. Por su parte el 85% de 122 IPS confirmaron estar cobrando el 5% y el 10% de la tarifa plena a todos los usuarios estrato 1 y 2.

No se hace la prevención y la promoción que se espera. De otra parte el 95% de las ARS dijo conocer la resolución que regula la prevención y la promoción y más del 85% afirmó cumplir con las actividades allí señaladas; en forma similar el 94% de 122 IPS entrevistadas afirmó estar prestando servicios de prevención y promoción a la población y el 90% de ellas conoce la resolución y la obligatoriedad de estos servicios. Sin embargo, la encuesta a beneficiarios registró una baja participación en estas actividades: solo el 30% ha recibido un promotor de salud en su casa y el 24% de esas casas han sido fumigadas, el 26% de los subsidiados ha asistido a una reunión educativa en salud y esa misma proporción ha recibido un folleto educativo, el mayor impacto lo logran los mensajes radiales que llegan al 48% de los entrevistados.

Falta cumplimiento de reglas en la contratación. Para 1996 en cada uno de los 108 municipios entrevistados por la Universidad de los Andes CIDER-REUNIRSE había un promedio de 11.776 subsidiados y tres(3) ARS con igual número de contratos por municipio dos (2) de los cuales en promedio eran por renovación y mientras las EPS tenían casi dos contratos (1.91) por municipio, las CCF poseían en promedio menos de uno (0.67) y las ARS 0.93. El 46% de los municipios afirmaron que convocaron públicamente a las diversas ARS, en un 15% de los casos seleccionaron una sola ARS, en el 32% dos y en 54% más de dos. En el 61% de los municipios el alcalde asignó los beneficiarios repartíéndolos entre las ARS, aunque simultáneamente el 55% afirmó que dejó escoger a los afiliados.

LOS PROBLEMAS FINANCIEROS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Entre los problemas más globales de la financiación del régimen subsidiado los cuales inciden, condicionan y enmarcan los problemas de manejo presupuestal propiamente dicho, están:

La suficiencia o no de los recursos. Para cubrir con subsidio pleno al 30% de la población colombiana, se requerían al menos \$1.3 billones de pesos de subsidios a la demanda en el régimen subsidiado de salud y en el sector hay recursos de origen fiscal y de solidaridad incluso superiores a ese valor (ver cuadros 4 y 7); sin embargo, hoy los recursos explícitos a la demanda no cubren sino a la mitad de los afiliados potenciales e incluso es de presumir que si ley se cumpliera eficientemente, la cobertura podría aun ser superior. Es conveniente entonces precisar estos cálculos y disponer de un diagnóstico real y actualizado de los recursos existentes en el sector y de su aplicación en el gasto de salud pública propiamente dicha, y en el gasto en subsidios a la oferta y a la demanda, definiendo en dónde y de qué magnitud hay desviaciones, atesoramientos, asignaciones ineficientes y en dónde hay recursos que se pueden recuperar para el aseguramiento y cómo se puede sobre todo, acelerar los procesos de conversión de subsidios de oferta en demanda.

La desviación de recursos y los pasivos ocultos. En la vigencia presupuestal de 1996 el gobierno nacional de acuerdo con lo previsto por el artículo 22, literal c de la ley 100/93, debió aportar a la cuenta de solidaridad cerca de \$240,000 millones⁷³ para el régimen subsidiado pero solo liquidó \$15,000 millones⁷⁴, y para 1997 el aporte fue nulo.

Los municipios a su turno, debieron destinar a la salud el 25% de sus participaciones municipales en los ingresos corrientes de la nación, por un valor cercano a los \$306,000 millones de 1996⁷⁵. Se sabe sin embargo que solo se destinaron el 17.7% en 1994 y el 20% en 1995⁷⁶ debido a factores como el retraso en la descentralización y la falta de orientación y control por parte del Ministerio de Salud y de las Direcciones Seccionales de Salud, lo que produjo su

73 Cálculo del autor.

74 Reporte Anual. FOSYGA.

75 Reporte de la UDT del DNP.

76 Documentos CONPES 2813, octubre 25 de 1995 y 2874 del 28 de agosto de 1996.

atesoramiento y desviación. Sin embargo, para 1996 se registró una recuperación y los municipios aportaron más de lo obligatorio situándose en el 26% de las transferencias gracias al efecto de la puesta en marcha del Régimen Subsidiado posibilitando que más de 241 ARS se conviertan en asesoras de los alcaldes. No obstante muchos municipios en particular no cumplen con la norma. En otros casos, la asignación formal en el presupuesto existe e incluso la ejecución en términos de contratación firmada se realiza, sin embargo en las operaciones efectivas de caja hay problemas y los giros a las ARS no se ejecutan.

No obstante el éxito en el recaudo de un punto de la contribución obligatoria de los asalariados que en 1997 ascendió a los 255,000 millones, sin embargo se ha venido observando que las cuentas del FOSYGA no asignan los recursos de la ley 100/93 con criterios de corregir, complementar y obligar a la asignación de recursos de la ley 60/93 por parte de los municipios, sino que los recursos se asignan para cumplir compromisos de otro orden, se giran en forma paralela a las obligaciones municipales y se hacen los giros sin que se hayan ejecutado las contrapartidas locales causando efectos de sustitución de recursos, con lo cual se está introduciendo una gran distorsión en la equidad y la eficiencia del sistema, que era precisamente unos de los grandes problemas que se querían corregir.

Las ARS por su parte se quejan de no recibir oportunamente los recursos; entre 113 ARS entrevistadas, se encontró que tenían contratos en promedio de \$711.881.245 por municipio pero hacia Septiembre de 1997 solo habían recibido el 40% de los recursos. Pese a lo dicho el 80% de los alcaldes entrevistados expresó que se ajustó a la ley y asignó el 15% de las transferencias al Régimen Subsidiado y solo 8% dijo que asignó menos aunque el 9% expresó que su aporte fue mayor. El 70% de los municipios afirmaron haber recibido recursos del FOSYGA y el 40% expresó que había existido retraso en los giros por más de tres meses. A su turno el 45% de los municipios pagó a las ARS con retrasos entre uno y tres meses, y en el 21% de los casos con más de tres meses. Hay entonces un pa-

sivo aún no estimado de los municipios frente a las administradoras pero en la otra cara de la moneda las ARS entrevistadas reconocieron que solo habían ejecutado o gastado el 18% de lo recaudado y el 33% estimó que los gastos podrían llegar al final del año en el mejor de los casos al 70% de la UPC.

Es conveniente entonces, establecer las causas de estas desviaciones o atesoramientos y su peso relativo. En unos casos la causa quizás fue coyuntural por efecto de la transición, pero en otros casos pueden haber condicionamientos estructurales y por lo tanto las desviaciones de recursos quizás tengan diversos grados de asociación con distintos tipos de municipios (de variables para efecto de la investigación): grandes o pequeños, descentralizados o no, con hospital propio o sin el, con una o varias ARS, con una clase de ARS predominan los adeudos etc. Es de recordar que durante muchos años se vivió una experiencia similar con las rentas cedidas de recaudo departamental, que fueron sistemáticamente desviadas a otros fines por los gobernadores y que ahora se han introducido correctivos importantes aunque quizás no definitivos. Es importante entonces hacer análisis comparativos y deducir causas, aunque no iguales, al menos semejantes.

La complejidad del manejo y la multiplicidad de rutas.

El origen diverso de los recursos de salud ha sido preocupación de varios analistas, aunque para algunos la multiplicidad de fuentes puede ser garantía de la estabilidad financiera sectorial, sin embargo es evidente que esa característica va asociada a que cada recurso tiene unos mecanismos de acceso diferente, unos criterios de asignación disímiles entre sí y un ciclo de flujo diferencial en los tiempos, además que en muchos casos el régimen presupuestal que acompaña a cada recurso no es igual para todos.

Para colmo de la complejidad una misma clase de recurso puede tener varias rutas de flujo: el situado fiscal por ejemplo, puede llegar al fondo seccional de salud y de allí saltar al hospital de primer nivel, en otro caso puede ir al fondo local de salud y de allí a un centro de salud, existe además la opción que por vía de la descentrali-

zación el situado llegue directamente al municipio. Las participaciones municipales para inversión social siempre llegan al municipio, pero la parte que va para salud no siempre pasa por el fondo local de salud como se deduciría de la ley, igualmente los recursos del FOSYGA a veces pasan por el departamento y en otras ocasiones llegan directamente al municipio, en ocasiones no llegan al fondo local de salud y si llegan directamente a las ARS, es bueno esto? Quizás en ocasiones los recursos del régimen subsidiado lleguen más rápido a las ARS, pero tal vez tengan menos capacidad de arrastre sobre los recursos locales produciendo una especie de sustitución de un recurso por otro y produciendo lo que algunos denominarían como una especie de pereza fiscal local, pero en este caso asociada a la no destinación de los ICN propios al sector. En otras palabras, como hipótesis de trabajo, los recursos del FOSYGA podrían estar llegando a la localidad por caminos que no condicionan y obligan al esfuerzo local y al contrario lo sustituyen favoreciendo las desviaciones. Será importante entonces en el estudio, identificar las diversas fuentes de recursos, los regímenes presupuestales que los acompañan, así mismo construir modelos con las diferentes rutas y formas de manejo y medir su eficiencia y capacidad de arrastre de otros recursos.

Las "utilidades" perversas de las ARS. En los primeros ejercicios presupuestales las ARS experimentaron en mayor o menor medida, resultados superavitarios en el manejo del régimen subsidiado, diversos cálculos establecieron cifras entre el 20% y el 50% de los recursos. El Ministerio expidió normas sobre la destinación y manejo que deberán tener estos superávit.

Pese a que se supone que esta es una situación netamente coyuntural y que se debió a la baja carnetización inicial o al desconocimiento de los afiliados de sus derechos o bien al desconocimiento de las formas de acceso, también pueden estar ocurriendo situaciones de origen más estructural tales como la duplicación de costos en algunos municipios (con subsidio de oferta y demanda simultánea) que podrían estar estimulando el atesoramiento de los recursos en

las ARS y lo que es más grave, como reacción el fenómeno, podría estar estimulando también una retracción en las destinaciones y en los pagos de los municipios a las ARS, con lo cual se estaría nuevamente explicando las desviaciones o atesoramientos municipales de recursos. Otras hipótesis tienden a ubicar el problema en la incapacidad de los hospitales para facturar, apuntalando de paso la inflexibilidad de los recursos de oferta para su transformación tal como arriba se señaló. Finalmente, cabría también la hipótesis según la cual existen condicionantes estructurales y de comportamiento entre los subsidiados que mantiene baja la demanda de servicios, pese a que se tenga y se conozca el derecho al uso de los mismos, en consecuencia en tal caso, la UPC-S podría estar sobredimensionada. No importa cual sea la explicación o cual su peso relativo, el estudio debe cuantificar la importancia de las diversas explicaciones y correlacionar la existencia de este fenómeno con las dificultades en el flujo de los recursos de las entidades territoriales.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En resumen como resultados del Régimen Subsidiado se registran:

- El régimen subsidiado ha logrado recaudar recursos financieros suficientes para cubrir a los pobres del país, aunque por la errática política del Ministerio de Salud no pudo ponerse en marcha durante los dos primeros años de vigencia de la ley.
- No obstante, con la expedición del decreto 2357 del 29 de diciembre de 1995 se abrió una nueva etapa en la administración del régimen subsidiado. Mediante concurso se logró habilitar a más de 222 entidades que cubrirían a más de cinco millones y medio de pobres.
- Con la nueva Ley 344 de 1996, se espera acelerar el tránsito de los subsidios a la oferta hacia los subsidios a la demanda, iniciando con una conversión del 15% en 1997 y terminando con el 60% en el año 2000. Con esta perspectiva, se eliminaría al

menos parcialmente el peligro inminente de la duplicación de los costos en la red pública de servicios y se ampliaría la cobertura de dicho régimen.

- Se registra que 37 de las 67 Cajas de Compensación Familiar se han vinculado al Régimen Contributivo y 50 al Régimen Subsidiado. No obstante, aún están lejos de jugar el papel que les corresponde dada su capacidad gerencial, debido a la escasa visión de sus líderes y los obstáculos que les han puesto dentro del sector.
- Cerca de 175 Empresas Solidarias de Salud han asumido el liderazgo del Régimen Subsidiado y presentan avances importantes en las zonas rurales y dura competencia en las zonas urbanas.
- Los problemas más relevantes que aquejan al Régimen Subsidiado de Salud tienen que ver con: los límites de su cobertura, la falta de educación de sus afiliados, la subsistencia de barreras de acceso incluso económicas, el incumplimiento de algunas obligaciones por parte de las ARS, los retrasos en los flujos financieros y eventualmente, las desviaciones o atesoramiento de los recursos en perjuicio primero de las ARS y luego de las IPS.
- De otra parte, es urgente regular el FOSYGA, para que no se convierta hacia adelante en una bolsa de recursos del clientelismo y para que funcione como un fondo de compensación regional que corrija las inequidades y distorsiones en la transferencia de recursos que aún subsisten entre entidades territoriales en la transición regulada por la ley 60/93 y que opere como un sistema de cofinanciación, contrapartida, sanción y estímulo, que obligue a municipios y departamentos a cumplir con sus responsabilidades financieras en salud.
- Es necesario revisar el sistema de copagos en el régimen subsidiado porque este está resultando muy oneroso (un pobre que se enferma debe pagar hasta 200.000 pesos o 400.00 pesos anuales en copagos y el doble si se enferman dos en la familia,

mientras tanto en el contributivo se paga solo 96.000 pesos anuales para familias de un salario mínimo). Esto explica el excesivo gasto de bolsillo en las familias pobres según la encuesta de Calidad de Vida.

- En el Régimen Subsidiado se debe modificar la cobertura del POS-S haciéndola más integral de inmediato y modificar el régimen de copagos y cuotas moderadoras en forma más equitativa. El Pos Subsidiado actual está pensado con frecuencias propias del POS contributivo ignorando los patrones de demanda diferenciales. Es posible ofrecer un POS subsidiado integral con una unidad de pago por capitación mucho menor a la del Contributivo. Experiencias como la del Seguro Social Campesino Ecuatoriano así lo demuestran.

LOS HOSPITALES PÚBLICOS

Los hospitales públicos se han visto sometidos a un proceso de empresarización y a moverse en un ambiente de competencia. Para tal efecto, debieron convertirse primero en establecimientos públicos autónomos (ley 10 de 1990) y luego en Empresas Sociales del Estado (ley 100 de 1993). Esto ha implicado modificaciones en su sistema financiero, cambiando inicialmente el sistema de transferencias incondicionales por un sistema de contratación para compraventa de servicios con los Fondos Seccionales y Locales de Salud (Ley 10 de 1990 y Ley 60 de 1993). Posteriormente, la creación de las Administradoras del Régimen Subsidiado y de las EPSs les ha permitido desarrollar un sistema de compraventa de servicios con estas entidades. A estos procesos se les ha denominado la conversión de los subsidios de oferta en demanda, la cual deberá permitir acabar con el sistema de asistencia pública y la atención por caridad de la población más pobre, pero adicionalmente deberá producir mejoras en la productividad, la eficiencia y la calidad de los hospitales.

- Este cambio implica, como contrapartida, que los hospitales deben operar como si fueran empresas privadas y que no deben

recibir recursos del fisco en forma de auxilios si se trata de entidades privadas o de subsidios a la oferta si se trata de hospitales públicos. Es de recordar que el Sistema Nacional de Salud desarrolla los hospitales dentro del concepto de subsidios a la oferta de servicios. No obstante los subsidios a la oferta de servicios en los hospitales públicos se habían venido criticado con los siguientes argumentos⁷⁷.

- Los subsidios de los hospitales benefician más a los estratos medios y altos que tienen con qué pagar las cuotas de recuperación que a las capas más pobres que sufren rechazo en los hospitales públicos... La Encuesta Nacional de Hogares estableció⁷⁸ que en 1992 el Sistema Nacional de Salud le presta al 60% más rico de la población, que en teoría no deberían recibir subsidios, el 46.5% sus consultas externas, el 48.9% de las odontológicas, el 40.4% de la atención de la maternidades, el 57.1% de las cirugías y el 44.6% de las hospitalizaciones. En contraste, el 20% más pobre, que debería ser en teoría el principal beneficiario, solo recibió el 18% de las cirugías, el 24.9% de las consultas odontológicas y el 29.5% de las hospitalizaciones. A esta situación injusta se le ha denominado falta de focalización de los subsidios fiscales. Los subsidios a la oferta generan ineficiencia en los hospitales porque éstos no se ven obligados a prestar más y mejores servicios a los usuarios a cambio de la financiación. La mejor financiación la obtienen más por razones políticas que por la cantidad y calidad de los servicios prestados⁷⁹. Cuando el subsidio del Estado se dirige a las instituciones para cubrir la diferencia entre su gasto y sus ingresos propios, se desestimula la producción de esos ingresos y la en-

77 Jaramillo Pérez, Iván. *El Derecho a la Salud, Estado Actual y Perspectivas, Los Derechos Sociales, Económicos y Culturales en Colombia*, Consejería Presidencial para la Política, Social, PNUD, Bogotá, 1995, Pág. 118.

78 Molina Carlos Gerardo y otros. *El Gasto Público en Salud y Distribución de subsidios en Colombia*, DNP, Fedesarrollo, Bogotá, 1993.

79 Jaramillo Pérez, Iván. Hacia un sistema de salud eficiente, solidario y universal, en *Reforma de la Seguridad Social en Salud*, Fescol, Fes, Restrepo Barco, Corón. Bogotá, abril de 1992. Pág. 63.

tividad se preocupa más por estrechar y garantizar las relaciones políticas con el Estado central, –que es quien le garantiza su supervivencia–, en lugar de preocuparse por satisfacer al consumidor de los servicios, que en este esquema es solo un beneficiario de la caridad de la entidad.

- Los hospitales públicos no se ven obligados a reducir costos y a ser eficientes porque sus productos no tienen precio de mercado y los gerentes no tienen un referente externo para medir su eficiencia y calidad, solo se apoyan en el costo histórico para demandar recursos ante el Estado... la financiación de los hospitales a costo histórico de los factores (salarios, medicamentos y gastos generales), ignora todas las ineficiencias acumuladas históricamente por causas a veces administrativas y, a veces, políticas. Así, en algunas unidades sobra o se maneja mal el personal, o ciertos suministros, o hay infraestructura subutilizada. No obstante, gracias al método, los costos que de esta situación se derivan, son considerados como costos del servicio, sabiendo que el subsidio a la ineficiencia es una entidad se traduce en inequidad en otras...⁸⁰.
- Los hospitales no están diseñados para manejar riesgos financieros por lo cual no son garantía de aseguramiento. Ante la demanda de servicios de alta complejidad a favor de los pobres, optan por la selección adversa o la omisión en los tratamientos.

Como consecuencia de este proceso de cambio, los hospitales han venido incrementando sus recursos financieros y expandiendo su capacidad operativa. Tal como puede observarse en el Cuadro No. 8, entre 1993 y 1997, los hospitales de primer nivel incrementaron sus recursos en 2.6 veces a precios constantes de 1997; a su turno los hospitales nivel II incrementaron sus recursos en 1.9 veces y los de nivel III en 1.5 veces.

80 Jaramillo Pérez Iván. *Financiación y Contratación de los Servicios de Salud, Reorganización del Sistema Nacional de Salud*, Volumen I, Ministerio de Salud/Acomsap, Bogotá, octubre de 1990, pag 272.

Es de recordar que en 1990 los hospitales de primer nivel recibían solo el 20% de la financiación y la ley 10/90 propuso invertir la tendencia y conseguir la meta del 50% para el primer nivel. Como se sabe, el primer nivel –si está bien financiado– podría resolver el 80% de los problemas de salud. Hoy la meta está cercana pues los hospitales locales y su red de centros y puestos de salud reciben el 43% de la financiación.

Cuadro 8
Ingresos Hospitales Públicos o financiados por el Estado
1993-1997. Millones (en pesos constantes de 1997).

	1993	1994	1995	1996	1997
Hosp. I Nivel	325.452	461.495	660.318	749.366	853.984
Incremento anual		41.80%	43.08%	13.49%	13.96%
Acumulado	100.00%	141.80%	202.89%	230.25%	262.40%
Hosp. II Nivel	322.484	389.476	540.620	595.670	620.701
Incremento anual		20.77%	38.81%	10.18%	4.20%
Acumulado	100.00%	120.77%	167.64%	184.71%	192.47%
Hosp. III Nivel	348.781	350.212	463.615	529.344	536.294
Incremento anual		0.41%	32.38%	14.18%	1.31%
Acumulado	100.00%	100.41%	132.92%	151.77%	153.76%
Total Hospitales	996717	1.201.183	1.664.552	1.874.380	2.010.979
Incremento anual		20.51%	38.58%	12.61%	7.29%
Acumulado	100.00%	120.51%	167.00%	188.06%	201.76%

Fuente: Salud Colombia

Por efecto de la ley 100 de 1993 se estableció que los hospitales públicos deberían sustituir los subsidios de oferta por los de demanda y en los hechos deberían entrar a contratar la compraventa de servicios con las Administradoras del Régimen Subsidiado (dejando abierta la posibilidad de contratación con los fondos locales y seccionales art. 237 y 230 de la ley 100/93). Teóricamente entre 1993 y 1996 los hospitales públicos debieron prepararse para este cambio aprendiendo a mercadear, contratar, facturar y sobre todo

cambiando su estructura jurídica a Empresas Sociales del Estado. Posteriormente, la ley 344 de 1996 señala un calendario que realizaría esta transición entre 1997 y el 2001.

En el momento actual, los hospitales públicos reciben recursos fiscales para funcionamiento por tres vías: 1. mediante transferencias o subsidios a la oferta en la forma tradicional (los hospitales hacen su presupuesto y el departamento o municipio lo financia estableciendo giros por doceavas partes); 2. mediante contratos entre los Fondos Seccionales y Locales por la atención a vinculados en proporción a la facturación (no en todos los casos); 3. mediante contratos con las ARS por venta de servicios a las administradoras de los subsidios a la demanda. No obstante lo anterior, los hospitales públicos no han conseguido su autofinanciación y por tres años consecutivos el Ministerio y el Consejo Nacional de Seguridad Social se ha visto obligado a tramitar cambios legales que permitan transferir recursos desde el FOSYGA para cubrir el déficit. Las explicaciones de este fenómeno son múltiples:

- Las ARS reciben los subsidios a la demanda pero no los devuelven a los hospitales en forma de demanda y pago de servicios.
- Las ARS no cumplen con el porcentaje de contratación fijado por la ley.
- La demanda de servicios de los afiliados al Régimen Subsidiado es muy baja debido al desconocimiento de sus derechos.
- Las ARS se quedan con parte importante de los recursos debido a sus costos de intermediación.
- Hay mora excesiva en los pagos de las ARS a las IPS.
- No hay quien pague por los vinculados.
- Los hospitales públicos no saben mercadear sus productos.
- Los hospitales públicos no saben contratar en forma eficaz para su interés.
- Los hospitales públicos no saben facturar.

- El sistema de facturación con base a las tarifas SOAT es muy engorroso y complicado.
- La nivelación salarial explicaría gran parte del déficit de los hospitales.
- Hay resistencia institucional al cambio.
- La falta de descentralización territorial impide que los municipios asuman sus obligaciones financieras con el sector.
- La subsistencia de las transferencias incondicionales a los hospitales impide su conversión efectiva en empresas responsables de su autofinanciación.

Pese que las IPS públicas se quejan que su déficit se origina en gran medida en que las ARS no contratan con ellas, sin embargo la encuesta de la Universidad de los Andes CIDER-REUNIRSE encontró que entre 114 ARS casi la mitad dicen (49%) que contratan con la RED pública entre el 40% y el 80% de los servicios; casi el veinte por ciento (19%) contratan más del 80% del costo y solo el 12% menos del 40% del costo total. Además, en el 74% de los casos las ARS dijeron que contrataban con las IPS por el sistema de tarifa SOAT y las IPS replicaron que su contratación era por capitación en un 44% de los casos. En 122 IPS examinadas se encontró que el 62% vendía servicios a Empresas Solidarias de Salud, 53% a Cajas de Compensación Familiar y 80% a EPS; y simultáneamente el 83% recibía situado fiscal y rentas cedidas el 43%.

No obstante lo dicho en este proceso de desarrollo financiero, con la conversión progresiva de subsidios de oferta en demanda, la venta de servicios a las aseguradoras se ha venido aumentando, permitiendo -Ver Cuadro No. 9- que los hospitales de primer nivel multipliquen por 6 el recaudo de rentas propias, mientras los hospitales de nivel II y III lo han hecho a razón de 2.8 y 2 veces respectivamente en el período 1993-1997. Las ventas de servicios de los hospitales corresponden en el 21% de los casos a las EPSs, en el 22% de los casos a las ARSs. En el 4% al SOAT, en el 5% a otros y en el 48% se han hecho facturaciones a los Fondos Seccionales y Loca-

les por la atención de la población no amparada por el Sistema de Seguridad Social.

Cuadro 9
Distribución de las Rentas Propias por niveles de atención.
1993 – 1997 millones (pesos constantes de 1997)

	1993	1994	1995	1996	1997
Hosp. I Nivel	38.651	53.798	98.793	168.246	235.365
Acumulado	100.00%	139.19%	255.60%	435.30%	608.95%
Hosp. II Nivel	59.789	74.377	120.073	168.781	168.989
Acumulado	100.00%	124.40%	200.83%	282.29%	282.64%
Hosp. III Nivel	90.529	113.502	124.538	166.248	183.245
Acumulado	100.00%	125.38%	137.57%	183.64%	202.42%
Total hospitales	188.969	241.677	343.404	503.274	587.599
Acumulado	100.00%	127.89%	181.73%	266.33%	310.95%

Fuente. Salud Colombia.

Simultáneamente al crecimiento de las coberturas y los recursos financieros, los hospitales han visto incrementar su productividad en una primera etapa, aunque con una tendencia a conseguir rendimientos decrecientes en las etapas sucesivas. Así, el Ministerio de Salud ha establecido que en el período 1966-1998 el producto hospitalario del país pasa de \$1.37 billones a \$1.49 billones en 1998, consiguiendo un crecimiento real de la productividad en el 8.63%. Sin embargo, desagregando este crecimiento, se observa una desaceleración, pues en el período 1966-1997 el crecimiento fue del 5.69% y para el período 1997-1998 el crecimiento fue solo del 2.78%. Esta desaceleración puede ser explicable por las caídas en las diferentes fuentes financieras, tal como ocurrió con el situado fiscal que luego de crecer entre 1993 y 1996 decreció en un 18% para 1997; igualmente las rentas cedidas han disminuido en 12 puntos entre 1995 y 1997.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- En un 97% por ciento, los hospitales públicos (de II y III nivel) del país se han transformado en Empresas Sociales del Estado y al menos un tercio de los hospitales de primer nivel⁸¹ para adaptarse al régimen de competencia, pero las demoras del gobierno entre 1994 y 1996 en poner en marcha el Régimen Subsidiado retrasaron el flujo de recursos nuevos hacia los hospitales, en un momento en donde eran vitales para garantizar los ajustes en las escalas de remuneración por efecto de la política de nivelación salarial⁸².
- Las clínicas y hospitales privados se quejan de las demoras en los pagos por parte de las EPS, ARS y específicamente del ISS y en su momento de CAPRECOM y Bonsalud. Entre tanto muchos de los hospitales públicos perdieron tres preciosos años para convertirse en Empresas Sociales del Estado oportunamente y aprender a mercadear, facturar y a cobrar a tiempo y ahora se ven en aprietos para ajustarse al proceso de transformación de los subsidios de oferta en demanda. Además el método de facturación con tarifas SOAT es demasiado complicado para hospitales que apenas aprenden.
- A los hospitales públicos se les debe enseñar a facturar servicios con el método de las tarifas integrales por grupo de atención desarrollado por el ISS, lo cual simplifica el proceso reduciéndolo a su treintava parte (el sistema TIGA tiene 108 productos y el SOAT más de tres mil).
- Para muchos hospitales es conveniente reestructurar sus plantas de personal, sobre todo en aquellos donde todavía existe el área de Saneamiento Ambiental, cuyas funciones debieron ser asumidas por los municipios desde hace 10 años.

81 A diciembre de 1996 -CONPES 2937- el Ministerio reportó 169 hospitales de primer nivel y 126 de segundo y tercer nivel convertidos en ESE. En dic. de 1997 los hospitales de Bogotá se convirtieron en ESEs.

82 De nuevo en junio de 1997, el FOSYGA debió desviar cerca de \$70,000 millones de la cuenta ECAT para subsidios a la oferta en los hospitales.

- Es necesario corregir el sistema de transición de los subsidios de oferta en demanda y sustituir las transferencias incondicionales a todos los hospitales por contratos de prestación de servicios entre los Fondos Seccionales y Locales y los hospitales; de tal forma que los servicios de primer nivel a vinculados sean pagados por los Fondos Locales y los servicios de segundo y tercer nivel sean pagados por los Fondos Seccionales, tal como ya existe en departamentos como Antioquía y parcialmente en distritos como Bogotá. Se debe acelerar así la supresión de las transferencias incondicionales a los hospitales y pagarles todo lo que hagan en beneficio de la población no asegurada mediante el sistema de contratación y facturación con los fondos seccionales y locales de salud.
- Se debe garantizar la liquidez y el flujo expedito de los recursos financieros para las IPS para lo cual convendría establecer un sistema obligatorio de intereses diarios de mora por facturas sin pagar por parte de las EPS y ARS. Este interés deberá estar siquiera diez puntos por encima del DTF para obligarlas a ser oportunas en sus compromisos con las IPS.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES:

- Entre 1990 y 1988 la accesibilidad a los servicios de salud ha pasado de cubrir el 60% de la población para llegar hoy al 95%, con grados de satisfacción del 80%.
- El avance en la cobertura de la Seguridad Social, que ha permitido pasar en tiempo récord del 20% al 57% de la población nacional, al menos en términos financieros y formales por el momento, es el logro más importante de la ley 100/93 en materia de salud.
- El Ministerio de Salud avanzó en 1996-97 en la reglamentación del Plan de Atención Básica, en el Sistema Obligatorio de Control de la calidad, en el Programa de Prevención y Promoción,

y en los requisitos para formalizar las IPS; a su turno la Superintendencia Nacional de Salud reglamenta los Planes Complementarios y actualizó el reglamento del sistema de información de las EPS.

- Mientras los funcionarios del sector público de la salud entre 1987 y 1997 han multiplicado hasta por más de tres veces sus escalas salariales, en el caso Bogotá este reajuste llega a cinco veces en términos reales en 10 años⁸³. Sin embargo los proveedores de servicios y en particular los profesionales de la salud que operan en forma independiente observan con gran incertidumbre el desarrollo del nuevo mercado de la salud, caracterizado por la desaparición progresiva del paciente privado y la intermediación de las EPS-ARS.
- Los odontólogos y médicos generales así como los recién graduados encuentran empleo⁸⁴, entre tanto la mayor parte de los viejos profesionales y sobre todo los especialistas medios miran en forma pesimista la situación y tienden a agruparse corporativamente para la defensa de sus intereses⁸⁵. No obstante que el reaseguro de riesgos catastróficos abre además una nueva perspectiva a la práctica médica en la más alta complejidad.
- Para proteger a los profesionales de la salud que actúan por contrato con las EPS-ARS y que requieren estabilidad y buena remuneración, sería necesario establecer un sistema de reglamentos sobre los contratos de los profesionales independientes, de tal forma que se les garantice una remuneración mínima adecuada, una estabilidad en el mediano plazo en esos contratos y la posibilidad de convertirse en microempresarios de la salud. Las formas de contratación les deben permitir participar

83 Según estudio inédito de la Universidad del Bosque. Cálculos de Iván Jaramillo en términos reales el 571%, es decir, a precios constantes usando el deflactor de precios implícitos a la demanda final empleados por el Banco de la República.

84 Las recientes encuestas de empleo, no registran ya desempleo médico que abarcaba a siete mil galenos en 1990.

85 Se ha anunciado la creación de la nueva Asociación Médica Colombiana.

en los beneficios económicos del sistema, sobre todo para ejecutar acciones de inversión en los afiliados con programas de prevención y promoción en el corto plazo de tal manera que estos gastos les reditúen a unos y otros beneficios económicos y de salud en el largo plazo.

- Se requiere de otra parte, desarrollar las alianzas y asociaciones de los usuarios para que los asesoren y orienten sobre los beneficios y derechos del nuevo sistema y que les permitan el ejercicio fundamentado de su derecho a la libre elección. El sistema tiene tres pilares: EPS, Proveedores y Usuarios pero solo el primero tiene organización y poder de mercado, es necesario entonces avanzar sobre la organización de los otros dos pilares especialmente los profesionales y los usuarios.
- Sobre la descentralización es necesario establecer un sistema de incentivos y sanciones sobre los departamentos y los municipios, utilizando recursos del FOSYGA, para garantizar el avance del proceso, y sobre todo para estimular la no desviación de los recursos (ICN, Rentas Cedidas).
- Se constata una crisis de informática generalizada tanto en el sistema de información para el control epidemiológico y de la salud pública, como en el sistema de información de las EPS y en particular del ISS.

LA CONTRARREFORMA, O LA REFORMA A LA REFORMA

Pese a que el régimen contributivo marcha con una dinámica propia y que el régimen subsidiado inició su despegue, hay varias propuestas de contrarreforma; una de ellas de origen gremial que pretende convertir al ISS en un sistema independiente del SGSSS⁸⁶

86 Documento de CONSIMED. Esta propuesta se apoya en una sobrestimación de los afiliados al ISS y una interpretación equivocada de sus estados financieros y sin quererlo, perjudica a la postre al mismo ISS y conduce el sistema hacia una forma de chilenización.

y otras de iniciativa gubernamental tanto en el anterior como en el actual gobierno que tenderían a desvirtuar en forma significativa los objetivos originales de la ley 100.

Desde 1994 algunos sectores del gobierno trataron de aplazar la puesta en práctica del régimen subsidiado, para luego intentar su desmonte, proponiendo en un proyecto la reconstitución del monopolio de oferta en manos de los hospitales públicos y las secretarías de salud. Dicho aplazamiento produjo una sobre acumulación de recursos en el FOSYGA superior a los \$268,000 millones en 1995, hecho este que sirvió de pretexto al gobierno para proponer el recorte de los aportes del presupuesto nacional al régimen subsidiado en el año siguiente.

Si bien la contrareforma no prosperó en ese momento, luego de reducir los aportes del presupuesto nacional al régimen subsidiado durante tres años consecutivos, el gobierno los recortó definitivamente con la ley 344 de 1997 –Ley para la Racionalización del Gasto Público– y limitó el alcance del literal c del artículo 121 de la ley 100, estableciendo la obligación gubernamental de aportar el equivalente a solo un cuarto ($1/4$) de los aportes por nómina a la cuenta de solidaridad, quedando este en \$50,000 millones a precios de 1997 los cuales tampoco fueron girados en forma efectiva por la tesorería general de la República. En el mismo proyecto, el anunciado recorte de las transferencias a los municipios, que afectaba también la destinación de recursos a salud, no pudo concretarse gracias a la presión parlamentaria y a la protesta de los alcaldes.

Nuevamente en el gobierno que se inició el 7 de agosto de 1998 resurgen las voces que reclaman el desmonte de la reforma y más específicamente el desmonte de las Administradoras del Régimen Subsidiado por considerarlas un intermediario costoso e innecesario. Detrás de esta corriente están quienes siempre han detentado el poder sobre los recursos fiscales del sector en forma monopólica y que por supuesto, no están interesados en compartirlo con otros actores; no obstante lo dicho, la eventual fuerza de esta co-

riente se apoya en la crisis hospitalaria que no se detiene y en los errores cometidos por las denominadas ARSs:

- La crisis hospitalaria como se dijo, se apoya en parte en una situación coyuntural debido a la caída reciente en el recaudo de algunas fuentes financieras como el situado fiscal y las rentas cedidas; también se apoya, aunque en forma secundaria, en la falta de liquidez originada en la mora en los pagos por los servicios prestados a las EPSs y a las ARS. Pero el problema estructural de fondo radica en que muchos hospitales siguen operando como antes de la reforma, incluso en ocasiones son ESEs de papel, continúan dependiendo de los subsidios a la oferta y las transferencias incondicionales, no se manejan autónomamente y con criterio gerencial y habitan en entidades territoriales que no se han descentralizado efectivamente y a las cuales no se les puede exigir un esfuerzo financiero como corresponde. A esto se agrega la implantación, por parte del Ministerio, de una nivelación salarial centralizada y desfinanciada y de una estrategia al parecer equivocada para desarrollar la transformación de los subsidios de oferta en demanda. Afortunadamente, existen ejemplos virtuosos de cómo podría operar la reforma en un ambiente descentralizado y en competencia, tal como es el caso de Antioquia en donde más de cien hospitales de distinto nivel no presentan situaciones de crisis importantes.
- De otra parte, es necesario señalar que las Administradoras del Régimen Subsidiado están aún lejanas de cumplir con las expectativas que sobre ellas depositó la Reforma. Las ARSs no practican los programas de prevención y promoción con más del 30% de sus afiliados; las ARSs no aseguran el acceso de sus beneficiarios a un plan integral de salud y solo a un POS recortado; las ARSs no pagan oportunamente a los hospitales sus servicios, y por lo tanto no están asumiendo uno de los riesgos financieros para lo cual fueron creadas; las ARSs cobran copagos a veces tan onerosos como los que deben pagar las personas que no tienen ningún grado de afiliación a la seguridad so-

cial y que eufemísticamente se denominan vinculadas; las ARSs se apoyan en un SISBEN para seleccionar sus afiliados, pero que está mal focalizado en un 50% de los casos –favoreciendo a los ricos– tal como lo mostró la Encuesta sobre calidad de vida. La pregunta que se desprende, lógicamente de este análisis es: ¿Para qué están sirviendo realmente las ARSs?, ¿Qué valor agregado le suman a la administración de servicios de salud?, ¿las ARSs son realmente aseguradoras de la salud de las personas o son simples intermediarios (articuladores de recursos) con intereses propios y costos elevados?

Dentro de este contexto, se deberá mover el debate en los próximos meses y como siempre, surgirán dos alternativas: o contrarreforma, o reforma a la reforma .

**LA CONTRARREFORMA
DE LA SEGURIDAD
SOCIAL MEXICANA**

LA CONTRARREFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA

Luisa Mussot

INTRODUCCIÓN

Hoy en México la discusión en torno a la Seguridad Social está centrada en el cambio de modelo de bienestar social que provocó la reforma a la ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) inspirada en el modelo chileno vigente desde 1981. A partir de esta contrarreforma se sustituye el modelo de bienestar social público, solidario, redistributivo, integral y tendencialmente universal signado en la Constitución Política Mexicana de 1917 por un modelo de corte individualista, segmentado, estratificador y privado.

El debate en torno a esta reforma se ha estructurado en tres direcciones:

1. Desenmascarar la agenda oculta de la reforma de la Seguridad Social; es decir, el del establecimiento de un marco jurídico-normativo regresivo para el bienestar social en beneficio directo de los sectores financiero y de la medicina privada nacional y transnacional, como consecuencia de la negociación y del cumplimiento de los compromisos de los reformadores con los organismos financieros internacionales, para obtener nuevos y más jugosos créditos.
2. Evidenciar que —más allá de los objetivos enunciados por los reformadores (refinanciamiento de la seguridad social, ampliación de la cobertura y mejora de las prestaciones y su calidad)—,

lo que se provoca con la reforma es, por un lado, la pérdida de derechos, mercantilización-privatización de los servicios médicos y privatización de la administración del ahorro social sin garantía de pensiones ciertas; Y, por otro, el desmantelamiento de las instituciones públicas y la desresponsabilización del Estado en torno al bienestar y a los derechos sociales.

- 3 Demostrar la posibilidad de una reforma a la Seguridad Social financieramente viable –alternativa a la privada–, que la preserve como instrumento del bienestar y garantía de la extensión de los derechos sociales. En otros términos, una Seguridad Social que garantice la estabilidad social y el desarrollo económico.

EL MODELO CONSTITUCIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA

El origen de la Seguridad Social en México data de 1943 con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en respuesta a la reivindicación de los trabajadores vinculados al sector formal de la economía por hacer cumplir los derechos sociales signados en la Constitución Política de 1917. En 1959, este esquema se complementó con la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que brindó atención médica y prestaciones económicas a los trabajadores del Servicio de la Administración Pública Federal y a sus familiares. A ellos se añadieron dos institutos corporativos, el de las Fuerzas Armadas y el de Petróleos Mexicanos (PEMEX).

Si bien en sentido estricto no es posible hablar de la seguridad social mexicana como un bien público al estar condicionado su acceso a la incorporación al mercado laboral formal y a la percepción de ingresos, su carácter de responsable jurídico de los derechos sociales y de su extensión, le sitúan como estructura medular del modelo público mexicano del bienestar social (o instrumento central de la política social) cuya garantía es responsabilidad colectiva de la sociedad, realizable solo mediante la acción pública.

El IMSS, por su cobertura e integralidad de servicios, es el Instituto más importante. Se constituyó como un organismo público descentralizado, de carácter nacional, con personalidad jurídica y patrimonio propio, encaminado a proteger eficazmente, por medio de una entidad de la administración pública, a los asegurados y a sus familias contra los riesgos de la existencia; a encauzar en un marco de mayor justicia las relaciones obrero-patronales; a favorecer al salario social y al consumo con sus servicios y prestaciones; a mejorar las condiciones de vida y a estructurar formas e instituciones de solidaridad comunitaria (Mussot, 1997).

De acuerdo con el texto constitucional (artículo 123, fracción XXIX), los principios de la seguridad social están orientados en el sentido de mejorar la calidad de vida de la población amparada, ampliar la solidaridad humana, ser un instrumento poderoso de redistribución de la riqueza y bienestar e incorporar gradualmente a nuevos grupos sociales y extenderse en prestaciones y geográficamente hasta lograr la integralidad.

La solidaridad se ha entendido como un principio a través del cual, la población amparada comparte riesgos y beneficios entre grupos de diferentes ingresos, entre individuos, entre regiones y generaciones y entre aquellos que son productivos y quienes circunstancial o permanentemente han dejado de serlo. La redistribución es principio por el cual contribuye más quien tiene mayores ingresos, y por el que el grueso de recursos se reparte atendiendo a las necesidades y no al monto de las contribuciones individuales o regionales. A ellos se añade el de obligatoriedad por medio del cual se garantiza la exigibilidad de los derechos consignados en la norma constitucional.

Estructura, financiación y funcionamiento del IMSS:

El IMSS cuenta con una cobertura de aproximadamente 38 millones de derechohabientes y de una población de 11 millones en condiciones de marginalidad.

Previo a la reforma de 1995, contaba con cinco ramos de seguros: Enfermedad y Maternidad; Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad

Avanzada y Muerte; Riesgos de Trabajo; Guarderías y en 1992 se añadió el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR).

Su administración cotidiana estuvo basada en el tripartismo, contando con representación del gobierno y de los sectores patronal y del trabajo en todos los órganos de decisión.

Su financiamiento depende directamente de los salarios, siendo estos quienes definen el monto de las cuotas tripartitas a pagar por el Estado, los patrones y los trabajadores. Corresponde a cada uno una contribución neta del 29.5% para el Estado, 38.5% para los patrones y 25% para los trabajadores (IMSS, 1995:4).

Los ingresos por ramo de aseguramiento se determinaba de la manera siguiente:

RAMO	PRIMA(%)	APORTANTE
Enfermedad y Maternidad	12.5	tripartito
Invalidez, Vejez, Cesantía y Muerte	8.5	tripartito
Riesgos de Trabajo (promedio)	2.5	patronal
Guarderías	1.0	patronal
Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR)	2.0	patronal
TOTAL	26.5	

Fuente: Ley del IMSS

Como consecuencia de la crisis económica, política y social por la que México atraviesa desde la década de los ochenta y a raíz de la aplicación de los programas de estabilización económica y las reformas del ajuste estructural –como recurso para confrontarlas y como solución a la creación de condiciones óptimas de valorización flexible del capital mundial dentro de las fronteras nacionales en la

nueva era de la globalización-, la situación financiera de la seguridad social mexicana fue afectada dramáticamente.

El gasto social se redujo del 7.5% como proporción del PIB en 1976 al 4.8% en 1988, para elevarse luego al 7.3% en 1992 (Labra, 1996). En cuanto al empleo, mientras la población económicamente activa (PEA) se incrementó en casi 19 millones de personas entre 1976 y 1995, el sector formal de la economía solo ofreció empleo a 7 millones de jóvenes (Labra, 1996); considerando que la demanda anual de estos es de un millón y medio de empleos, se estimó que su subempleo y desempleo para 1997 sería mayor en 4 millones al de 1994. Entre 1977 y 1988 el salario mínimo perdió 63% de su poder adquisitivo y la participación del salario en el ingreso nacional se redujo del 42% en 1982 al 30% en 1996. Además el 42.8% de la PEA recibió únicamente entre uno y dos salarios mínimos; el 49% entre dos y cinco y solo 8% cinco o más salarios mínimos (Labra, 1996).

Solo por concepto de contracción salarial entre 1983 y 1994 el Instituto perdió un equivalente a 5.4 veces su presupuesto total en 1994 (Laurell, 1997:27).

El comportamiento regresivo de las variables macroeconómicas constituye la explicación estructural del desfinanciamiento del IMSS; mismo que se ha acentuado por las distorsiones internas del régimen: alteración en la composición y monto de las contribuciones tripartitas; evasión patronal del pago de cuotas obrero-patronales permitido por las autoridades; incremento de las prestaciones no acompañado de ajustes en los montos de las aportaciones; aumento en las expectativas de vida no considerado en las estimaciones de los costos de las prestaciones; un sistema de salud médico-curativo, entre otras. Las implicaciones de estas variables fueron el deterioro del Instituto y la disminución en calidad y número de sus servicios; hecho que después fue utilizado ideológicamente para desprestigiar al IMSS como institución pública, justificando así su reforma.

Sin duda alguna, esta constituye la explicación objetiva del desfinanciamiento del Instituto en razón de la cual debieron hacerse es-

tudios y cálculos actuariales que permitieran dar opiniones sobre su vigencia en el mediano y largo plazo, sobre los correctivos necesarios, alternativas de optimización de recursos y posibles soluciones en el sentido de acometer nuevos retos de la seguridad social que demandan los mexicanos.

LA REFORMA DEL IMSS; CAMBIO DE GIRO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

En 1995, con la presentación del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 como parte del programa de gobierno de la administración política de Ernesto Zedillo, se plantearon nuevas premisas para la política social: la estabilidad y crecimiento económico sostenido. Este planteamiento significó pensar diferentemente a la seguridad social otorgándole nuevas atribuciones; la seguridad social como un instrumento de articulación de la política social con la fiscal y financiera, según la cual, los objetivos de política social y económica del gobierno serían cumplidos por ella promoviendo el empleo y la productividad (Poder Ejecutivo, 1995:10; IMSS, 1995: 5).

Este giro conceptual de la seguridad social que la transforma de una estructura e institución del bienestar en un instrumento macroeconómico, debía cumplirse a través de dos estrategias: 1) convertir los fondos de pensiones en fuente de expansión de los mercados de capital y del ahorro interno, para provocar crecimiento del empleo, incremento en el número de asegurados, aumento de los ingresos a este régimen y mayor bienestar social; y, 2) reducir gradualmente las cargas a la nómina en el seguro de enfermedad y maternidad, como recurso para contener los costos de producción y para incrementar la competitividad de las empresas.

Estas premisas sirvieron de base para que en 1995 las autoridades del IMSS presentaran un diagnóstico del Instituto, a petición expresa de la Presidencia de la República, donde se anunció una crisis financiera tal que de no ser resuelta, supondría inviabilidad del Seguro en el corto plazo. A partir suyo, se reestructuró la Seguridad Social mexicana aprobando una nueva ley del IMSS. Esta ley, la

aprobó el Congreso en diciembre de ese mismo año, con el voto exclusivo del Partido Revolucionario Institucional (PRI) que lleva 69 años en el poder.

1. Los Contenidos de la Reforma

La nueva ley del IMSS plantea tres cambios fundamentales con relación al anterior modelo:

- a) la separación y autonomización financiera de los seguros;
- b) la reforma financiera de los ramos de aseguramiento y
- c) la reorientación de los subsidios del Estado y el tipo de su intervención.

En razón de estos cambios, los nuevos ramos de aseguramiento del IMSS son: Riesgos de Trabajo (RT), Invalidez y Vida (IV) y Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (RCV), Enfermedad y Maternidad (EM) y Guarderías y Prestaciones (G). Se analizarán particularmente el seguro de pensiones (IV y RCV) y el de salud (EM) por ser las transformaciones en estos las que determinan un nuevo modelo de Seguridad Social en México.

2. Seguro de Pensiones

La reforma al ramo del IVCM se justificó por la presencia de problemas financieros derivados de la dinámica demográfica del país (decremento en la tasa de natalidad y aumento de la esperanza de vida) los que, desde la perspectiva de los reformadores, han provocado una desproporción entre el número de pensionados y la población asegurada.

Esta aseveración puede relativizarse fácilmente si se toma en cuenta que el hecho demográfico que importa para el cálculo de las pensiones es la relación entre la PEA activa y la inactiva, calculada a partir del índice de dependencia. Este, para 1994, guardaba en México una relación de 1.47% personas en edad productiva por persona en edad inactiva (Laurell, 1997 32-33). De ello se colige

que en México existen condiciones demográficas óptimas para ampliar el sistema de protección; lo que hace falta entonces es generar empleos.

Los objetivos que planteó la reforma fueron resolver las limitaciones de cobertura y la cuantía de las pensiones al momento del retiro y en los casos de incapacidad o muerte. Para ello, propuso un modelo que sustituyó el régimen público de reparto colectivo por un sistema privado de capitalización individual y aportes definidos, administrado de forma privada por las Administradoras de Fondo para el Retiro, AFORES.

Este modelo de capitalización individual consiste en transferir a una cuenta individual, por cada trabajador, las aportaciones hechas a los seguros de retiro y de cesantía y vejez (el 2% del SAR y el 4.5% de retiro, vejez y cesantía) más la Cuota Social del Estado (5.5% de un salario mínimo general vigente en el D.F., indizado anualmente al INPC). Estas cuentas serán administradas por las Afores, quienes las rentabilizarán individualmente en el sector financiero a través de las sociedades de inversión especializadas (Siefores).

Algunas de las características más significativas de este modelo son:

- 1) Con este sistema se liberalizan los fondos del ahorro público y se transfieren al sector financiero privado, convirtiendo a una institución de protección social en un instrumento financiero. El monto acumulado de esa transferencia en tres décadas representará aproximadamente el 60% del Producto Interno Bruto (PIB).
- 2) Se orientan los subsidios del Estado en favor de la consolidación de un modelo privado de pensiones, pues para que el modelo de capitalización individual y administración privada pueda operar, deberá contar con un subsidio fiscal del orden del 1.0% al 1.5% del PIB durante las próximas cinco o seis décadas (o pago del costo de transición del sistema público al privado).

- 3) Los trabajadores solo obtienen pensiones inciertas, además de que se les transfiere la responsabilidad de asumir individualmente los riesgos financieros del manejo de sus ahorros.

En el sistema privado de capitalización individual y aportes definidos, el monto de las pensiones se obtiene de la ecuación de restar a la cantidad ahorrada en la cuenta individual (o monto acumulado del SAR, del RCV y de la Cuota Social, por años de aportación) las comisiones por manejo de cuentas (gastos de administración); y a ello se suma la rentabilidad financiera.

Las comisiones que las Afores cobrarán por administrar las cuentas individuales del ahorro para el retiro podrán ser de 4 tipos diferentes: sobre aportaciones o flujos salariales, saldos, rendimientos reales y extras. De entre ellas, destacan las primeras que significan un costo de administración de entre un .90% y un 1.77%, sobre el salario base de cotización equivalente al 14 o 27% directo sobre las aportaciones bimestrales a la subcuenta del RCV. Ello se traduce en una disminución real de los recursos a acumularse en la subcuenta del RCV. Montos que en el largo plazo se reducirán aún más como consecuencia del cobro del otro tipo de comisiones (saldos, rendimientos y extras).

La rentabilidad de las pensiones se obtiene de rentabilizar en el sector financiero, a través de las sociedades de inversión o SIEFORES, los recursos de las cuentas individuales una vez que les han sido descontadas las comisiones por las Afores (Artículo 39 LSAR). Estas sociedades de inversión podrán ser escogidas libremente por los trabajadores, lo que supone que estos estarán calificados para evaluar las mejores combinaciones entre riesgos y rendimientos que les ofrecen las sociedades de inversión según sean éstas de instrumentos indizados, de deuda, o comunes; asumiendo los riesgos financieros cada trabajador de manera individual. Por riesgo financiero se entiende la contingencia ante la que se enfrentan los recursos de los trabajadores en los mercados financieros debido a que los precios se determinan por el comportamiento de la oferta y de la demanda. De este comportamiento va a depender el rendimiento de la

inversión de los recursos del ahorro, pero ello en el largo plazo no es determinable ni calculable, por esta razón el propio sistema de capitalización individual es conocido como un sistema de beneficios inciertos.

Como prueba de la incertidumbre a la que se enfrentarán las pensiones de los trabajadores mexicanos con el sistema de capitalización individual, sirva mencionar que en todos los contratos de administración de recursos de las diecisiete Afores registradas hay una cláusula que dice explícitamente:

"El trabajador reconoce expresamente que por la naturaleza de sus inversiones en acciones de las sociedades de inversión especializadas de los fondos para el retiro (Siefors) y de aquellas inversiones que estas últimas realizan 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 y ganancias que en lo general provienen de las fluctuaciones del mercado".

El modelo chileno, fuente de inspiración de la reforma mexicana, obtuvo una rentabilidad negativa del -1.4% en junio de 1998, lo que se traduce directamente en pérdidas para los trabajadores.

En el caso mexicano, a año y medio de haber entrado en vigor el sistema privado de pensiones, si no se han desintegrado los recursos sociales ha sido gracias a que el Estado, a través de los candados impuestos en la Ley de la Consar, garantizó que el 94% de los fondos se invirtieran en papel de gobierno: CETES, UDIBONOS, BONDIS, etc. La intención de las Afores, sin embargo, ha sido insistir en abrir los fondos de pensión a la inversión en el portafolio privado, o capital especulativo.

- 4) El sistema de capitalización individual implica una pérdida de derechos. Con la nueva Ley se aprobó una limitación legal para acceder a las pensiones al alargarse los tiempos de espera para pensionarse de 500 semanas de cotización a 1250 (Art. 154 NLIMSS). Este cambio no solo es regresivo con respecto

a un derecho adquirido, de suyo grave, sino que es una flagrante amenaza contra las generaciones jóvenes. Su futuro laboral está significado por un escenario en el que la liberalización económica y la flexibilización del mercado laboral generalizan, cada vez más, la preeminencia del trabajo a tiempo parcial, el subempleo y el trabajo informal en detrimento del trabajo permanente, lo que ofrece un escenario ayuno de posibilidades para que puedan acceder algún día a las pensiones.

- 5) No existe fundamento empírico que dé validez a las premisas según las cuales los fondos de pensiones se convierten en fuente de expansión de los mercados de capital y en ahorro interno, y que en un círculo virtuoso se traduzcan en mayor inversión productiva y crecimiento económico. No ha sido aún comprobada la existencia de una relación definida, positiva o negativa, entre las tasas de ahorro y el sistema de pensiones.

Por otro lado, es paradójico el planteamiento conceptual según el cual pueden incrementarse la inversión productiva y al mismo tiempo el rendimiento de los fondos de pensión. En el primer caso, se requieren bajas tasas de interés y el abaratamiento del costo del dinero, mientras que en el segundo, por el contrario, lo que se necesitan son tasas de interés crecientes para incrementar los fondos de pensión ahorrados.

En el caso de la reforma chilena, la recuperación de la tasa de ahorro privado, a partir de 1985, se debió a la participación creciente del ahorro empresarial en el ingreso total y no a la reforma en el sistema de pensiones. Además de que hasta ahora los países que cuentan con sistemas privados de pensiones no se distinguen por tener altas tasas de ahorro privado (Ros, 1996).

3. Seguro de Salud

En el caso del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) la reforma se justificó por la presencia de un desequilibrio financiero que comprometía la calidad del servicio en el corto plazo; —señalando como causas principales, el envejecimiento paulatino de la población

y el incremento de las enfermedades crónico degenerativas, entre otras-.

En relación con la transición epidemiológica es de advertir que en México, las principales causas de hospitalización corresponden: el 42% a las complicaciones del embarazo, parto y puerperio; el 8% a las enfermedades digestivas; el 7.3% a las genitourinarias; el 6.6% a los traumatismos; el 5.4% a las enfermedades respiratorias y el 4.4% a los tumores. En razón de estas cifras, no se puede concluir que el número de internaciones refleje el costo del tratamiento de las distintas enfermedades y que la transición epidemiológica contribuya al desfinanciamiento de los servicios médicos (Laurell, 1997; 32-33). La explicación estructural en el desfinanciamiento del Instituto, como se señaló anteriormente, está dada por el comportamiento regresivo del gasto social, el empleo y los salarios.

Los cambios que introdujo la nueva ley del IMSS en el SEM son dos: un nuevo esquema de cotización junto con la creación del Seguro de Salud para la Familia y el intento de promover la opción privada de servicios y seguros dentro del régimen obligatorio del SEM, generalizando la contratación de convenios de reversión de cuotas.

3.1 Nuevo esquema de cotización

El nuevo esquema de cotización del SEM consiste en sustituir la aportación proporcional sobre el salario base de cotización, que anteriormente era del 12.5%, por una cuota fija del 27.8% calculada sobre el salario mínimo del D.F. Con este cambio, se le da un precio (cuota fija) al acceso de los servicios médicos, transformando el principio de solidaridad, de pago por salario y beneficio según necesidad, por el de equivalencia entre un monto de aportación y un beneficio recibido (modelo costo-beneficio).

Las implicaciones de esta nueva forma de cotización son:

- 1) No resuelve el problema de desfinanciamiento del SEM. Produce una baja en la cotización promedio al SEM, aminorando los recursos de este ramo de aseguramiento.

Cuando en el modelo solidario la cotización promedio era del 12.5%, en el nuevo esquema de contribuciones solo alcanza una media de aportación sobre el salario del 11.42%, o bien del 12.92% tomando en cuenta la aportación extra que hará el Estado por concepto de atención médica a los jubilados, igual al 1.5% del salario base de cotización. Ya en el Diagnóstico se reconocía que la cuota de equilibrio estimada para el modelo de atención solidario debía ser del 13.5%. De ella, 12.8% correspondería al pago de las prestaciones médicas y el 0.7% a las prestaciones en dinero.

- 2) La introducción de una cuota fija de aportaciones cancela la fórmula proporcional previamente existente según la cual la estructura de contribuciones se acompañaba de mecanismos de solidaridad y equidad entre las empresas de pequeñas, medianas y altas cotizaciones. Ahora, por el contrario, son los patrones con trabajadores de bajos ingresos quienes subsidian a las grandes empresas (las de los cotizantes más altos), incrementando su aportación en casi el 80% al ramo de enfermedades y maternidad. Hecho que de suyo es contradictorio e injusto, pero que además provoca la elevación de los costos laborales de las pequeñas empresas reduciendo su competitividad y seguramente, desestimulando su interés para afiliar a los trabajadores a la Seguridad Social; dos propósitos por los que también se justificó la reforma (Mussot, 1997).

Además, el incremento en las cotizaciones del Estado en el nuevo esquema de cotizaciones del 0.625% al 3.8%, es decir, hasta casi seis veces, se realiza para subsidiar la baja de la cuota patronal, favoreciéndoles a estos directamente.

- 3) A través del Seguro de Salud para la Familia (SSF), no parece que puedan ampliarse significativamente ni los recursos del SEM, ni su cobertura.

El SSF fue creado como fuente alterna de financiamiento y para ampliar la cobertura médica a los sectores de la economía informal. Su costo es equivalente al 22.4% de un salario mínimo

general del D. F. y por cada familiar adicional debe añadirse el pago de una cuota extra equivalente al 75% de la que corresponde a dicho seguro. Considerando que en 1992 un tercio de la población en México tenía ingresos menores a los tres salarios mínimos y que ellos son base de la estructura salarial de los potencialmente asegurables, parece poco probable que puedan destinar a la salud tal porcentaje de recursos y que mantengan la disciplina de una erogación permanente para su pago (condición mínima para estabilizar cierto monto y constancia de ingresos al SEM).

3.2 Los Convenios de Reversión de Cuotas

Los Convenios de Reversión de Cuotas son un mecanismo que siempre ha existido en el IMSS por el que las cotizaciones relativas al SEM se devuelven a las empresas para contratar con ellas servicios médicos privados.

En el actual contexto de deterioro de las instituciones públicas la generalización de los Convenios de Reversión de Cuotas implica:

- 1) Incorporar selectivamente la opción privada de seguros y de servicios dentro del seguro obligatorio del IMSS

De acuerdo con la distribución de los asegurados y los fondos del SEM por nivel de salarios, el 69% de los asegurados que cotizan en el nivel salarial de hasta tres salarios contribuyen con casi el 50% de los fondos y el aproximado 32% restante, de los asegurados y niveles salariales, aportan la otra mitad de los recursos. Estas cifras sugieren que en la presente situación de deterioro de los servicios del Instituto, los sectores de mayores recursos opten por la medicina privada, a través de contratar convenios de reversión de cuotas, reduciendo casi a la mitad los ingresos al SEM.

- 2) Estratificar los servicios médicos de la Seguridad Social, y reducir estos últimos a paquetes básicos de servicios, lo que equivale a desmantelarla como institución pública de salud.

La fuga de fondos producida por la contratación de convenios de reversión por los sectores de altos cotizantes dejaría a los sectores de menor ingreso, que son la mayoría, con la mitad de los recursos en un sistema de salud totalmente deficitario, agudizando sus insuficiencias y poniendo en entredicho la sobrevivencia del Instituto.

El plan de servicios del IMSS tenderá a corresponder en beneficios a lo que se acceda con la cuota fija de contribución al SEM (valor de la salud), generalizándose así paquetes o planes predefinidos de salud, con acciones mínimas. La exclusión de algunos servicios hará posible que los paquetes mínimos de salud de la Seguridad Social sean complementados adquiriendo con los privados un seguro adicional voluntario.

- 3) Mercantilizar la salud dentro de las instituciones públicas y provocar su privatización selectiva; o en otros términos, hacer del IMSS un ámbito cuyos servicios de salud dependen de la capacidad económica de los derechohabientes. Ello va acompañado con la pérdida de derechos ya que anteriormente se tenía libre acceso a los servicios médicos lo que violenta la responsabilidad y obligatoriedad constitucional de la Seguridad Social.

CONCLUSIONES Y ALTERNATIVAS

Después de analizar los cambios de la Seguridad Social mexicana y sus implicaciones sobre el bienestar social, queda claro que a lo largo de todo el proceso de presentación, aprobación y puesta en marcha del nuevo modelo han existido graves contradicciones entre los planteamientos hechos por los reformadores y los verdaderos propósitos de la reforma.

Los cambios introducidos con la Nueva Ley del IMSS evidencian que el nuevo modelo de Seguridad Social mexicano viola el Constitucional que garantizaba los derechos sociales.

El nuevo modelo está fundado en una lógica de mercado acorde con los principios de igualdad de oportunidades para que los individuos puedan acceder a los beneficios de la Seguridad Social a

través del mercado. Y, en el de equivalencia, por el que se correlacionan directamente el tipo y monto de los beneficios de cada ramo de aseguramiento con la cantidad aportada individualmente por cada trabajador. Es decir un modelo que sustituye el principio de solidaridad por el de costo-beneficio.

En la conceptualización del nuevo modelo destaca un cambio fundamental en la intervención del Estado; son redefinidas sus funciones a través de eliminar las responsabilidades públicas en torno al bienestar y sustituirlas por una intervención en favor de los procesos de desreglamentación y privatización. Realidades particularmente evidentes por la imposición de altas cargas fiscales al gobierno federal para saldar los costos de transición del modelo público al privado y para autonomizar a las estructuras normativa, financiera y de prestación de servicios de las instituciones públicas. Única garantía para introducir la lógica de mercantilización en la gestión del financiamiento y de los servicios.

La conversión del bienestar en un bien privado lleva el riesgo de acrecentar aún más el proceso de estratificación social existente. Las consecuencias más inmediatas tienden al incremento en extensión e intensidad de la desigualdad existente, a la pérdida de solidaridad colectiva y a la pasma del proceso de universalidad del bienestar social. Procesos que provocan consolidar la exclusión y la fragmentación sociales, la más grande amenaza a la estabilidad económica y política de cualquier nación.

Convertir el bienestar social en mercancía, supone su desmantelamiento como espacio de igualdad. Esta alteración desconoce que las instituciones públicas cumplen un papel fundamental en el proceso de integración social en tanto redes primarias de socialización, sobre las que se estructura la sociedad de manera no corporativa. Además de desconocer que estas han jugado históricamente un papel crucial para paliar los efectos sociales de las crisis. Ese desconocimiento implica desvalorizar a la seguridad social como garante de la modernización social y económica con estabilidad político-social.

Alternativas

No puede negarse la ineluctable necesidad de reformar la seguridad social en razón tanto de sus inconsistencias como ineficiencias. Avanzar en ese propósito demanda redefinir un nuevo compromiso del Estado con el bienestar social, y con la seguridad social, desde un enfoque integral de los problemas humanos. Este, debe partir de reconocer al Estado como la instancia universalizadora de las sociedades modernas, por lo que sus funciones tienen que redefinirse admitiendo que los derechos sociales son una necesidad pública cuya garantía es condición de equidad y de la universalidad de los beneficios sociales.

En ese sentido, debe recuperarse la noción de que la Seguridad Social es una responsabilidad colectiva de la sociedad, y que su cumplimiento es una obligación pública del Estado y del quehacer colectivo.

A partir de estas premisas es necesario llegar a concluir en un consenso social para confirmar las expectativas futuras de generación de empleos y recuperación real de los salarios, como base de financiamiento real y universalización de la Seguridad Social.

Seguro de Salud

En el Seguro de Salud, es necesario garantizar el equilibrio financiero impulsando su crecimiento, garantizando la ampliación de la infraestructura y consolidando los sistemas existentes de medicina social para la población con capacidad contributiva; bajo los principios solidarios y redistribuidores. Ello requiere de voluntad política para volver a un esquema de contribuciones en el que se incluya la proporción de cotizaciones con cargo a patrones y trabajadores de la ley derogada, adicionándole la aportación del gobierno comprometida en la nueva Ley, así como actualizar las contribuciones de los sistemas modificados.

Seguro de Pensiones

En el Seguro de Pensiones, debe confirmarse la validez del principio solidario intergeneracional como el que brinda mejores pensiones, asume los riesgos de los mercados financieros y no obliga a actualizar pasivos con cargo a las finanzas públicas.

Un sistema público de pensiones permite adoptar una política de inversión social o de producción estratégica con la inversión de las pensiones, lo que potencia y amplía sus beneficios sociales.

Para viabilizar financieramente al seguro del IVCN (derogado) se le deben incorporar las contribuciones y recursos del SAR y del rendimiento del patrimonio usufructuado por el SEM; debe crecer del orden del 5% el número de cotizantes y recuperarse en aproximado 2% el valor real de los salarios; invertirse el 100% del sobrante de las reservas financieras; obtener una tasa real de rendimiento del 5% sobre la inversión manteniendo como cuantía mínima el 100% del salario mínimo. Con esta proyección actuarial en el año 2020 se tendría una reserva en de pesos, de 43 mil millones de dólares (García Sainz, 1995).

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial (1987). *Protección de la población pobre durante periodos de ajuste*, Washinton, Banco Mundial.
- (1992). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud Indicadores del Desarrollo Mundial*, Washington, Banco Mundial.
- (1996). *Informe Sobre Pobreza*, Washington, Banco Mundial.
- IMSS (1994). *Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social*, México, IMSS.
- (1995). *Diagnóstico*, México, IMSS.
- (1996). *Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social*, México, IMSS,
- Kurczyn, S. (1996). *Reforma del sistema de pensiones mexicano: principales aspectos macro - económicos*, Comercio Exterior, No. 6, México.
- Labra, Armando. (1996). *De pobres, pobreza, y empobrecimiento. Política económica vs. bienestar social*, Economía Informa, 246, abril.
- Laurell, Asa Cristina. (1997). *La Reforma Contra la Salud y la Seguridad Social*, ERA - Fundación Ebert, México.
- Mussot, Luisa. (1996). (coord) *Alternativas de Reforma de la Seguridad Social*, México, UAM-X y Fundación F. Ebert S.
- (1997). *Hacia una alternativa de reforma al seguro de enfermedad y maternidad del IMSS* (mimeo).
- Poder Ejecutivo Federal (1989) *Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994*, México, Poder Ejecutivo Federal.
- (1996). *Programa Nacional de Salud*, México, Poder Ejecutivo Federal.

**¿DE LA EXCLUSIÓN
INJUSTIFICABLE
A LA INCLUSIÓN
SOSTENIBLE?**

¿DE LA EXCLUSIÓN INJUSTIFICABLE A LA INCLUSION SOSTENIBLE?

Alejandro Bonilla García

En las dos últimas décadas del siglo, la región latinoamericana ha sido una de las más activas a nivel mundial en lo que respecta al número de reformas a sus sistemas de seguridad social y en particular a sus sistemas de jubilaciones. Todas estas reformas se han caracterizado por un cuestionamiento de los resultados obtenidos por los sistemas previos así como por la voluntad de armonizar más adecuadamente los sistemas con los procesos de Globalización.

Por lo general, cada una de las reformas ha incluido elementos de las reformas precedentes y ha adicionado elementos propios a las circunstancias demográficas, financieras, económicas y políticas de cada uno de los países.

Dentro de el proceso de reforma de los sistemas de pensiones en la región, se pueden distinguir cuatro etapas de comportamientos muy diferenciadas entre sí. Una primera etapa de observación, una segunda de creación de un nuevo paradigma, una tercera de variaciones y una última de re-cuestionamiento de nuevos y antiguos paradigmas así como de reconocimiento nuevos y antiguos logros y limitaciones.

La primera etapa, cubre fundamentalmente la década de los 80, en la que únicamente Chile introdujo una reforma y ningún otro país se decidió a llevarla a cabo o no se dieron las circunstancias para hacerlo.



La segunda etapa cubre de 1990 a finales de 1992 en la que México complementó su régimen de aseguramiento con un sistema de ahorro individual (Sistema de Ahorro para el retiro SAR) y Perú hizo una reforma muy similar a la instrumentada en Chile. Esta etapa se caracteriza por los conceptos introducidos en la reforma de Chile, en particular el abandono parcial o total del concepto de aseguramiento colectivo solidario y la introducción del concepto de ahorro individual.

En ese período, la reforma llevada a cabo en Chile se presentó como un producto del conocimiento científico y por lo tanto irrefutable y frecuentemente incuestionable. Se acuñó el modelo introducido en Chile como "El Modelo" que resolvería todos los problemas y carencias de sus predecesores y de los sistemas no reformados en la región. Así como en la etapa de gestación de los sistemas de seguridad social se adoptó el paradigma europeo, en esta etapa se creó el nuevo paradigma regional: el modelo de ahorro individual.

Aparecieron diferentes estudios de especialistas en los que se discutía acerca de lo que pasaría en el futuro. Algunos señalaban cómo, en forma matemática, una vez que se introduce un modelo en un país, inmediatamente se producen acciones que no podrían sino desembocar en un mejoramiento, no solo del sistema pensionario si-

no de todo el sistema financiero y económico en general. Otros llamaban la atención sobre los riesgos inherentes al propio diseño introducido así como a la variabilidad en la conveniencia real, dependiendo de la situación de cada uno de los participantes y del entorno económico, laboral, financiero e inclusive político.

Una tercera etapa se observó entre 1993 y 1996 en la que aparecieron en la región reformas que si bien contenían elementos de la reforma efectuada en Chile en 1981, presentaban variaciones o adecuaciones. En algunos casos se les denominó variaciones con respecto al modelo "puro" y en otras ajustes necesarios al modelo "puro".

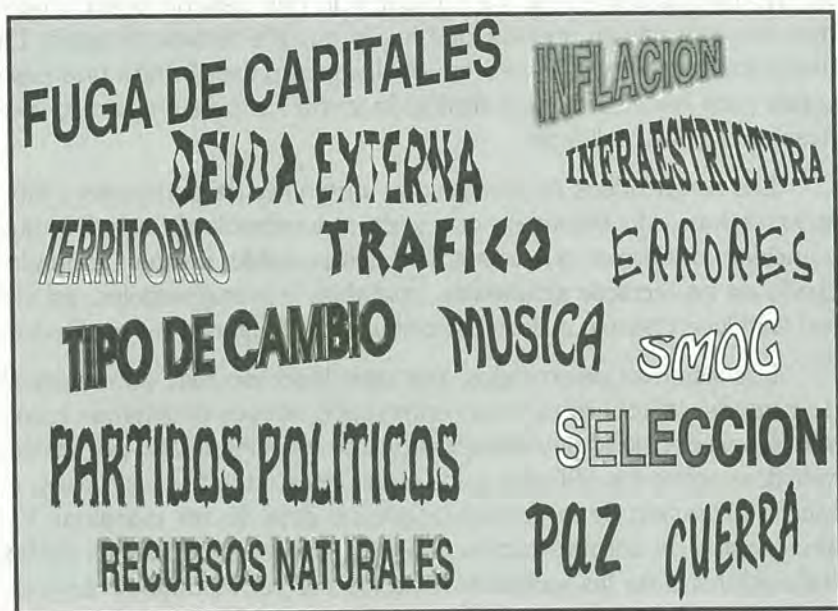
Después de 1995, se inició una última etapa en la que se pudieron poner en tela de juicio, no solo las carencias de los sistemas previos al introducido en Chile en 1981, sino también los logros y las carencias de los sistemas reformados en la región. Los debates y los artículos producidos por los especialistas en esta etapa discuten mucho menos por lo que va a pasar o lo que debería pasar y centran sus energías en analizar qué fue lo que efectivamente pasó. La disponibilidad de estadísticas en los diversos países brindó una base sólida para hacer una clara distinción entre los presupuestos y motivaciones y las realidades.

Los diagnósticos de los sistemas originales de pensiones y jubilaciones han sido objeto de una serie innumerable de estudios que coinciden en afirmar que el entorno desfavorable, un manejo inadecuado de las técnicas actuariales, contables y presupuestales, así como el influyentismo e inclusive la corrupción, limitaron sus resultados.

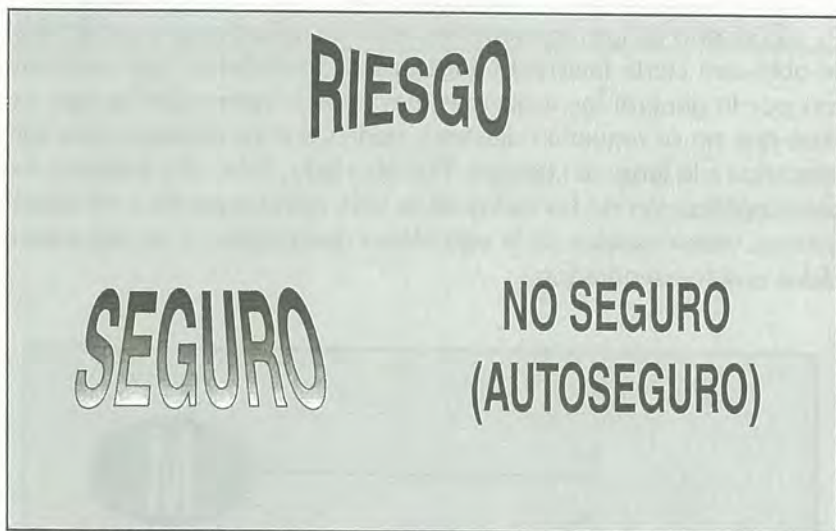
Los sistemas reformados, por otro lado, no han sido capaces de extender la cobertura y han enfrentado nuevos problemas como son la baja densidad de cotización que se ve evidenciada por las estadísticas sobre los afiliados y los aportantes en todos los países, la escasa extensión de la cobertura que no deja de ser marginal, los altos costos de administración y la volatilidad de los fondos de los trabajadores ante las variaciones de los mercados financieros y de capitales.

Uno de los temas de fin de siglo que ha despertado mayor polémica ha sido el relativo a la decisión estratégica de financiar los regímenes de jubilaciones y pensiones colectivamente o individualmente. En otras palabras, existe un debate en torno a si se debe recurrir al "Reparto" o a la "Individualización" de los regímenes.

Al respecto cabe señalar que además de poner a la seguridad social en general y a los regímenes de jubilaciones y pensiones en particular en el banquillo de los acusados, parece que las deudas externas e internas "se reparten", los recursos naturales "se reparten", los territorios nacionales "se reparten", la infraestructura nacional "se reparte", los salvamentos bancarios y del sector financiero "se reparten" y muchos otros elementos más. Sin embargo, al único sector al que se le cuestiona la repartición entre los ciudadanos de los países es al de la seguridad social cuando esta de hecho se ve impactada por la mejor o peor "repartición" del resto de los elementos de la vida nacional.



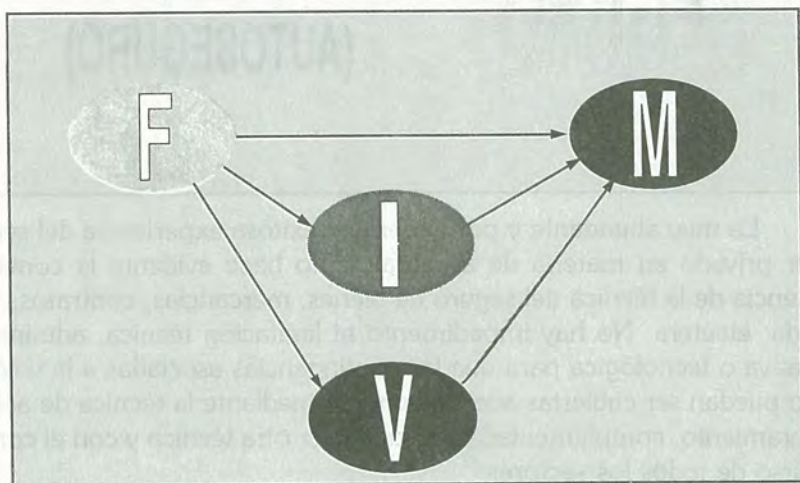
Hay tantas cosas que se reparten entre los habitantes de un mismo país que pareciera limitante y excluyente el no poder repartir los aspectos vinculados con la seguridad social y, en particular, con los regímenes de jubilaciones y pensiones. De hecho, en términos de seguridad social el verdadero debate se sitúa no entre "repartir" o "no repartir", sino entre "asegurar" o "no asegurar" (auto-asegurar) los riesgos. Independientemente de la naturaleza de la administración, pública, privada o mixta, la experiencia internacional en la materia es contundente: todos los países desarrollados recurren al sistema de aseguramiento para sus regímenes generales más que al sistema de auto-seguro.



La muy abundante y por lo general exitosa experiencia del sector privado en materia de aseguramiento hace evidente la conveniencia de la técnica del seguro de bienes, mercancías, contratos, la vida, etcétera. No hay impedimento ni limitación técnica, administrativa o tecnológica para que las contingencias asociadas a la vejez no puedan ser cubiertas adecuadamente mediante la técnica de aseguramiento, complementada por cualquier otra técnica y con el concurso de todos los sectores.

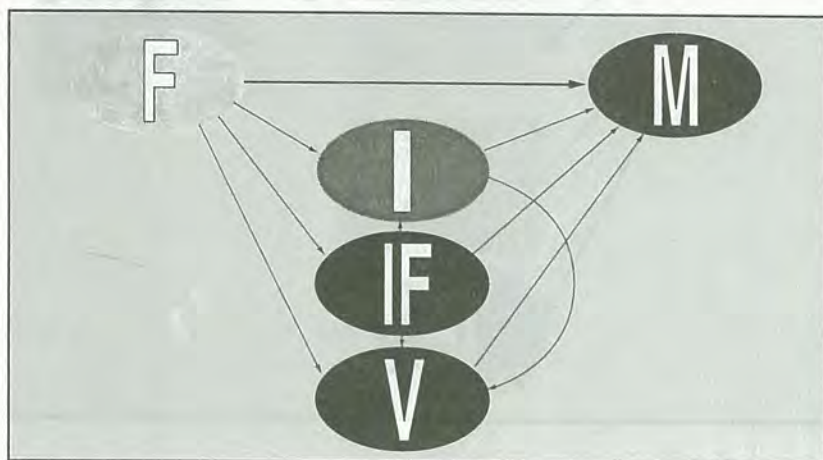


El diseño de los regímenes iniciales de jubilaciones y pensiones, se obró con cierta facilidad e ingenuidad. Facilidad ya que se copiaron por lo general los esquemas europeos e ingenuidad ya que supuso que no se requerían ajustes y cuidados a los sistemas para fortalecerlos a lo largo del tiempo. Por otro lado, hubo una evidente sobre-simplificación de los ciclos de la vida activa y pasiva y se distinguieron varios estados de la vida claves que podrían o no ser asegurados o auto-asegurados.



El primer estado sobre-simplificado sería el de empleado (E) del cual se podría pasar al de jubilado por vejez (V) a través de los años y del que indefectiblemente se pasaría a la muerte (M). Otra posibilidad sería que siendo empleado (E) se cayera en invalidez (I) y luego la vejez (V) y luego a la muerte (M) o directamente a la muerte (M).

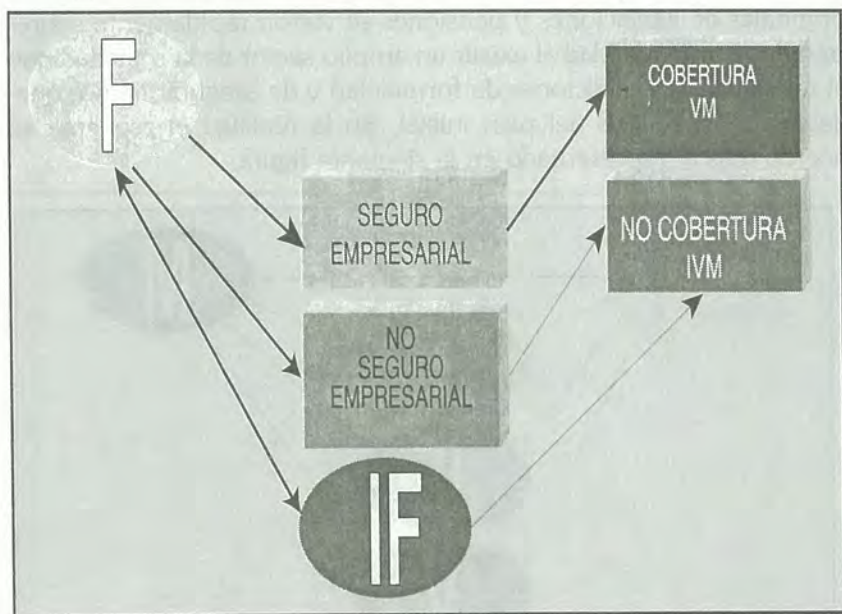
Independientemente de que el término de formalidad o informalidad en el empleo sean relativamente recientes, los regímenes originales de jubilaciones y pensiones se vieron rápidamente superados por la realidad al existir un amplio sector de la sociedad que al no reunir las condiciones de formalidad y de aseguramiento, quedaban EXCLUIDAS del plan inicial. En la realidad el esquema se acercó más al representado en la siguiente figura:



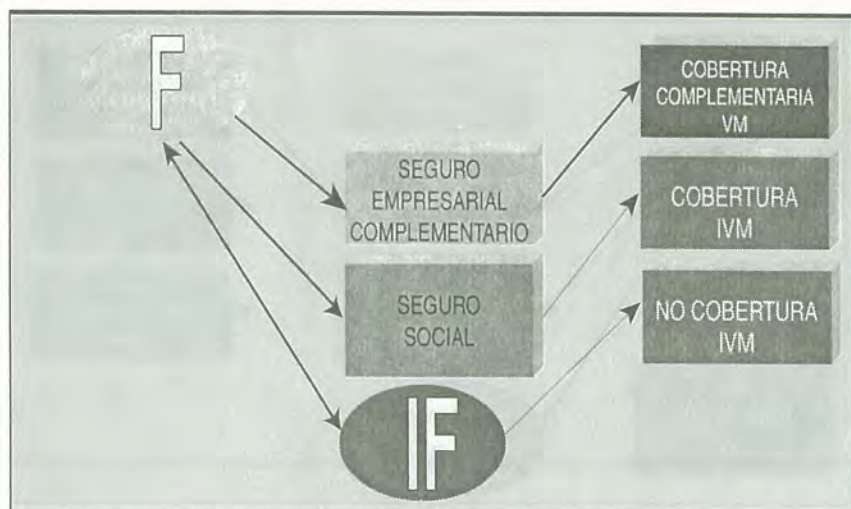
De esta manera de la formalidad (F) se puede pasar a la vejez (V) y a la muerte o bien a la invalidez o a la muerte o bien a la informalidad (IF). Evidentemente de la informalidad se puede pasar a la invalidez o la vejez y posteriormente a la muerte.

En prácticamente todos los países latinoamericanos, antes de existir los seguros sociales para cubrir las contingencias de la vida, incluyendo la vejez, se crearon sistemas empresariales de aseguramiento, en particular en las empresas medianas, grandes y transna-

cionales. Este tipo de aseguramiento no fue accesible a todo tipo de empresas y por lo tanto se hizo inicialmente una distinción (EXCLUSIÓN) entre los trabajadores que podían tener acceso a un seguro empresarial y aquellos que no tenían acceso al seguro empresarial y que quedaban sin cobertura para los riesgos de invalidez, vejez y muerte (IVM).



Ante esta situación, los modelos europeos de aseguramiento se presentaron como una posibilidad de extender el seguro a toda la sociedad, inclusive a aquellos trabajadores cuyas empresas por sí mismas no tenían la capacidad de brindarles dicho aseguramiento. Todos los sectores reconocieron que aunque el aseguramiento de todos los trabajadores tendría un cierto costo, las ventajas serían superadas ampliamente debido a los incrementos en productividad como producto del aseguramiento de los riesgos de IVM y de los riesgos de la salud.



De esta manera, los mecanismos colectivos de aseguramiento de los riesgos de la vida aparecieron en la misma forma que en Europa, es decir en la forma de seguro social. Sin embargo, al no haber reconocido el nuevo "riesgo" del paso a la informalidad y de proponer estrategias alternativas para "asegurar" el flujo de todos aquellos que no cubren los requisitos formales originó, inevitablemente, que las EXCLUSIONES se preservaran. Si se considera que en la presente década, 8 de cada 10 nuevos empleos se generan en el sector informal de las economías latinoamericanas, es evidente que el no tener mecanismos de aseguramiento para estos sectores, es una deficiencia creciente¹.

Por otro lado, aquellos grupos con mayor influencia en la política nacional adoptaron la idea y la técnica del aseguramiento colectivo pero limitado a ciertos gremios, profesiones o sectores. De esta manera, en prácticamente todos los países latinoamericanos, se desarrollaron regímenes paralelos y EXCLUYENTES de protección contra la vejez, la invalidez y la muerte IVM así como para los regímenes de aseguramiento de la salud.

1 Parorama Laboral 1997. OIT. Lima.



A través de EXCLUSIONES de grupos privilegiados y de grupos marginados, se crearon mosaicos de protección para ciertos sectores de la población y un conjunto importante siguió siendo EXCLUIDO.

En la práctica, esta situación se agravó ya que ante la evasión y subdeclaración de un gran número de trabajadores a los regímenes de aseguramiento, el resultado real fue que un importante número de trabajadores del sector formal, que legalmente debían contar con una cobertura contra los riesgos de la vida, quedaron "de facto EXCLUIDOS de todo ASEGURAMIENTO.

Ante esta situación de EXCLUSION de hecho y del mantenimiento de privilegios ante la cobertura de los riesgos de la vida, el papel de los gobiernos no siempre fue afortunado ya que con frecuencia destinaron mayores recursos públicos a aquellas formas de aseguramiento más privilegiadas. Así, por ejemplo, todos los regímenes empresariales, de los que solamente disfrutaban los trabajadores de las grandes empresas y de las empresas transnacionales, tradicionalmente han disfrutado de incentivos fiscales como apoyo a los panes, incentivos que desde luego son pagados por toda la sociedad a través de los impuestos. Por otro lado, no fue poco frecuen-

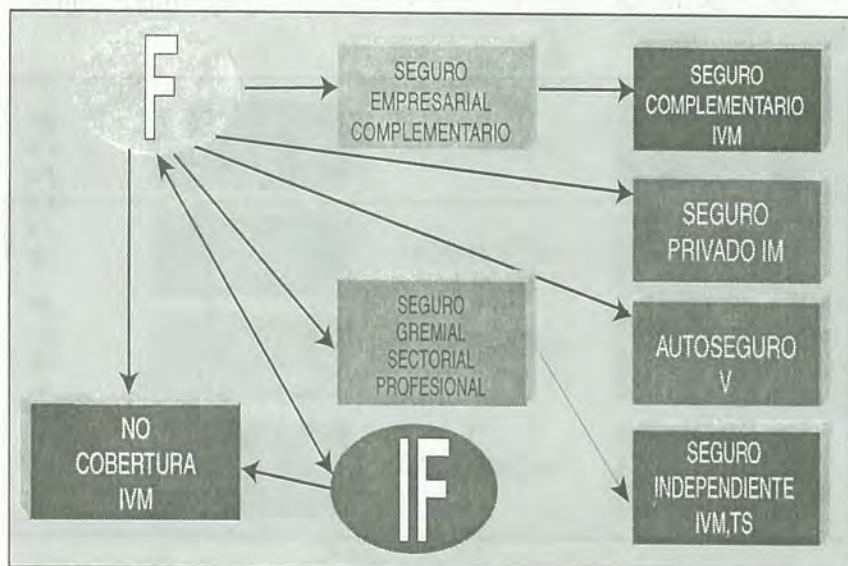
te que los gobiernos no solamente no contribuyeran regularmente a los regímenes de seguridad social en general y a los de jubilaciones y pensiones en particular, sino que utilizaran sus recursos para todo tipo de fines, algunos de ellos eventualmente defendibles y otros plenamente indefendibles. En la mayoría de los países latinoamericanos los aportes gubernamentales para la protección de la vejez de los habitantes no asegurados por ningún mecanismo, que de hecho son los que más ayuda requieren, han recibido un apoyo nulo o simbólico y muy limitado.



Ante evidentes deficiencias estructurales, no solo de los regímenes de aseguramiento sino de aseguramiento complementario, aseguramiento gremial y orientación de los recursos públicos de apoyo, las reformas a los regímenes de jubilaciones y pensiones introdujeron una nueva estructura en la que se ha mantenido la técnica de seguro en los casos de los riesgos de invalidez y muerte, pero con administración privada y se ha substituido la técnica de aseguramiento del riesgo de vejez por la de autoaseguramiento del mismo.

Desafortunadamente, a pesar de las evidentes buenas intenciones y declaraciones en torno a los regímenes reformados, poco se hizo con respecto a los regímenes de privilegio de los diferentes sectores

ya privilegiados, poco se hizo por aumentar la cobertura de los regímenes a los grupos de los sectores tradicionalmente EXCLUIDOS por lo que muchas de las deficiencias estructurales a nivel nacional que perpetúan las EXCLUSIONES se mantuvieron o en algunos casos se ampliaron. De hecho en algunos países las EXCLUSIONES se han ampliado al no considerar en los regímenes reformados a trabajadores mayores a una cierta edad.



Por otro lado, los esfuerzos gubernamentales en los países que han efectuado reformas, se han orientado fundamentalmente a financiar la transición más que a ampliar la cobertura a los grupos tradicionalmente EXCLUIDOS. Esto ha resultado en una intensificación de los esfuerzos hacia los sectores tradicionalmente protegidos y a un mantenimiento de las estructuras de privilegio en la mayoría de los casos.

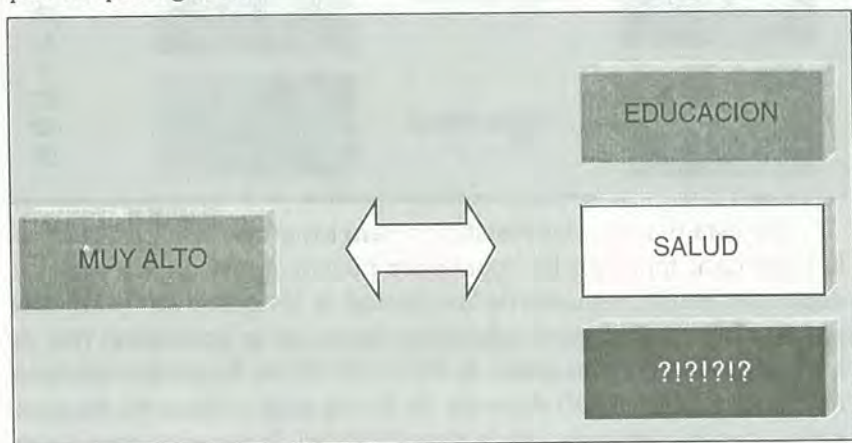
Contrario a los argumentos que se avanzaron en la mayoría de las reformas de los regímenes de jubilaciones y pensiones en las que sé que el papel del gobierno se debería limitar a ser supervisor y ga-

rante de última instancia, en las nuevas estructuras el papel del gobierno como financiador se ha visto incrementado y constituye un elemento central de la viabilidad financiera por lo que su papel no se ha limitado simplemente a supervisar o a garantizar el adecuado funcionamiento.



De esta manera, los resultados para los grupos INCLUIDOS en la cobertura, tanto en los regímenes nuevos como en los iniciales, dependen inevitablemente de la voluntad de los gobiernos para cumplir con los compromisos adquiridos como en la posibilidad real de hacerles frente. Por su parte, la INCLUSIÓN de los grupos tradicionalmente EXCLUIDOS depende de la voluntad política de incorporarlos al aseguramiento y de la disponibilidad de recursos para financiar su INCLUSIÓN. Cabe señalar que los grupos tradicionalmente EXCLUIDOS de los regímenes de seguridad social y de los regímenes de jubilaciones y pensiones, son grupos heterogéneos con muy diversas capacidades de pago, con muy diversas ubicaciones geográficas y ocupados en una infinidad de actividades diferentes. Esta heterogeneidad y la necesidad de adoptar medidas integrales, llaman seguramente a la adopción de políticas y estrategias generales, complementadas por medidas específicas diseñadas caso por caso.

En un contexto de escasez de recursos, de turbulencias económicas y financieras en los mercados mundiales y de grandes EXCLUSIONES, es evidente que una de las preguntas fundamentales a las que se debe dar respuesta es ¿cómo han financiado los gobiernos las transiciones efectuadas hasta la fecha y que se orientan fundamentalmente a los grupos tradicionalmente INCLUIDOS? El costo puede resultar muy alto si se comprometen recursos necesarios, por ejemplo, para la educación o la salud que son fundamentales para el desarrollo de los países y sin los cuales no se podrá lograr una verdadera competitividad sostenible en el largo plazo. El costo de oportunidad es sin duda infinito si dicha transición de los grupos tradicionalmente INCLUIDOS hacia mecanismos diferentes de protección se apoya en una perpetuación de la EXCLUSIÓN de los grupos no protegidos.



Del análisis de los nuevos mosaicos latinoamericanos de cobertura (INCLUSION) y de falta de cobertura (EXCLUSION) para los riesgos de invalidez, vejez y muerte se desprende que tanto en los seguros sociales como en los sistemas reformados, administrados por entidades del sector privado, se ha mantenido la técnica de aseguramiento colectivo y que únicamente en el caso del riesgo de la vejez se ha abandonado esta técnica por la del ahorro consumo del propio participante, es decir por el auto-seguro antes señalado.

En lo que respecta a los beneficios, los seguros sociales de acuerdo a sus leyes brindaban beneficios definidos con duración vitalicia en el caso del participante, de su viuda (y en ocasiones del viudo igualmente) y en el caso de los huérfanos por lo general hasta alcanzar una cierta edad. Por su parte los regímenes reformados han introducido por lo general nuevos conceptos de beneficios: la renta vitalicia y el retiro programado.

La renta vitalicia es manejada por lo general por compañías de seguros ya que su fundamento técnico es la del aseguramiento colectivo y su duración es vitalicia. Cabe señalar que este tipo de beneficio solamente se encuentra indizado y garantizado en términos reales en el caso de Chile y que en el resto de los países no existe tal garantía.

El retiro programado no está basado en la técnica de aseguramiento y crea, intrínsecamente, una competencia entre la evolución del fondo y la supervivencia del propietario del mismo. Es reconocido por las autoridades supervisoras de los diferentes regímenes reformados que la trayectoria natural del beneficio del retiro programado es decreciente y que por lo tanto, no tiene una garantía de duración vitalicia, es decir que, técnicamente, EXCLUYE de la protección al participante en la etapa en la que más necesita la protección. Cabe señalar que la condición vitalicia de los beneficios es una de las condiciones establecidas por el Convenio 102 (Norma Mínima) de la OIT.

El mosaico se complica aún más ya que durante la vida activa todos los riesgos de aquellos que se logran asegurar, son cubiertos mediante la técnica del seguro, salvo la vejez. Durante la etapa pasiva del trabajador de los regímenes reformados, solamente se encuentran asegurados de una garantía de mantenimiento del poder adquisitivo de sus jubilaciones los jubilados que **en Chile** opten por una renta vitalicia. En el resto de los países, no se ha dispuesto legalmente la obligatoriedad de mantener el poder adquisitivo de las rentas vitalicias por lo que legal y técnicamente, muchos trabajadores se encuentran EXCLUIDOS de protección permanente.

Por otro lado, los beneficios de los regímenes colectivos de aseguramiento siempre fueron neutros con respecto al género, es decir que a pesar de existir diferencias en las condiciones de acceso a los beneficios, una vez que se ha accedido a los beneficios, estos son similares para mujeres y para hombres. En el caso de las rentas vitalicias y de los retiros programados en los regímenes reformados, los beneficios son diferenciados para hombres y para mujeres ya que los cálculos suponen una mayor longevidad de las mujeres por lo que sus beneficios se reducen. Este elemento es contrario a las disposiciones del Convenio 102 (Norma Mínima) que preconiza la igualdad de trato entre participantes.

Independientemente del impacto que las reservas colectivas o individuales puedan tener en los mercados financieros y de capitales así como en el ahorro nacional, los recursos que se deben acumular por los regímenes colectivos de cobertura de los riesgos de invalidez, vejez y muerte, así como por los regímenes reformados en materia de invalidez y muerte, constituyen reservas actuariales. Dichas reservas actuariales tienen dos funciones: la función actuarial de garantizar el pasivo contingente generado o prometido por ley y la función económico-financiera de reducir el nivel de las cuotas al generar recursos adicionales mediante el producto de las inversiones.

Por su parte, los montos acumulados mediante la técnica del auto-seguro son reservas financieras que no garantizan la cobertura de determinados niveles de beneficio. De hecho, al tratarse los regímenes de auto-seguro en sistemas de contribución definida, no existe promesa de beneficio alguno y por lo tanto no existe pasivo contingente alguno.

Si bien esto último refleja un equilibrio financiero actuarial indiscutible, es conveniente analizar la pertinencia del argumento ya que si este se generaliza, se podría llegar a la conclusión que sería mejor eliminar los regímenes de jubilaciones y pensiones totalmente, lo que garantizaría el equilibrio entre las contribuciones (ninguna) con los beneficios (ninguno), pero los riesgos quedarían sin ser cubiertos, lo que se reflejaría seguramente en la productividad, la competitividad e inclusive en la paz social (en la falta de la misma).

SEGURO SOCIAL

	TÉCNICA	DURACIÓN	GÉNERO	RESERVAS	INDIZACIÓN
INVALIDEZ	SEGURO COLECTIVO	VITALICIA	NEUTRO	ACTUARIALES	LEY JUNTA DIRECTIVA
MUERTE	SEGURO COLECTIVO	VITALICIA	NEUTRO	ACTUARIALES	LEY JUNTA DIRECTIVA
VEJEZ	SEGURO COLECTIVO	VITALICIA	NEUTRO	ACTUARIALES	LEY JUNTA DIRECTIVA

SEGURO PRIVADO

	TÉCNICA	DURACIÓN	GÉNERO	RESERVAS	INDIZACIÓN
INVALIDEZ	SEGURO COLECTIVO	VITALICIA	H+ M-	ACTUARIALES	LEY JUNTA DIRECTIVA
MUERTE	SEGURO COLECTIVO	VITALICIA	H+ M-	ACTUARIALES	LEY JUNTA DIRECTIVA

AHORRO-CONSUMO

	TÉCNICA	DURACIÓN	GÉNERO	RESERVAS	INDIZACIÓN
VEJEZ	AUTO SEGURO	VITALICIA NO VITALICIA (RP)	H+ M-	FINANCIERAS	(RV) CHILE SI RESTO NO (RP) TODOS NO

Los resultados insatisfactorios de los regímenes originales y las limitaciones y evidentes vulnerabilidades de los regímenes reformados representan paradójicamente un activo en la región que debe ser analizado y aprovechado al máximo para avanzar el proceso continuo de mejoramiento de los regímenes de protección social en general y de los regímenes de jubilaciones y pensiones en particular.

De esta manera, a los regímenes originales se les puede acusar que no tuvieron éxito en la extensión de la cobertura, que hicieron una inversión inadecuada o insuficiente de sus reservas financieras y actuariales, que no aplicaron adecuadamente la técnica del seguro, que ha hecho sus pruebas en una infinidad de sectores de la economía, que la fijación y la variación de la edad de retiro tiene poca viabilidad si solamente la esperanza de vida se ve incrementada pero no así la esperanza de empleo, que no hubo planeación adecuada, que no supo enfrentar la evasión patronal y por último que el gobierno no jugó el papel que debió haber jugado al privilegiar a los grupos más favorecidos y olvidar a los que verdaderamente requieren más la protección.

SEGURO SOCIAL IVM	SEGURO PRIVADO IM	AUTO- SEGURO V
* Cobertura	* Cobertura	* Cobertura
* Evasión	* Evasión	* Evasión
* Inv. Insuficiente		* Inv. no segura
*	* Costo	* Costo
* Aplicar Técnica Seguro		* Ausencia Seguro
*	* No neutro Género	* No neutro Género
* Edad retiro	* Edad irrelevante	* Edad irrelevante
* Ausencia Planeación	* Ausencia Planeación	* Ausencia Planeación
* Gobierno	* Gobierno	* Gobierno

Por su parte, los regímenes reformados en los rubros de invalidez y muerte siguen adoleciendo de una limitada cobertura ya que de hecho se han orientado a la misma población que ya contaba con protección y le han brindado una protección diferente pero sin ampliarla a los sectores más desfavorecidos, es decir, se mantienen las EXCLUSIONES. Se introdujo una estructura de beneficios que discrimina (EXCLUYE) a las mujeres y se han preservado la ausencia de planeación global. Esto se hace evidente en las publicaciones de las autoridades supervisoras quienes reflejan con mayor o menor periodicidad el desarrollo histórico de los regímenes supervisados pero que hasta la fecha no han publicado proyecciones, bajo diferentes alternativas de la evolución esperada.

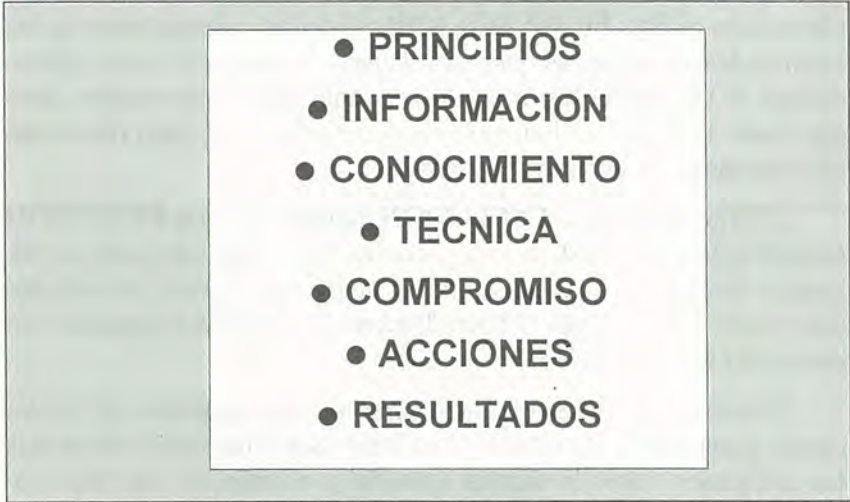
¿Cómo pasar de la EXCLUSIÓN injustificable a la INCLUSIÓN sostenible? La respuesta a esta pregunta no es fácil ni puede ser directa o simplista. La respuesta depende de un conjunto de voluntades, técnicas y acciones deliberadamente orientadas a propiciar un desarrollo INCLUYENTE.

Fomentar un desarrollo incluyente de los regímenes de jubilaciones y pensiones no es una tarea fácil ya que involucra elementos tan complejos como la técnica actuarial y económica, tan fríos como los aspectos financieros y tan sensibles como la muerte, la viudez, la orfandad y la invalidez. El abordaje de todos estos elementos, en apariencia tan contradictorios e irreconciliables, en un contexto democrático implica retos adicionales ya que se les debe sumar las voluntades y preferencias soberanas de cada país en la materia.

Un abordaje responsable y fértil solamente puede ser completado si el análisis y las decisiones se basan en principios sólidos que los orienten y si se cuenta con la capacidad para separar lo fundamental de lo superfluo, lo positivo de lo negativo y lo posible de lo deseable.

Por otra lado, se requiere contar con información veraz y oportuna acerca del funcionamiento de cualquier tipo de régimen, ya sea reformado o no reformado. Es muy difícil tomar decisiones acerta-

das si no se cuenta con la información suficiente para evaluar los logros o las limitaciones. Los tiempos en los que se efectuaron reuniones para analizar las estructuras legales de los nuevos regímenes o las “autopsias” de los regímenes originales han quedado atrás y cada vez más se abre paso al análisis objetivo y técnico de los resultados y repercusiones de las reformas o de las no-reformas.

- 
- **PRINCIPIOS**
 - **INFORMACION**
 - **CONOCIMIENTO**
 - **TECNICA**
 - **COMPROMISO**
 - **ACCIONES**
 - **RESULTADOS**

Por lo complejo del tema además de lo dinámico y sensible del mismo, es necesario que los interesados en los regímenes de jubilaciones y pensiones, es decir todos los sectores, incluyendo gobiernos, trabajadores y empleadores, alimenten y mantengan sistemas de seguimiento y evaluación permanente de las variables críticas vinculadas con el desarrollo de los regímenes, no solo en los campos financieros y económicos sino también, y sobre todo, en el campo social.

La información es frecuentemente inútil y estéril si no se cuenta con los elementos para analizarla correctamente. Estos elementos solamente se pueden obtener mediante el conocimiento de las diferentes técnicas y experiencias a nivel mundial, regional y nacional y de las circunstancias que han influido en el desarrollo de los regíme-

nes. No es posible seguir en la sobre-simplificación del tema o en la enarbolación de los principios para no desarrollarlo o corregirlo. La época de las reformas de los regímenes de jubilaciones de Hágalo-Usted Mismo (Do-it-yourself-kit) debe quedar atrás.

Es indudable que en un contexto democrático, el desarrollo de los regímenes de jubilación y pensiones no puede ser exactamente como un sector en particular lo que quiere o le conviene. El diseño debe incluir los elementos fundamentales defendidos por cada uno de los sectores en un contexto de viabilidad social, técnica y económica. Este difícil equilibrio solamente se logra si el desarrollo de los regímenes de jubilación y pensiones son concebidos como una reforma permanente y no como un evento y si en dicha reforma permanente se reflejan los compromisos (objetivos, derechos y obligaciones) de todos los sectores.

Dichos compromisos deben ser acompañados de acciones permanentes y concretas de los diferentes sectores para garantizar la permanencia de la reforma y la adecuación a los cambiantes entornos demográfico, económico y social. Las acciones deben estar orientadas al logro de los objetivos acordados por consensos entre los diferentes sectores y deben ser susceptibles de ser evaluadas mediante indicadores de logro de resultados concretos. Los diseños deben tener la suficiente flexibilidad técnica e inclusive política para que permitan correcciones y adecuaciones, e inclusive cambios de rumbo, sin que esto sea percibido como una derrota o un triunfo de uno u otro sector. Los resultados de los regímenes de jubilaciones y pensiones deben ser ponderados desde un conjunto de parámetros, sociales, económicos y financieros y no solamente valuados en uno de estos parámetros.

El Director General de la OIT en su informe presentado ante la 75^{va} Conferencia de la OIT en Ginebra abordó el tema de la justicia social en la economía globalizada y basó su argumentación en LA DEFENSA DE LOS VALORES Y LA PROMOCIÓN DEL CAMBIO. Ante la frecuente resistencia al cambio observada en los regímenes originales de jubilaciones y pensiones en América Latina, así

como a la resistencia a efectuar reformas a los sistemas ya reformados, pareciera que una argumentación simétrica a la sostenida por el Director General fuese también válida, aplicable y deseable en la región: DEFENDER EL CAMBIO Y PROMOVER LOS VALORES.

Es indudable que en un contexto de incertidumbre, el desarrollo de los regímenes de jubilación y pensiones no puede ser considerado como un sector en particular lo que quiere o le conviene. El diseño debe incluir los elementos fundamentales de los sectores por cada uno de los sectores en un contexto de estabilidad social, técnica y económica. Este difícil equilibrio solamente se logra si el desarrollo de los regímenes de jubilación y pensiones se conciben como una forma permanente y no como un ajuste o una reforma por lo que se reflejan los compromisos políticos, técnicos y económicos de todos los sectores.

Dichos compromisos deben ser los mismos de acciones por mantener y concretar de los diferentes sectores para garantizar la permanencia de la reforma y la adhesión a los consensos entre los demográficos, económicos y sociales. Las acciones deben estar orientadas al logro de los objetivos acordados por consenso entre los diferentes sectores y deben ser coherentes de ser evaluadas mediante indicadores de logro de resultados concretos. Los diseños deben tener la suficiente flexibilidad para el manejo político para que permitan correcciones y ajustes necesarios e inclusive cambios de rumbo sin que esto sea percibido como una derrota o un retroceso en uno u otro sector. Los resultados de los regímenes de jubilación y pensiones deben ser ponderados desde un conjunto de parámetros sociales, económicos y financieros y no solamente valorados en uno de estos parámetros.

El Director General de la OIT en su informe presentado ante la 75ª Conferencia de la OIT en Ginebra anunció el tema de la reforma social en la economía globalizada y basó su argumentación en LA DEFENSA DE LOS VALORES Y LA PROMOCIÓN DEL CAMBIO. Ante la frecuente resistencia al cambio observada en los regímenes originales de jubilación y pensiones en América Latina, así

¿Qué es el ILDIS?

El Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS) es un organismo internacional que pertenece a la Fundación Friedrich Ebert (FES) de Alemania, organización con personería jurídica de derecho privado sin fines de lucro, cuya sede central se encuentra en Bonn, República Federal de Alemania.

El origen de la FES se remonta al testamento político del primer presidente republicano de Alemania, el socialdemócrata Friedrich Ebert. La Fundación lleva ya setenta años –interrumpidos solamente por el nazismo– de trabajo y asistencia al desarrollo en todo el mundo.

Representada en 76 países de 4 continentes y con proyectos en más de 100 países del mundo, la FES colabora internacionalmente en los siguientes objetivos:

- Apoyo a los procesos políticos, sociales y económicos necesarios para el desarrollo.
- Fortalecimiento de esquemas e instituciones democráticas, incentivando la participación ciudadana.
- Integración y entendimiento entre los diferentes países para asegurar una paz duradera.

La FES se establece en el Ecuador como ILDIS el 30 de abril de 1974, con el fin de fomentar las investigaciones en los campos económico, político y social, y de realizar trabajos de capacitación en estrecha colaboración con:

- Instituciones gubernamentales.
- Organizaciones internacionales.
- Organizaciones no gubernamentales.
- Organizaciones de base.
- Institutos académicos.

El ILDIS, al cumplir 25 años de labores en el Ecuador, se complace en presentar este nuevo libro, el cual analiza y expone un tema de gran trascendencia y actualidad no solo para el país, sino también para América Latina.



25 años en el Ecuador
1974 - 1999