

"El
financiamiento
público de la
asistencia clínica
esencial se justifica
en la medida que
alivia la pobreza"
Banco Mundial, 1993

Salud Pública y regímenes de pensiones en la era neoliberal

Argentina, Brasil,
Chile y México
1980-2000

368.43098
S181

Viviane Brachet-Márquez
Coordinadora

"Cada individuo tiene como
única intención su propio
provecho y en esto y muchos
casos más, es guiado por una
mano invisible que promueve
un fin que no era parte de su
intención inicial. Al perseguir
su propio interés, a menudo
promueve el de la sociedad más
efectivamente que si realmente se
propusiera promoverlo."

Adam Smith

"LOS HOGARES PUEDE
COMPRAR SERVICIOS DE
SALUD CON SU PROPIO
DINERO Y, CUANDO
ESTÁN BIEN
INFORMADOS, PUEDE
HACERLO MEJOR QUE
EL GOBIERNO LO HICIERA
POR ELLOS."
BANCO MUNDIAL, 1993

**SALUD PÚBLICA Y REGÍMENES DE PENSIONES
EN LA ERA NEOLIBERAL.
ARGENTINA, BRASIL, CHILE Y MÉXICO
(1980-2000)**

CENTRO DE ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS

SALUD PÚBLICA Y REGÍMENES
DE PENSIONES EN LA ERA NEOLIBERAL

ARGENTINA, BRASIL, CHILE Y MÉXICO
(1980-2000)

Guillermo V. Alonso
Viviane Brachet-Márquez
Giorgio Solimano
Laura Tavares Ribeiro Soares
Carolina Tetelboin Henrion
Marcos Vergara

Viviane Brachet-Márquez
coordinadora

Biblioteca Daniel Cosío Villegas
EL COLEGIO DE MÉXICO, A. C.



EL COLEGIO DE MÉXICO

368.43098

S181

Salud pública y regímenes de pensiones en la era neoliberal :
Argentina, Brasil, Chile y México (1980-2000) /
Guillermo V. Alonso ... [et al.] ; Viviane Brachet-
Márquez. — 1a. ed. — México, D.F. : El Colegio de
México, Centro de Estudios Históricos, 2007.
398 p. ; 21 cm.

ISBN 968-12-1278-9

1. Pensiones — Argentina. 2. Pensiones — Brasil.
3. Pensiones — Chile. 4. Pensiones — México. 5. Salud
pública — Argentina. 6. Salud pública — Brasil. 7. Salud
pública — Chile. 8. Salud pública — México. 9. Neoliberalis-
mo — Argentina. 10. Neoliberalismo — Brasil. 11. Neolibera-
lismo — Chile. 12. Neoliberalismo — México. I. Alonso,
Guillermo V. II. Brachet-Márquez, Viviane, coord.

Primera edición, 2007

D.R. © El Colegio de México, A.C.

Camino al Ajusco 20

Pedregal de Santa Teresa

10740 México, D.F.

www.colmex.mx

ISBN 968-12-1278-9

Impreso en México

ÍNDICE

Agradecimientos		9
Prólogo		
<i>Viviane Brachet-Márquez</i>	542857 /	11
I. Las reformas de la salud pública y del régimen de pensión en América Latina: un diagnóstico preliminar		
<i>Viviane Brachet-Márquez</i>		19
II. La reforma del seguro social de salud argentino		
<i>Guillermo V. Alonso</i>	542266 ✓	45
III. La reforma del sistema de pensiones argentino		
<i>Guillermo V. Alonso</i>	542870 ✓	101
IV. La reforma de la previsión social en Brasil		
<i>Laura Tavares Ribeiro Soares</i>	542875 ✓	155
V. Balance del sistema privado de pensiones de Chile		
<i>Carolina Tetelboin Henrion</i>	542876 ✓	225
VI. Salud en la América Latina del siglo XXI: el caso chileno		
<i>Giorgio Solimano y Marcos Vergara</i>	542879	251

VII. La reforma de los sistemas de salud y previsión social en México, 1982-2000 <i>Viviane Brachet-Márquez</i>	542883 291
VIII. Conclusiones y pronósticos <i>Viviane Brachet-Márquez</i>	542886 349
Listado de acrónimos	375
Bibliografía	383

AGRADECIMIENTOS

La investigación para este libro fue posible gracias al apoyo financiero brindado por la Organización Mundial de la Salud. Los co-autores del libro agradecemos este apoyo, así como la cuidadosa lectura y las observaciones de nuestros dictaminadores anónimos.

Igualmente, queremos agradecer el apoyo de la Dra María Beatriz Duarte en la elaboración del último capítulo y el apoyo multifacético de Marco Estrada Dukdaki, asistente de investigación que el Sistema Nacional de Investigadores del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México concede a los investigadores de nivel III del Sistema. Finalmente, agradecemos la labor editorial del Departamento de Publicaciones de El Colegio de México.

PRÓLOGO

El proyecto cuyos resultados se presentan en este libro se originó en un llamado de la Organización Mundial de la Salud en 1996 en el nivel mundial para evaluar las transformaciones en los sistemas de salud que siguieron de las políticas de ajuste y reestructuración de las economías. En la región de América Latina fue a través de la Fundación Mexicana para la Salud (Fundsalud) que se convocó a un grupo de científicos sociales y salubristas en la ciudad de Cuernavaca para que debatieran el tema conjuntamente, y posteriormente propusieran proyectos de investigación de los sistemas de salud de sus respectivos países. En esa época, América Latina, recién emergida de la crisis de la deuda, estaba bajo la doble influencia del Fondo Monetario Internacional, en el sentido de esforzarse por bajar el gasto social, y del llamado del Banco Mundial (1994) a “reformular” los viejos sistemas de salud y seguridad social para hacerlos a la vez más abarcadores, efectivos y eficientes, y también más competitivos y más baratos. En pocas palabras, era la época dorada del llamado neoliberalismo, entendido como una tendencia entre los gobernantes de la región a abrir las fronteras a la competencia internacional, y sustituir mecanismos de mercado por los antiguos mecanismos de gerencia pública de los recursos nacionales. Las políticas sociales —educación, salud, pensiones, pobreza— tendrían que sujetarse a los criterios de costo-beneficio que regían en la iniciativa privada, entonces considerada como el modelo de eficiencia por seguir.

En vez de un enfoque exclusivamente nacional, este proyecto, que finalmente fue aprobado por la OMS, a través de Fundsalud,¹ proponía una comparación entre las reformas en los sistemas de salud de Argentina, Brasil, Chile y México. Como lo indicaba su título original, *Policy Currents and Health Reform in Latin America*, se trataba menos de analizar comparativamente el contenido mismo de las reformas (que, sin embargo, era un elemento importante) que de examinar el papel de los actores de la sociedad en el proceso de construcción de estas políticas. Tal cuestión era particularmente importante dado que en la década de 1990, la mayoría de los países de la región estaba transitando de regímenes autoritarios a regímenes democráticos. Queríamos observar hasta qué punto el retorno a gobiernos civiles y democráticamente elegidos en el Cono Sur, y la apertura democrática en México, implicaban algún grado de involucramiento de la sociedad en las políticas públicas. Por consiguiente, el estudio en su conjunto, aunque presenta casos nacionales con especificidades distintas, comparte un sesgo hacia la faceta política de la configuración de las reformas sanitarias y previsionales en los países de la región, lo que en inglés se ha llamado *the politics of policy*, concepto que en su traducción al español “la política de las políticas”, puede prestar a confusión.

Otra razón para analizar el lado político de las reformas de la salud y del sistema de pensiones es que las reformas, en términos generales, representan la voluntad de transformar, desde el gobierno, un estado *de facto* o *de jure* previo. Sin embargo, la intención no garantiza los resultados; los reformadores rara vez obtienen lo que habían intentado,

¹ Proyecto OMS 960730, aprobado en 1996 y financiado a partir de 1998. Posteriormente, se amplió para cubrir las reformas en los sistemas de pensión en los cuatro países.

o prometido. Esto no se debe necesariamente (aunque sí en algunos casos) a deficiencias en los diseños de dichas reformas o ineficiencias o resistencias en las sociedades donde se implantan. Las reformas, como cualquier otra actividad gubernamental, no son un acto definido y acabado que cae del árbol, como la providencial manzana, sino un conjunto extremadamente complejo y dinámico de acciones y reacciones entre actores estatales y sociales, canalizadas por medio de mecanismos institucionales, mismos que en el caso de los países en cuestión, se encontraban en procesos muy fluidos de transformación.

Sabíamos que las políticas de salud y previsión social (y, de hecho, cualquier política pública) ya no eran impuestas desde arriba por los poderes ejecutivos fuertes de antaño, o adoptadas unánimemente por parlamentos mudos. Pero aún sabíamos poco sobre el papel que desempeñan los actores en conformar las políticas públicas, los mecanismos mediante los cuales ejercen presiones sobre sus gobiernos, o sobre las consecuencias de largo plazo de tales acciones.² Son varias las razones de esta carencia de información. En el pasado los debates dentro del gobierno sobre las políticas de protección social se habían envuelto de misterio, mientras que los pocos actores sociales capaces de comentarlos —especialistas e intelectuales— habían tenido escaso interés en atraer la atención del gran público sobre el tema. Esto se debía a que los especialistas, protagonistas potenciales de tales debates con el Estado desde la sociedad, habían sido demasiado cercanos a sus respectivos gobiernos (o a los organismos internacionales que los empleaban) para estar en disponibilidad de expresar sus opiniones indivi-

² El actor se define aquí como una entidad individual u organizacional (partidos, sindicatos) que actúa como un todo en un proceso político dado (a pesar, en muchos casos de divisiones internas).

duales (o siquiera para tener algunas independientemente de las oficiales). Por otro lado, los intelectuales independientes no eran propensos a escoger temas poco aptos para asegurar la adulación pública que generalmente sostiene su reputación. Por tanto, el involucramiento de varios *stakeholders* (como los organismos internacionales suelen llamar a los actores en la sociedad) en las reformas sanitarias y previsionales era innegable e inevitable. Sin embargo, carecíamos de argumentos sólidos para entender lo que este fenómeno significaba, o cuál era la mejor forma de utilizarlo. Empezar el proyecto propuesto era una oportunidad para ampliar nuestro conocimiento sobre este proceso político cambiante en el tiempo y entre países.

La visión que en este libro se presenta difiere de las fórmulas verticales que usualmente proyectan los ministerios de la salud y organismos internacionales. Pero difiere también de las contestaciones “desde abajo” a tales planteamientos. Lo que buscó fue captar la articulación entre actores gubernamentales y no gubernamentales, con el propósito de esclarecer las dificultades y las oportunidades para una participación social más amplia en la reestructuración de los sistemas de salud pública y esquemas de pensiones en la región.

El libro consta de un capítulo introductorio, seis capítulos sustantivos y un capítulo que recoge las conclusiones principales e introduce brevemente los cambios intervenidos desde el año 2000 (cuando terminó el trabajo de campo del proyecto), y mira hacia el futuro. El capítulo introductorio de Viviane Brachet-Márquez se refiere a la situación de América Latina en general frente a la crisis de la deuda y su resolución con base en préstamos y rescates internacionales, mismos que se han visto directa o indirectamente acompañados de presiones externas para llevar a cabo reformas en los sectores sociales. El texto se centra en un examen crítico del pensamiento neoliberal en materia de

descentralización de los servicios de salud y de las prestaciones previsionales,³ plasmado en premisas y formulaciones clásicas recogidas en declaraciones públicas y publicaciones especializadas, señalando algunas de las trampas detrás de las indefiniciones y ambigüedades que sirvieron, en algunos casos, de pantalla para ocultar incumplimientos y engaños.

Los capítulos II y III, de Guillermo Alonso, analizan las reformas del sistema de pensiones y de seguridad social para la salud en Argentina en los noventa bajo la presidencia de Carlos Menem. De todos los trabajos son los que quizás muestran con más detalles el teje y maneje de las negociaciones entre el ejecutivo y los actores partidarios, centran sus observaciones en los debates parlamentarios, complementados con entrevistas con actores parlamentarios y ministeriales centrales. El trabajo demuestra que la caracterización del mandato de Menem como uno de autoridad vertical e incuestionada del presidente no es veraz si se abarca más del periodo inicial de emergencia nacional.

El capítulo IV, de Laura Tavares Ribeiro, nos lleva paso por paso de la Constitución brasileña de 1988 y sus principios de universalidad en la seguridad social, entendida como el conjunto de salud pública, régimen de pensiones y asistencia social, al paulatino debilitamiento de sus principios bajo los gobiernos de Collor de Melho y Fernando Henrique Cardoso. A pesar de la visión crítica de la autora, y de las innegables debilidades del sistema que analiza, el capítulo

³ En el resto del texto, sistema de pensiones y previsión social se utilizarán como conceptos sinónimos que incluyen no solamente las pensiones por jubilación sino otros tipos de pensiones como las pensiones por viudez o invalidez. Solamente en el caso de Brasil encontramos que la previsión social incluye también la asistencia social. El término de seguridad social se utilizará únicamente tal como se define dentro de cada contexto nacional.

nos muestra un conjunto institucional envidiable para muchos países de América Latina en el sentido de su cobertura y amplitud de prestaciones, por un lado, y su variedad de fuentes de financiamiento, por otro.

Los capítulos V y VI tratan de la situación chilena. En el V, Giorgio Solimano y Marcos Vergara revisan, primero, las reformas del sistema de salud chileno entre 1973 y 1989, mismas que perduraron hasta nuestros días: la descentralización y municipalización de la atención primaria, la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)—organismos privados que ofrecen cobertura prepagada de seguridad social de salud— y otros cambios en el ámbito administrativo. Tres argumentos críticos se plantean: 1) la reforma ocurrió en un momento autoritario, sin el debido proceso de formación de políticas; 2) la creación de las ISAPRE dio resultados de alta rentabilidad para los inversionistas, pero no fue aceptada como legítima por la mayoría del público; 3) la separación entre componente público (con gasto restringido) y privado (con mayor gasto y mejor oferta) de la salud conlleva un juicio social negativo de separación entre salud para los pobres y para los ricos. Esta situación sigue hasta hoy, a pesar de los esfuerzos de los gobiernos democráticos por inyectar mayores recursos en el sistema público y reestructurarlo. El capítulo VI, de Carolina Tetelboin Henrion, sobre el sistema chileno de pensiones, empieza por una breve descripción del sistema “antiguo” desde la década de los años de 1920. Luego presenta las condiciones que hicieron posible la creación del “nuevo” sistema, para finalmente examinar críticamente sus implicaciones y los resultados inequitativos que hasta hoy día se pueden observar.

El capítulo VII, de Viviane Brachet-Márquez, incluye un análisis de la reforma del sistema de pensiones en México en 1996 y las reformas a la salud pública puestas en marcha durante los años noventa y hasta el año 2000. En el caso de la reforma de las pensiones, que fue de un sistema

de reparto a uno de capitalización, aunque el análisis hace hincapié en los actores que intervinieron en el debate sobre la reforma, está claro que éstos todavía eran muy débiles frente al ejecutivo en esa década, aunque ya eran públicamente visibles, a diferencia de tiempos anteriores, al expresarse a partir de partidos de oposición, los actores recién llegados en la política mexicana. Pero en las reformas que se llevaron a cabo para a la vez ampliar la cobertura de la población bajo la jurisdicción de la Secretaría de Salud y reducir los servicios proporcionados, no hubo actores sociales sino solamente la masa sumisa de los pobres frente a las decisiones tecnocráticas.

El capítulo VIII, de conclusiones, de Viviane Brachet-Márquez, recoge los temas comparativos principales entre los cuatro países bajo estudio: la participación social en las reformas, la privatización, la cobertura sanitaria de los diferentes grupos sociales, las promesas incluidas en estas reformas que no se cumplieron, y los resultados, mayormente inequitativos de los sistemas de pensiones por capitalización en el contexto latinoamericano de bajos salarios y creciente informalización del trabajo. El capítulo examina también, brevemente, iniciativas recientes de reforma en el contexto de México —el Seguro Popular— y de Chile —el programa AUGE—, así como las propuestas de reforma de la seguridad social brasileña bajo el mandato de Lula Inacio da Silva.

Cuernavaca, 15 de julio de 2006

I. LAS REFORMAS DE LA SALUD PÚBLICA Y DEL RÉGIMEN DE PENSIÓN EN AMÉRICA LATINA: UN DIAGNÓSTICO PRELIMINAR

VIVIANE BRACHET-MÁRQUEZ

El mundo de las finanzas y de la economía internacional es increíble. Contradice principios aparentemente básicos, y hasta obvios. Se podría pensar que el dinero debería fluir desde los países ricos hacia los pobres; pero año tras año lo opuesto ha ocurrido. Uno podría pensar que los países ricos, dado que son mucho más capaces de soportar los riesgos de la volatilidad en las tasas de interés y de intercambio, soportarían la mayor parte de estos riesgos cuando prestan dinero a los países pobres. Sin embargo, son los países pobres los que deben soportarlos. Claro es, nadie esperaba que la economía mundial de mercado fuera equitativa pero, por lo menos, nos habían enseñado que era eficiente. Pero estas tendencias y otras sugieren que no es ni una cosa ni la otra.

Joseph Stiglitz (2002:24)¹

Los años de la década de 1980 suelen señalarse como el final del crecimiento hacia dentro para los países de América Latina, y el comienzo de un largo, y para muchos doloroso,

¹ Traducción propia.

proceso de transformación de la relación entre Estado, sociedad y mercado.² A partir de esa llamada “década perdida”, se estancó el crecimiento desigualmente distribuido que había caracterizado a América Latina desde la posguerra, incluso volviéndose negativo en algunos casos, al grado que varios países amenazaron con seguir el ejemplo de México en cuanto a declarar una moratoria sobre una deuda momentáneamente impagable.

A raíz de los rescates internacionales que impidieron que la crisis deudora regional se transformara en una mundial, los países de la región perdieron la autonomía en materia de políticas nacionales que, mal que bien, habían adquirido durante la era de la sustitución de importaciones. A partir de estos años, entonces, empezó a funcionar una especie de directorio internacional encabezado por los organismos prestamistas que se convirtieron en fuentes de concepciones y diseños de políticas ofrecidos a los países deudores como sugerencias prácticas a los problemas de fondo diagnosticados en esas cúspides, y en muchos casos como condición para seguir otorgando préstamos. Estas reformas, ideadas desde el llamado “consenso de Washington” (pero en algunos casos empezadas mucho antes de que este concepto se difundiera), fueron vistas por los organismos internacionales que las fomentaron como soluciones aplicables a todos los países deudores. No obstante, no todos éstos se encontraban en los mismos aprietos financieros, ni tampoco todos siguieron estas instrucciones al pie de la letra. Además, no todos los países tenían estados comparables de desarrollo económico o social, o situaciones políticas similares cuando estalló la crisis de la deuda. Por tanto, las gran-

² Véase Williamson, 1990, Edwards, 1994, Burki y Perry, 1997 y Graham, 1998 para una exposición sobre el conjunto de las reformas económicas y sociales de corte neoliberal que se llevaron a cabo en América Latina durante la década de los años 1990.

des generalizaciones sobre el impacto en las políticas nacionales de los organismos internacionales no pueden sustituirse al análisis caso por caso de los contextos y las circunstancias en que estas transformaciones se dieron, de las fuerzas políticas que apoyaron las reformas y las que se opusieron a ellas, y de las opciones que en cada momento se presentaron.³ Hoy en día, cuando los espejismos del neoliberalismo se han disipado, es importante hacer análisis cuidadosos de las transformaciones que se llevaron a cabo durante la última década del siglo XX, para poder tener claro donde estamos hoy, y cuáles son las opciones que se presentan para el futuro.

Veinte años más tarde, y frente a los embates de una pobreza y desigualdad persistentes en toda la región (Londoño y Székely, 1997), es hoy moneda común afirmar que las recetas neoliberales para la recuperación del crecimiento beneficiaron solamente a unos cuantos, mientras que las políticas sociales diseñadas para contrarrestar los efectos socialmente dañinos de las medidas, en muchos casos drásticas, de reestructuración y estabilización recrudecieron el desempleo y la pobreza a la vez que estrecharon las coberturas de protección social preexistentes. Sin embargo, no faltan quienes afirman que la situación social hubiera sido aún peor si no se hubieran instituido estas reformas (Nelson, 2004), o que si éstas no dieron resultados satisfactorios, es porque estuvieron incompletas (Walton, 2004).

El presente libro no pretende resolver estas grandes cuestiones que han inspirado declaraciones basadas en la fe más que en la investigación factual. Lo que ofrece es un análisis caso por caso de las circunstancias, acciones y reac-

³ Véase Huber y Solt, 2004 y Walton, 2004 para una discusión de la importancia del grado al cual fueron aplicadas las políticas neoliberales en los distintos países de América Latina, y del contexto en que fueron instrumentadas en relación con los resultados obtenidos.

ciones frente a las reformas a la salud y la seguridad social que se instituyeron en Argentina, Brasil, Chile y México desde fines de los años ochenta, y una descripción a grandes rasgos de la situación hoy enfrentada por estos países tras estas reformas. Al principio de la década de 1990, cada uno de los cuatro países seleccionados atravesaba por circunstancias distintas: unos revisaban las reformas previas, otros las instituían por primera vez; unos reformaban en un contexto de crisis, otros se hallaban en medio de una coyuntura económica favorable. En Argentina, se hizo un intento de re-arreglo al sector salud y la seguridad social que habían sido reformadas por los gobiernos militares, en el contexto del regreso al poder de un partido tradicionalmente corporativista y obrerista. En Brasil se universalizaron salud y seguridad social en medio de un movimiento de solidaridad nacional tras la salida de los militares. En Chile se trataba de reformar las reformas de la dictadura en el contexto de una situación económica relativamente favorable pero políticamente vulnerable. Y finalmente en México, las reformas se presentaron en los últimos años de un autoritarismo presidencial ya fuertemente cuestionado.

En este proceso se redefinió, una y otra vez, la responsabilidad del Estado frente a la población, particularmente el sector de menores ingresos. En el amplio contexto de las políticas de restructuración y estabilización, se realizaron dos tipos de reformas sociales: las primarias o administrativas que buscaban adelgazar y eficientizar el Estado, y las secundarias de reasignación de recursos y reorganización de servicios públicos hacia los más necesitados. En las primeras destacan particularmente la desconcentración y la descentralización de los servicios sociales hacia los Estados/provincias y los municipios, y en las segundas, que aquí nos proponemos estudiar, se redefinen los límites dentro de los cuales el Estado sigue reconociendo alguna responsabilidad en mantener mínimos de niveles de bienestar en la

población, así como el contenido de los programas públicos y la participación de la iniciativa privada en ellos.

En este capítulo introductorio planteo las premisas y formulaciones comunes en las reformas llevadas a cabo en la mayoría de los países de la región, así como las importantes divergencias en los debates que acompañaron a estas reformas sectoriales. Presento una visión crítica que parte de la premisa de que gozar de niveles mínimos de bienestar constituye un derecho ciudadano irrenunciable en los países que se pretenden democráticos. Qué constituye ese mínimo y cómo es éticamente aceptable, socialmente legítimo y pragmáticamente factible, no es algo que pueda decidirse desde una cúspide política, científica ni tecnocrática. Por el contrario, como toda cuestión en un contexto democrático, es algo que debe ser debatido, definido y otra vez redefinido desde abajo entre protagonistas con intereses y perspectivas distintos. De no ser así, no estaríamos hablando de democracia, sino de autocracias paternalistas o “delegativas” (O'Donnell, 1994).

AMÉRICA LATINA AL FINAL DE LA DÉCADA PERDIDA

Aunque cada país emergió de la crisis de los años ochenta con sus héroes y sus villanos propios, todos compartieron dos fenómenos aparentemente contradictorios: la salida de los gobiernos militares u autoritarios y el final de la estrategia de sustitución de importaciones. En un caso, se abrían las expectativas de una mayor respuesta gubernamental a las demandas ciudadanas, y en el otro, la capacidad gubernamental para responder a tales demandas se vio restringida por las políticas de estabilización y reestructuración. De esta contradicción nacieron discursos electorales y gubernamentales vislumbrantes, que prometían maravillas, pero dedicaron cada vez menos recursos para hacerlas realidad. El

milagro del neoliberalismo (quizás el único) fue que parecía representar una salida a esta contradicción: la situación lamentable de las instituciones estatales, a finales de la era del crecimiento autóctono, se explicaba por la incapacidad de los gobiernos de utilizar sus recursos racional y honestamente. Aun en condiciones de escasez, los nuevos dirigentes llevarían a cabo las reformas que lograrían hacer más y mejor con menos. En los años venideros, el que se atreviera a cuestionar esta nueva fe sería marginado y descalificado.

Vale la pena recordar que la agenda neoliberal de restructuración de las economías nacionales de la región inicialmente no consideraba que el efecto negativo que pudieran tener las medidas propuestas sobre las clases trabajadoras y los sectores medios merecieran atención especial. Los promotores del llamado "consenso de Washington" concedían que éstas pudieran resultar, momentáneamente, una píldora amarga para algunos (sin precisar quiénes ni para cuántos), pero al volver el crecimiento se invertiría esa tendencia, por lo que la población en su conjunto se vería beneficiada.⁴ El ejemplo de Chile, que había privatizado la salud, la educación y las pensiones desde mediados de los años ochenta, parecía representar la vía para los demás países: si la población de ese país había sufrido grandes escaseces en algún momento, el crecimiento estable había regresado en los

⁴ El "consenso de Washington", expresión que se debe al economista John Williamson (1990), se refiere a un paquete de diez políticas de reforma económica que conformaron el programa general de ajuste y restructuración destinado a los países deudores: disciplina fiscal, prioridad en el gasto público a actividades "de alta rentabilidad y con potencial para mejorar la distribución del ingreso" (especialmente salud y educación), reforma fiscal (para aumentar la recaudación, pero no hacer el impuesto más progresivo), desregulación de los mercados financieros, tasas de cambio competitivas, reducción de la protección arancelaria, inversión directa, privatización, desregulación, reforma de los derechos de propiedad (reforma agraria, titulación de tierras).

noventa, prueba fehaciente de la veracidad de las predicciones neoliberales. Pasaba inadvertido el hecho de que aquellas reformas habían prácticamente borrado del mapa a los sectores medios, y colocado a la mayoría de la población en una situación asistencial. Además, todavía no se sabía que las economías podían recuperarse sin mejorar mayormente la situación de la población. En aquella época tampoco se admitía que el modelo económico exportador tendría países y sectores ganadores, pero también forzosamente unos perdedores, dependiendo de los resultados de una feroz competencia internacional (en la cual, sin embargo, China aún no había entrado para arrasarse con la mayoría de los países exportadores del Tercer Mundo).

En resumen, dominaba, a principios de los noventa, cierto desdén hacia la problemática del efecto inequitativo de las reformas emprendidas (Birdsall y De la Torre, 2001), y esto a pesar de que América fuera conocida como la región de mayor desigualdad en el mundo.⁵ Se esperaba que con el simple hecho de abrir las fronteras a la competencia internacional, la mano invisible llevara los viejos aparatos productivos a ser remplazados por unos nuevos y eficientes, aportadores de empleo y riqueza. El futuro demostraría lo ingenuas que fueron estas predicciones.

PRINCIPIOS GENERALES DE LAS REFORMAS DE LA SALUD

Pasada la primera etapa de las reformas económicas y financieras en los países deudores de América Latina, los or-

⁵ Medido por la proporción del ingreso nacional que recibe el 5% más rico: 25% en América Latina, contra 23.7% en África, 18.5% en Asia Meridional, 16% en Asia Oriental y 13% en los países desarrollados. En cambio, los 30% más pobres reciben, respectivamente, 7.5% en América Latina, 10.3% en África, 12.5% en Asia Meridional, 12.2% en Asia Oriental, y 12.7% en los países desarrollados (BID, 1998).

ganismos financieros internacionales (principalmente el Banco Interamericano y el Banco Mundial) emprendieron la tarea de formular una agenda de reformas de los sectores sociales de estos países. En el caso de la salud, la perspectiva neoliberal en estas propuestas hace evidente en sus premisas que debe desarrollarse como actividad privada. Gracias a la disciplina de mercado que introduce es a la vez una buena inversión, un insumo para el desarrollo, y un medio eficaz para promover la eficiencia y la diversidad en el sector, gracias a la disciplina de mercado que introduce (Banco Mundial, 1987, 1993; Frenk, 1994). En esta perspectiva, la salud pública se reduce a focalizar servicios esenciales de bajo costo (menor de 100 dólares anuales *per capita*) a las poblaciones de ingresos bajos (con distintos criterios de selección, según las disponibilidades presupuestales, y distintos niveles en las “cuotas de recuperación”), considerados éstos no como derechos, sino como concesiones o instrumentos de políticas de combate a la pobreza (por ejemplo, el caso de *Progresas* y *Oportunidades* en México). La base técnica para determinar la composición de tales paquetes es el principio de *peso de la enfermedad*, medido en términos de *Años de Vida Saludable* o AVISA, un concepto introducido por el Banco Mundial para supeditar la noción de intervención de salud a la de costo-efectividad (1993).⁶

Estos principios se implantarían a distintos grados y en distintos momentos en Latinoamérica junto con otras reformas de carácter social, como la discontinuación de los subsidios al consumo popular (alimentarios, de transportes, de vivienda), la descentralización de los servicios educativos y de salud a los gobiernos estatales/provinciales y locales,

⁶ En inglés DALY, o “Disability Adjusted Life Years”. El concepto se refiere al número de “años saludables” que se logra con determinadas intervenciones de salud, criterio que da prioridad a las intervenciones que más AVISA representan en relación con su costo.

y la reducción de la nómina o congelamiento de plazas en el sector público, a pesar de una demanda creciente de servicios públicos baratos a razón de la baja generalizada en los niveles de vida en la población.

Estas reformas se implantarían, además, en la administración pública de los distintos países sin estudios ni debates políticos o científicos serios sobre su eficacia ni sus consecuencias observables sobre distintos grupos sociales en países como Chile donde fueron introducidos desde la década de los ochenta. Se trata, según algunos autores, de principios que van mucho más allá de las necesidades de adecuación a políticas de ajuste y reestructuración, y pretenden lograr un reordenamiento total de carácter doctrinario de la matriz público-privado, articulando los beneficios sociales directamente con la acumulación de capital (Laurell, 1999).

PREMISAS DE LAS REFORMAS SOCIALES DE LA DÉCADA DE LOS NOVENTA

Las reformas que se llevaron a cabo con la bandera neoliberal pueden parecer aceptables, y hasta inevitables, si no se examinan críticamente las premisas, explícitas o tácitas, sobre las cuales se basan. Éstas son los principios incuestionados que dictaron las reformas emprendidas en la región. Solamente contrastándolas con premisas distintas es posible proponer alternativas.

1. *La descentralización por sí misma mejora el desempeño en los servicios de salud al permitir el empoderamiento local, y de allí mayor capacidad de responder a las demandas de los usuarios.* Aunque el presente libro no examina esta reforma en particular, es importante tomar en cuenta sus consecuencias cuando nos encontramos con casos de bajas en cantidad y calidad de servicios públicos de salud, que pueden haberse originado en las desigualdades fiscales

que resultaron de la descentralización. En la experiencia de los últimos 15 años esta política ha tendido a significar, en los hechos, la reproducción en el nivel estatal de los esquemas centralistas, la pérdida de recursos presupuestarios para los estados y de derechos sindicales para los trabajadores de la salud, así como una escasa participación ciudadana en las decisiones locales dominadas por elites locales. Esto se explica cuando recordamos que la transferencia a las provincias o estados, en la mayoría de los casos, no se ha acompañado de la inyección de recursos suficientes o de la creación de espacios institucionales para una mayor participación ciudadana. Es imperativo, por tanto, investigar conforme cuáles condiciones políticas y financieras la descentralización efectivamente incrementa la capacidad de responder a las demandas ciudadanas, y conforme cuáles actúa en sentido contrario.

2. *Los problemas de los sistemas de salud en la región son atribuibles a su ineficiencia y mala organización.* Racionalizándolos (por medio de las reformas) se podrá ofrecer más servicios (mayor cobertura) y de mejor calidad, a pesar de contar con menos recursos. De esta manera, el deterioro generalizado en el sector no se analiza como producto de la gran crisis de los años ochenta o de las medidas macroeconómicas tomadas para enfrentarla, sino como el reflejo de los vicios inherentes al sector público:

La mayoría de los analistas concuerdan en que el problema no estriba en la cantidad de recursos dedicados al gasto social, sino a la distribución de éstos y a su bajo desempeño. Una gran proporción de los escritos sobre el tema de las políticas sociales y las reformas del sector público en América Latina subraya la necesidad de ver primero a los grandes ministerios sociales como obstáculos para el progreso (Garland, 2000: 3).⁷

⁷ Traducción propia.

La calidad de los servicios de salud era baja y en declive en muchos países [...] resultado de estructuras débiles, incentivos perversos y la mala distribución de los recursos dentro de los mismos sistemas (Nelson, 2004: 24).

Sin embargo, no todos los analistas concuerdan con que la racionalidad económica deba ser prioritaria:

Según el criterio establecido por el Banco Mundial en su Informe de 1993, una política de salud es satisfactoria si mejora las condiciones de salud, la satisfacción de los usuarios y la equidad a la vez que reduce los costos (Banco Mundial, 1993: 55). Es difícil imaginar cómo una política que promueve la privatización selectiva y el neosistencialismo pudiera satisfacer alguno de estos criterios desde la perspectiva de la gente común. La exclusión de una parte de la población de varios servicios discrecionales no mejorará la salud de esta gente, y seguramente tampoco su satisfacción de los servicios médicos (Laurell y López Arrellano, 1996:16).⁸

Esto no significa que los problemas relacionados con la descapitalización sean los únicos que aquejan a los sistemas de salud en América Latina. No cabe duda de que, desde la década de los años ochenta, estos últimos han sufrido un deterioro prolongado en la cobertura y la calidad de los servicios. Lo criticable es la postura de que a partir de tal premisa se concluya la necesidad de privatizar en vez de mejorar estos sistemas, como se ha argumentado, por ejemplo, en el caso de los sistemas de pensiones.

3. *Hay escasez absoluta de recursos para la salud y la seguridad social.* La salud pública de corte clásico (de cobertura universal y sin límites) es una carga fiscal desme-

⁸ Traducción propia.

surada y económicamente desestimulante. De allí que, al definir paquetes de servicios esenciales por un lado, y privatizar por otro, se podrá ahorrar en gasto público y promover la competencia, lo cual incrementará la eficiencia dentro de las instituciones y el crecimiento económico nacional. De esta manera se evitarán las trampas de la universalidad clásica cuya promesa de “todo para todos” ha dado pruebas de ser insostenible incluso en los países más ricos” (Frenk, Londoño y Lozano, 1999: 271).

De esta premisa se deduce que es necesario (e inevitable) reducir el número de servicios ofrecidos a los que no pueden pagar.

Los gobiernos tendrán la responsabilidad de definir recortes y límites basándose, no en un debate democrático sino en los criterios de costo-efectividad protagonizados por el Banco Mundial, considerados los más justos para decidir cuáles servicios se incluirán, cuáles se excluirán, y para quién. De allí se afirma que estos criterios son también los más aceptables entre la población (Frenk, Londoño y Lozano, 1999), no obstante que ningún gobierno reformador le ha preguntado a ésta (por la vía de *referendum* o la encuesta) por sus preferencias en materia de salud o seguridad social.⁹ Dada la premisa de la escasez absoluta en los recursos fiscales, tal consulta es impracticable por definición. De hecho, se afirma que los grupos organizados en la sociedad solamente responden a intereses propios, por lo que consultarlos sería un grave error:

⁹ Es evidente que tales encuestas o *referendums*, de ponerse en marcha, podrían caer en la manipulación mediática, como observó uno de mis dictaminadores anónimos, pero esta posibilidad es la que existe en todas las elecciones democráticas, mismas que limitan el poder de los gobernantes, estén o no los votantes preparados para resistir a la propaganda mediática.

Este argumento afirma que la capacidad de algunos grupos, tales como los sectores urbanos y los sindicatos, para perseguir sus intereses mediante la presión al gobierno ha pervertido las acciones del Estado (World Bank, 1993:130), y que por consiguiente es ilusorio creer que el gobierno y los parlamentos sean capaces de tomar decisiones acertadas en materia de salud (Laurell y Arrelano, 1996:14).¹⁰

Esta idea ignora dos importantes consideraciones con las que debe acotarse la noción de escasez. Primero, la escasez en materia de salud pública no es absoluta sino relativa a la voluntad política de cada país, por lo que existe un amplio rango dentro de la región en el porcentaje del PIB que se le asigna: de 1% (Perú y Venezuela en 1995) a 7.1% (Costa Rica en 1995). Por tanto, es posible que un país relativamente próspero (como México) dedique una proporción menor de sus recursos a la salud que un país comparativamente más pobre (como Costa Rica). El caso extremo es el de Cuba, que a pesar de haber atravesado el llamado "periodo especial" cuando su economía tuvo que reaprender a funcionar sin la ayuda de la difunta Unión Soviética, y a pesar del bloqueo estadounidense, en ningún momento consideró reducir el gasto en salud ni en educación. Segundo, es conocido que se puede tener servicios de salud mediocres con altos gastos (como en Estados Unidos) y unos comparativamente buenos con recursos mucho menores (como en Canadá, Guyana o Cuba). Así pues, la escasez no es la variable independiente que determina el alcance de la salud pública, sino la variable dependiente de condiciones políticas y sociales que no son intangibles. Asimismo, el gasto *per capita* es sólo un indicador muy burdo del esfuerzo de cobertura y calidad, siendo la opción de la privatización máxima al estilo

¹⁰ Traducción propia.

estadunidense, a la vez la más onerosa y la menos efectiva en términos de abatimiento del peso de la enfermedad. Tercero, afirmar que el hecho de que grupos de interés presionan al gobierno es algo objetable, y hasta “perverso” equivale a una declaración abiertamente antidemocrática, dado que uno de los mecanismos democráticos básicos es, precisamente, la capacidad de los grupos de presionar a su gobierno, misma que no se cuestiona en el contexto de los países desarrollados.

De tal modo, esta premisa es insostenible a menos de apoyarse en un supuesto poco aceptable, aun en América Latina, como que la democracia es buena para los países ricos, pero mala para los pobres.

4. *El cálculo de costo-beneficio en términos de AVISA es el más adecuado por ser el más eficaz en aligerar el peso de la enfermedad en la población.* Este juicio se hace en términos absolutos, es decir, sin agregar que se asocia con los actuales escenarios de bajo o nulo crecimiento, baja y regresiva fiscalidad, y esquemas organizados conforme la premisa de que las capas sociales más adineradas tienen obligaciones fiscales generalmente muy bajas. Otros analistas opinan que no hay evidencia contundente de que la propuesta del Banco Mundial ahorre dinero en salud, algo que, según Laurell y Arrellano (1996:16), el Banco mismo reconoce.

5. *Las reformas mejorarán la equidad.* Esta aseveración se basa en el hecho de que, a la vez que se reduce la amplitud de las intervenciones a “paquetes esenciales”, se propone ampliar las coberturas a 100%. Esto, sin lugar a duda, incrementa la equidad para los que no tenían cobertura alguna (suponiendo que los nuevos servicios *realmente* los alcanzan a la hora de la puesta en marcha). Pero otras capas que previamente recibían servicios en principio irrestrictos (si no siempre en los hechos), y actualmente no tienen capacidad de comprarlos en el mercado, verán disminuir su cobertura. En cambio, los grupos con alta capacidad de pago

tendrán cobertura total y universal, algo que seguramente no puede mejorar la equidad al transferir los servicios sin restricciones a los sectores de mayor ingreso:

Lejos de mejorar la equidad, la polarización del sector de la salud entre la riqueza privada para una minoría y la escasez pública para la mayoría es reveladora de un aumento fuerte en la inequidad, si por equidad entendemos igualdad en el acceso a la atención médica ante las mismas necesidades, igualdad de uso ante las mismas necesidades, y la misma calidad de atención para todos (Whitehead, 1992:431).¹¹

6. Deslegitimización de la oposición a las reformas: Dado que las reformas son racionales (premisa 1) y científicamente fundamentadas (premisa 4), los que se oponen a ellas son “soñadores”, “reaccionarios”, defensores de intereses corporativos estrechos, o prisioneros de formas organizativas esclerotizadas. Las reformas son una píldora amarga para los grupos favorecidos por el régimen anterior, pero esto es inevitable, dado que son la única opción razonable y factible (Frenk, Londoño y Lozano, 1999). Los paquetes universales diseñados en las reformas son “adecuados” para cubrir las necesidades esenciales (de los pobres), por estar basados en cálculos de AVISA (premisa 4). Por tanto, la gente razonable los ha aceptado (Nelson, 2004: 27).¹² De ahí que todo debate democrático es visto como insubordinación e irracionalidad. Detrás de esta actitud se esconde la creencia en la bondad de la “democracia delegativa” (O’Donnell, 1994), según la cual la única acción ciudadana legítima es la votación, y

¹¹ Traducción propia.

¹² La ausencia de protesta abierta por parte de los usuarios de servicios se interpreta como aceptación.

ninguna forma de participación política debe ser tolerada fuera de periodos electorales.

GATOS POR LIEBRES: AGENDAS OCULTAS E INDEFINICIONES OPORTUNAS

Del apartado anterior podría deducirse que los reformadores neoliberales pueden haber pecado de rígidos y doctrinarios, pero que al fin fueron iniciadores del cambio en el sentido de que ellos, en aquel momento, lo concebían y entendían (y generalmente lo recibían como recetario de fuentes externas). Conforme esta perspectiva, sus críticos pueden tacharlos de haberse equivocado, y hasta de haber bloqueado el diálogo democrático y, por tanto las soluciones aceptables para las mayorías, pero no de haber engañado al público. Para los organismos internacionales proveedores de las soluciones impuestas, estas formas autoritarias de llevar a cabo las reformas en los países periféricos eran tanto esperables como aceptables, y a fin de cuentas un asunto interno de estos países. Por el lado de los gobiernos latinoamericanos en turno, imponer las reformas desde arriba era un simple traslado a un contexto "democrático" de las viejas costumbres del autoritarismo que había reinado durante décadas con el beneplácito de las democracias occidentales. Sin embargo, los parlamentos ya no eran los de antaño y, en muchos casos, como veremos, opusieron objeciones a una y otra cláusula de las reformas, amoldándolas a los regímenes de la transición democrática que empezó en América Latina en 1983 con la elección de un presidente civil en Argentina, y sigue en proceso en México, el país con la transición más lenta de la región.

No obstante algunas buenas intenciones por parte de los reformadores, no todo fue genuino ni transparente en las reformas neoliberales de los noventa. Para entenderlas plenamente, y especialmente para encontrar cómo cambiar

algunos de sus aspectos hoy menos aceptados, debemos también enseñar su lado menos públicamente admisible. Se trata de las agendas ocultas detrás de estas políticas, y de las indefiniciones y ambigüedades que sirvieron de pantalla a incumplimientos y engaños innegables.

Entre los objetivos ocultos de las reformas, la descentralización ocupa un lugar primordial. Presentada con un discurso legitimador apoyado en las supuestas mayores justicia fiscal y receptividad a las demandas ciudadanas de los sistemas descentralizados, esta política fue, en la realidad, el medio para liberar a los gobiernos centrales del peso del descontento ciudadano ante las reformas, al cargar a los estados, provincias o municipios con la tarea casi imposible de ofrecer servicios satisfactorios con insuficientes recursos (por ejemplo, el caso de la municipalización de la salud en Chile durante la dictadura), y en muchos casos sin una devolución real del poder en el nivel local (por ejemplo, el control presupuestario central férreo en México). La descentralización también fue un medio idóneo para fragmentar a los grupos opositores a las reformas, particularmente los sindicatos, que con la descentralización se veían divididos en trozos estatales o provinciales desapoderados.

La focalización también contiene elementos no legítimos aparte de los públicamente admisibles.¹³ Anunciada como una medida de justicia social para cubrir las necesidades más urgentes con limitados recursos, también sirvió para ganar votos para un partido en plena decadencia en el caso de México, para castigar a las localidades dominadas por partidos de oposición, y para estratificar a la población en función de su capacidad de pago. Adicionalmente, permitió

¹³ La focalización consiste en establecer criterios para seleccionar solamente a los más pobres como beneficiarios de programas de servicios públicos.

cobrar “cuotas de recuperación” a todos los usuarios de los servicios públicos que no entraban en la población focalizada (la considerada en extrema pobreza) pero eran, sin embargo, “pobres” (la mayoría en América Latina), con la consiguiente sobrecarga de los gastos normales y catastróficos a las familias de bajos ingresos.

Los criterios bajo los cuales fueron definidos e implementados los paquetes básicos de servicios, a su vez son poco claros para la población beneficiada. Fueron declarados “adecuados” y “esenciales” *ex officio*, sin explicación clara ni detenida de los factores que realmente se tomaron en cuenta. En realidad, desde la perspectiva del usuario, solamente pueden ser adecuados los paquetes que incluyen lo que él o ella padecen en el momento. Por tanto, es poco político y difícilmente justificable explicarle públicamente que el paquete supuestamente adecuado no incluye su padecimiento porque éste pesa poco en el perfil característico de su país o región, o si pesa, su tratamiento es demasiado oneroso para incluirse. Esto no es exclusivo de la atención pública a la población de bajos ingresos. En Chile existen más de 300 paquetes distintos para los inscritos en ISAPRE,¹⁴ las empresas privadas de servicios médicos. ¿Cuáles de todos éstos son “adecuados” y cuáles no lo son? En México la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) propuso inicialmente un paquete esencial de 24 intervenciones, pero la Secretaría de Salud lo redujo a 12 intervenciones, para luego volverlo a subir a 13.¹⁵ Por otro lado, el Seguro Popular promovido en México por el gobierno de Fox (2000-2006) contiene 91 intervenciones. Entonces, en este último caso

¹⁴ Instituciones de Salud Previsional, o empresas privadas de atención médica creadas en Chile en la dictadura de Pinochet (1973-1989). Véase el capítulo V en este volumen.

¹⁵ Véase la lista de intervenciones en el capítulo VII de este volumen.

¿cuál de estos dos paquetes es el “esencial” o “adecuado”?, ¿el de 13 operaciones, o el de 91? Si el primero, entonces el Seguro Popular es demasiado generoso. Si el segundo, entonces los pobres que no son seleccionados como beneficiarios en el programa Oportunidades, y tampoco están inscritos al Seguro Popular, reciben menos que lo adecuado. En los hechos, además, los paquetes básicos suelen ser desigualmente implementados, según la capacidad fiscal u organizativa de cada estado o municipalidad, por lo que se convierten, a menudo, en un paquete-diagnóstico con escasas posibilidades de tratamiento.¹⁶

El concepto de años de vida saludables (AVISA) también se ha presentado de manera poco transparente. Aunque su cálculo se describe ante el público como basado en principios universales e igualitarios, en realidad los años de vida calculados varían con la edad:

El valor de cada vida perdida empieza en cero al nacer, sube a su máximo a los 25 años y va disminuyendo gradualmente con la edad. Para el Banco [Mundial], los muy jóvenes, los ancianos y los minusválidos tienen una probabilidad menor de contribuir a la sociedad en términos económicos; de ahí que un menor número de AVISA será salvado por las intervenciones que corresponden a sus padecimientos (Werner y Sanders, 1997:105).¹⁷

¹⁶ Según los hallazgos de una encuesta llevada a cabo en México en 1999 (Arjonilla y Parada, 2003), a pesar de ser incluida la diabetes en el PB, es raro que las unidades de primer nivel tengan algo más que consejos que ofrecer a los diabéticos. En 1999 el ministro de salud del estado de Oaxaca, entrevistado por la autora, declaró que no había tenido los recursos suficientes para mandar a analizar las pruebas de cáncer del útero (papanicolau) que con mucha dificultad se habían recolectado entre la población.

¹⁷ Traducción propia.

En consecuencia, la atención a la población con edad avanzada y a los minusválidos recae en las familias o los organismos de caridad privados, porque el costo de atenderlos no significa ganancias importantes de AVISA en relación con los costos relativamente altos que su cuidado exige. Igualmente, los padecimientos crónico-degenerativos, característicos de una población en proceso de transición demográfica, como es el caso de la mayoría de los países latinoamericanos, son demasiado costosos en relación con las AVISAS salvadas. Esto significa que los ancianos que toda su vida pagaron por medio del impuesto indirecto o directo para los servicios públicos de salud, no serán atendidos por ellos durante su vejez, cuando más los necesitarán.

La utilización del discurso de la atención primaria y de la prevención es otro recurso retórico utilizado para justificar la adopción de paquetes básicos. En la actualidad se tiende a olvidar la diferencia crucial entre atención primaria "integral" (*Comprehensive Primary Health Care*), que la mayoría de los países se comprometieron a ofrecer a toda la población en el Congreso Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1978 en Alma Ata, y la atención primaria "selectiva" en la que se especifica cuáles servicios e intervenciones se incluyen. Hoy el discurso oficial sobre los paquetes selectivos se cubre del manto de la atención primaria, todavía legítima por su resonancia con los compromisos (incumplidos en su mayoría) de Alma Ata. Las AVISA funcionan como criterio técnico de selección: abatir el peso de la enfermedad en el conjunto de la población en función del costo-beneficio asociado con cada uno de los componentes de su perfil epidemiológico. Es decir, el objetivo no es abatir tal o cual proporción de los padecimientos que sufre la población en una localidad dada, sino combatir únicamente los que disminuyen el peso de la enfermedad a un costo bajo predefinido, usualmente alrededor de 100 dólares estadounidenses *per capita*. Así pues, el usuario pobre en

América Latina con gastritis o cáncer, padecimientos que son demasiado costosos para incluirse en paquetes esenciales, tendrá que sufragar el costo de estas enfermedades. Al final, el concepto de atención primaria acaba designando cualquier conjunto de servicios mínimos.

La creencia de que la iniciativa privada es más eficaz que la pública domina el discurso neoliberal de la reforma de la salud. Sin embargo, dado que la palabra “privatización” no es políticamente correcta en la mayoría de los contextos nacionales, e incluso sirve de bandera para sus opositores, los reformistas utilizan expresiones más neutrales, como “incentivos para la eficiencia”, “arreglos financieros”, “cuotas de recuperación”, o “subrogación” (subcontratación a empresas privadas de servicios públicos), que son estrecha y claramente asociados con privatización para los especialistas, pero pueden aparecer relativamente inocuos y sin relación unos con otros para la mayoría de la población. De esta manera, el lenguaje tecnoburocrático oculta las intenciones reales ante el público y los grupos opositores, haciéndolas negables o parcialmente rescindibles en caso de necesidad política. Esta duplicidad, a su vez, crea desconfianza y paranoia entre los opositores que perciben intenciones de privatización detrás de cualquier medida.

Entre las semblanzas y los disfraces más sorprendentes en el discurso reformador neoliberal está la negación del papel preponderante de los organismos internacionales en influenciar las medidas adoptadas expresadas en las siguientes citas: “Los especialistas en salud pública, más que los líderes políticos de alto nivel, fueron los iniciadores de la mayoría de las reformas en nuestros casos” (Nelson, 2004:31). O “Los intentos externos de provocar acciones específicas tuvieron un efecto limitado” (Nelson, 2004:31).¹⁸

¹⁸ Traducción propia.

Estas afirmaciones son correctas si por “iniciar” las políticas de reforma se entiende imponerlas directa y abiertamente al Ejecutivo. Efectivamente, los organismos internacionales no mandaron representantes para agenciar las reformas directamente sin pasar por los procesos políticos nacionales normales de cada país. También son correctas si por “intentos externos de provocar acciones” se entiende algo semejante a la forma en que Estados Unidos influye en la política en Afganistán o Irak en el gobierno de G. W. Bush. Pero si por intentos externos de influenciar acciones se entiende la adopción plena y total por los iniciadores nacionales de la agenda y de los programas definidos en los documentos citados del Banco Mundial, o las condiciones impuestas para otorgar los préstamos que financian varios aspectos de las reformas, entonces afirmar la independencia de los países receptores de dichos préstamos o de los predicadores nacionales de las medidas ideadas y diseñadas en Washington es un discurso patentemente engañoso.

Junto con construir un discurso engañoso sobre la supuesta independencia nacional en las reformas, viene el engaño por omisión del costo real de éstas. En el discurso oficial, las medidas adoptadas son invariablemente presentadas como ahorradoras en el gasto público por más eficientes. Rara vez se menciona que casi todas fueron apoyadas por numerosos y repetidos préstamos externos (del Banco Mundial y del BID principalmente) que aumentaron las respectivas deudas nacionales (ya de por sí muy altas) de los países de la región.¹⁹ Igualmente pesada y regresiva es la deuda interna contratada por los gobiernos cuando, al privatizar el sistema de pensiones, se comprometieron a cu-

¹⁹ Se calcula, por ejemplo, que en el caso de México, la deuda contratada para las políticas de combate a la pobreza ya suman aproximadamente siete mil millones de dólares para 2005.

brir con los impuestos generales el costo de la transición del sistema solidario al sistema de capitalización individual. Como se verá en los estudios de caso de este libro, el hoyo fiscal creado por estas decisiones se ha tenido que llenar con préstamos a los tesoros nacionales por parte de los nuevos fondos del sistema capitalizado, por lo que se ha desvirtuado el intento y la justificación iniciales de financiar el desarrollo industrial con dichos fondos, y de proteger a los ahorradores de la posibilidad de bancarrota del Tesoro nacional. En términos generales, debido a la importancia ideológica del principio de subsidiariedad del Estado, se minimiza la importancia de la continua intervención estatal para llevar a cabo todas estas privatizaciones y transformaciones. Como lo expresa Laurell, “Lo que usualmente no se dice es que la instrumentación de este plan requiere la intervención repetida del Estado en términos de nuevas leyes y subsidios considerables para sostener la privatización y los mercados. Tales subsidios representan una redistribución regresiva de los fondos públicos” (Laurell, 2003: 321).²⁰

En conclusión, por acertados que hayan sido los diagnósticos neoliberales sobre los problemas endémicos en los sistemas de salud y seguridad social en América Latina —el despilfarro, el clientelismo, la corrupción, la no sustentabilidad financiera— las soluciones que ofrecieron distan de resolver estos problemas, y crearon otros nuevos que los países enfrentan hoy en día. Por esta razón empieza a partir del año 2000 un cambio de perspectiva sobre esta problemática por parte de las mismas instituciones que promovieron las reformas neoliberales, como veremos más adelante.

²⁰ Traducción propia.

QUÉ PROPONE ESTE LIBRO

Los autores de este libro hemos indagado la historia política que vertebra las reformas de la salud y de la seguridad social en Argentina, Brasil, Chile y México entre 1980 y 2000. Se trata de casos con sucesos y tiempos distintos, donde se presenciaron alternativamente cerrazones y apertura de los sistemas de salud y seguridad social hacia distintos grupos. Por un lado, están los tres países del Cono Sur cuyos sistemas de salud y seguridad social se habían reformado en la década de 1970 y la de 1980 en sus respectivas dictaduras militares. Pero ninguna reforma fue tan drástica y tan indicativa de los tiempos venideros como la chilena, que de haber sido un país líder en el ámbito de la salud integral e universal, se perfiló como líder en la privatización y fragmentación de la atención en grupos con beneficios desiguales, proporcionados en función de su capacidad de pago. Por tanto, al salir de la dictadura, la tarea de los gobiernos de la democracia fue reconsiderar y volver a transformar estos arreglos. Argentina y Brasil, donde los militares habían llevado a cabo reformas de tipo burocrático, también se encontraron ante la tarea de reformar estas reformas, pero con resultados opuestos, con un sistema universalizado para Brasil y uno estratificado para Argentina. Finalmente, en México las reformas respondieron a los intentos, desde el gobierno central, de debilitar el corporativismo, pero sin abandonar el principio del partido oficial, por lo que las reformas no fueron tan drásticas como en los demás países.

Al revisar estos casos veremos que las reformas analizadas reflejan algunas de las premisas, verdades, semiverdades y engaños, que hemos señalado en esta introducción, además de algunas contradicciones entre discurso y realizaciones: extender la cobertura, pero gastar menos; preservar las estructuras existentes (antes nacionales, ahora estatales) tachadas de ineficientes, pero a la vez esperar de

ellas resultados mejores; proclamar que se gasta menos pero pedir más préstamos externos; pronunciar las instituciones existentes en grave crisis a la vez que dejarlas morir lentamente de anemia fiscal. Por un lado se afirman derechos a la salud, lo cual se refiere normalmente a derechos ciudadanos universales desvinculados del mercado, pero por otro se reglamenta el acceso a la atención y las pensiones en términos de capacidad de compra de los bienes y servicios. En otras palabras, se mercantiliza el acceso a los servicios, a la vez que se sigue utilizando el vocabulario de equidad e universalidad.

Estos procesos no son resultados automáticos de los pronunciamientos del Banco Mundial o del Fondo Monetario Internacional, ni tampoco de las acciones desde arriba de los ejecutivos nacionales, sino el producto de la interacción entre estados y sociedades involucrados simultáneamente en profundos y, en muchos casos, traumáticos procesos de transformación política y económica de la última década del siglo XX. Así pues, son procesos que tienen actores visualizados como agentes que alternativamente promueven o bloquean las reformas, apoyándose en alianzas y coaliciones cambiantes. Desde esta perspectiva, las reformas son un complejo proceso histórico que nunca puede dar como resultado lo anticipado, tanto por los reformistas como por sus detractores. Así se construye la historia, con acciones e iniciativas potenciadas y restringidas por tercas estructuras y feudos adquiridos, contingencias inesperadas y coyunturales cruciales, cuando los acontecimientos dan giros profundamente reorientadores de las acciones futuras y del poder de los grupos presentes.

Los estudios en este libro son narrativas que reconstruyen estas acciones, coyunturas y transformaciones con armaduras analíticas que permiten explicar los sucesos al mismo tiempo que considerarlos desde una visión crítica: ¿quiénes son los presentes en estos procesos (los partidos,

los sindicatos, las compañías de seguro, los grupos financieros), y quiénes los excluidos (los pobres, los jubilados)?, ¿es posible “modelar” estos procesos transformadores, o podemos afirmar que hay tantos procesos de reforma como países y regímenes políticos?, ¿al final se podrá construir una escala de tipos de reforma que empiece con la imposición coercitiva (desde el poder militar en el Cono Sur), pasa por el estilo *top down* con algunas concesiones a grupos opositores de tipo *dictablanda* (como en México) o *democradura* (como en Argentina),²¹ para terminar en un modelo de decisión colectiva pluralista basado en *policy currents* y amplias alianzas (como en Brasil y Chile posmilitares)?

En el último capítulo presentamos un primer balance de los resultados obtenidos por estas reformas en los cuatro países bajo estudio. ¿Qué tan alentadores o desalentadores son los resultados que hoy en día se hacen observables?, ¿lograron resolver las crisis financieras y organizativas tal como se lo propusieron?, ¿se han beneficiado las industrias nacionales de la privatización de los sistemas de pensión?, ¿se enriquecieron las empresas privadas encargadas de administrar los ahorros de los trabajadores?, ¿cuáles son las posibilidades reales, para los trabajadores en estos sistemas, de obtener pensiones mejores, comparables o peores que las obtenidas en el sistema de repartos?, ¿qué proporción de ellos se verán excluidos de estos beneficios por los tiempos alargados de cotización o por las violaciones y evasiones empresariales? Los cuatro trabajos aquí reunidos intentan dar una primera respuesta a estas interrogantes.

²¹ Estos términos fueron inventados por Guillermo O'Donnell y Philippe Schmitter (1986: 16) para caracterizar a países en el proceso de transición democrática.

II. LA REFORMA DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD ARGENTINO

GUILLERMO V. ALONSO*

I. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL SISTEMA

El surgimiento del seguro social de salud

Los primeros antecedentes del sistema de obras sociales argentino fueron las instituciones mutuales desarrolladas por las asociaciones obreras desde fines del siglo XIX. El principal objetivo del mutualismo era cubrir los riesgos de sus afiliados frente a las contingencias de la enfermedad, el accidente laboral, el desempleo y la muerte. Sin embargo, serían las mutualidades organizadas por criterios de nacionalidad las que prevalecerían entre una población predominantemente inmigratoria. En 1910 sólo 10% del total de afiliados al mutualismo correspondía a las mutuales obreras (Isuani y Mercer, 1988).

El salto cualitativo en el desarrollo de las *mutuales* u *obras sociales obreras* se daría en la década de los cuarenta durante el gobierno peronista. Las consecuencias políticas y sociales de la nueva relación entre Estado y sindicatos estimularían la expansión del sistema de obras sociales. Otro

* Universidad Nacional de San Martín y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina.

aspecto fundamental en la conformación del sistema como *salario indirecto* fue el establecimiento de un nuevo régimen de financiamiento mediante el cual, junto al aporte de los trabajadores, se incorporaba la contribución de los empleadores (Belmartino y Bloch, 1982). En un principio las obras sociales tendieron a desarrollar capacidad asistencial propia, lo que les permitiría organizarse según la modalidad de prestación "directa" al afiliado (Pérez Irigoyen, 1989). Esta modalidad prestacional se iría modificando con el desarrollo del sistema.

El desarrollo del seguro social de salud bajo jurisdicción sindical, de la década peronista en adelante, implicó una fuerte redistribución de poder hacia los sindicatos que desde entonces defenderían celosamente su control sobre las obras sociales. Sin embargo, que el subsistema de obras sociales terminara predominando dentro del sistema de salud argentino se debió más al retroceso del subsistema público de salud observado desde la segunda mitad de los años cincuenta que a la gravitación de una lógica particularista encarnada en las obras sociales sindicales, las cuales irían ocupando progresivamente el lugar dejado por el Estado (Thompson, 1985). La ley 18.610 de 1970 institucionalizaría esta nueva realidad.

La ley 18.610 y la expansión de las obras sociales sindicales

Hacia fines de la década de los sesenta, las obras sociales brindaban cobertura a 26.7% de la población del área metropolitana (capital federal y conurbano bonaerense) (Isuani y Mercer, 1988). La ley 18.610 de 1970 fue el primer intento destinado a regular el funcionamiento de las obras sociales e implicaría un impulso decisivo en la expansión del sistema. Mientras que en 1967 las obras sociales brindaban cobertura a tres millones y medio de personas, para los

primeros años posteriores a la puesta en vigor de la ley 18.610, el número de afiliados había llegado a aproximadamente 16 millones (Marshall, 1988). La nueva ley abarcaba las obras sociales de la administración pública nacional, de empresas públicas, de administración mixta y las sindicales. La nueva legislación fijaba el régimen de financiamiento consistente en aportes y contribuciones de la nómina salarial en forma obligatoria: una contribución patronal de 2% y un aporte del trabajador de 1% sobre su salario y 1% adicional si se tenían familiares a cargo. Junto a estos aportes de los trabajadores activos se agregaba un aporte de 2% de los haberes previsionales de los jubilados y pensionados que se incorporaban al sistema.

La ley establecía que en el caso de las obras sociales sindicales, la percepción y administración de los recursos quedaba a cargo del sindicato con personalidad gremial, pero tenía que destinar dichos recursos prioritariamente a las prestaciones de salud. Las obras sociales eran autorizadas a dar prestaciones en forma directa mediante sus propios establecimientos o en forma indirecta mediante un sistema de contrataciones. Esta última modalidad serviría para dar gran impulso al sector privado, que funcionaría como el oferente real de los servicios, mientras que las obras sociales evolucionarían fundamentalmente como financiadoras. A partir de entonces tendió a desarrollarse una trama de intereses convergentes dentro del sistema entre las obras sociales y el sector de prestadores privados, que en determinadas coyunturas se articularía políticamente constituyendo una *alianza sectorial defensiva* ante los intentos de reforma promovidos desde el Estado. Éste se había reservado una función de coordinación y control técnico-financiero del sistema mediante la creación del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS). Además de la función de contralor, el INOS tenía a su cargo la administración de un Fondo de Redistribución tendiente a asistir financieramente las obras

sociales más débiles. En los hechos, sin embargo, el INOS estuvo lejos de realizar eficazmente su tarea (Cortés, 1985; Isuani y Mercer, 1988; Pérez Irigoyen, 1989; Danani, 1992).

La ley 18.610 de 1970 representó la institucionalización de la más completa jurisdicción sindical sobre el sistema de seguro de salud (Danani, 1992), y desde entonces la cuestión de las obras sociales ocupó un lugar central en la relación Estado-sindicatos. Lo paradójico es que la ley haya sido aprobada durante un régimen burocrático autoritario contraviniendo las estrategias más generales de *racionalidad técnica* y de *exclusión política* del sector popular, características de estos regímenes (O'Donnell, 1972). Las políticas de exclusión se reflejaron en la disolución en 1967 del Instituto Nacional de Seguridad Social, que funcionaba como organismo autónomo encargado de la administración de los distintos programas. Tanto los representantes sindicales como los patronales quedaron excluidos de la administración, y el Estado manejó directamente los fondos del sistema por medio de un nuevo Ministerio de Bienestar Social. Las políticas "racionalizadoras" obtuvieron éxitos parciales en el campo previsional al reformarse, mediante la unificación en tres cajas jubilatorias, la anterior situación de excesiva dispersión; pero en el área del seguro social de salud, el inesperado resultado sería un nuevo régimen de obras sociales que fortaleció claramente a los sindicatos, uno de los actores centrales de la coalición populista.

La nueva ley de Obras Sociales, que establecía la contribución obligatoria de todos los trabajadores y empresarios según rama o sector laboral y la administración sindical de los recursos y de los entes, transfería un significativo poder a los sindicatos. Por la misma época se producía la normalización de la CGT y se convocaba a convenios colectivos. Este conjunto de medidas sólo puede explicarse por el nuevo contexto político signado por la irrupción de la protesta social y la radicalización de los conflictos a partir del *Cordobazo*. En

este sentido, estas medidas constituyeron concesiones a los sindicatos por parte de un gobierno debilitado (Isuani y Mercer, 1988; Pérez Irigoyen, 1989; Lo Vuolo, 1995) que buscaba desactivar el conflicto político y social.

El proyecto del Sistema Nacional Integrado de Salud

El gobierno constitucional de 1973 intentó estructurar un vasto plan de transformación del sistema de salud argentino. El proyecto de creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud buscaba fortalecer el papel del Estado en la organización y el financiamiento del sistema de salud, lo que requeriría la coordinación de los distintos subsistemas: obras sociales, sectores público y privado. Dicho proyecto reflejaba un cambio en el nivel del modelo sanitarista hegemónico. En lugar de la idea de "seguro", hasta entonces predominante, comenzaba a prevalecer el modelo de "servicio", gestionado y coordinado por el Estado, como el más adecuado para desarrollar un sistema integrado de salud (Belmartino y Bloch, 1982).

Aun cuando el nuevo sistema era concebido con una fuerte centralización de la toma de decisiones en el Ministerio de Bienestar Social y en los procesos de control de gestión, el avance sobre el manejo autónomo de las obras sociales tenía límites: los recursos financieros de las entidades quedaban fuera de la jurisdicción del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sin embargo, las obras sociales estaban obligadas a subordinar sus planes prestacionales a los programas diseñados por el SNIS. Indirectamente, entonces, el Estado orientaba el uso de los recursos (Katz y Muñoz, 1988).

La estrategia de centralización estatal que el proyecto reflejaba generaría el rechazo de todos los sectores vinculados al sistema de obras sociales: desde los sindicatos hasta las asociaciones gremiales médicas, las empresas de medicina privada y la industria farmacéutica se movilizaron en

su contra. Por la propia lógica de la coalición en el gobierno, fue la oposición sindical la más gravitante de todas, y el proyecto final incorporaría algunos de sus reclamos: la adhesión de las obras sociales sería voluntaria, lo que en la práctica no se produjo (Belmartino y Bloch, 1982). El proceso finalmente decantó en la ley 27.748 del año 1974, que en la práctica sólo tuvo incumbencia sobre el sector público de salud.

*El proyecto "disciplinador" del régimen militar
1976-1983 y las obras sociales*

Habitualmente se ha considerado que a mediados de la década de los setenta el modelo sustitutivo con centralidad estatal se había "agotado" como consecuencia de sus propias limitaciones. Empero, lo que parece quebrarse hacia 1975 es el patrón distributivo antes que el modelo de crecimiento propiamente dicho.¹ A grandes rasgos, la relación entre capitalismo y bienestar forjada en la inmediata posguerra se mantuvo, aun con variables equilibrios, hasta mediados de la década de los setenta. Para entonces el equilibrio entre acumulación y legitimación "crujía" pero no como resultado del desarrollo de una lógica inmanente de la eco-

¹ A pesar de las fluctuaciones cíclicas y del sesgo mercadointernista que lo caracterizaban, el modelo había comenzado a generar sus propios mecanismos de corrección. Como sostienen Damill y Frenkel (1990): "La fuente de inestabilidad derivada del desempeño del sector externo tendía, sin embargo, a atenuarse hacia finales de los sesenta. En el lapso 1964-1974 la economía se expandió año a año sin enfrentar crisis del balance de pagos comparables a las precedentes. Un elemento importante para explicar este comportamiento es el relativo éxito de ciertas políticas de promoción de exportaciones no tradicionales: las exportaciones industriales, que constituían 3% del total hacia 1960, llegaban a 24% en 1975. El sesgo 'anticomercio' que se atribuía al modelo basado en la sustitución de importaciones se alteraba en forma progresiva".

nomía, sino por la crisis de los equilibrios de fuerzas entre los actores sociopolíticos centrales del modelo sustitutivo.

Aun el componente más puramente económico de la crisis de 1975, tal como el abultado déficit fiscal, puede verse como el reflejo en el nivel de las finanzas públicas, de un compromiso redistributivo que ya no podía ser sustentado por la lógica de la acumulación.² Esto desencadenó un violento conflicto distributivo en el contexto de un creciente deterioro de la autoridad política. Lo que se produjo fue la crisis y el agotamiento de las relaciones de fuerza sociales y de las representaciones políticas incubadas en el interior del modelo sustitutivo, pero no necesariamente de éste como modelo de crecimiento.

El escenario político-social de 1975 fue percibido por la fuerzas armadas como la eclosión final (con su manifestación de intensos conflictos sociales y de "amenaza subversiva") de profundas "distorsiones" económicas, sociales y políticas que aquejaban a una sociedad "enferma" desde hacia décadas. El proceso de industrialización y el intervencionismo estatal desarrollados en el marco de una economía semicerrada eran cuestionados por igual, pues habían permitido la configuración de los actores sociales que volvían ineficiente la economía e, incluso, podían constituir una amenaza al orden social.

El terrorismo estatal y la restauración del orden del mercado lograrían el disciplinamiento de los trabajadores y de los empresarios ineficientes. Era necesario restaurar el orden transformando las líneas históricas de funcionamiento de la economía y de la sociedad. Este proyecto eminentemente "disciplinador" permitió la convergencia, política y a la vez ideológica, de los militares con los sectores liberal-

² Desde 1973 se venía observando un importante aumento del gasto público, sobre todo del rubro salarios en las administraciones provinciales (Carciofi, 1990). En 1975 el déficit fiscal alcanzó los 15 puntos del PBI.

conservadores más duros, partidarios de disciplinar a los agentes económicos ineficientes mediante la lógica del mercado y de la apertura (Canitrot, 1979). Al mismo tiempo, la radicalización de los antagonismos sociales en la primera mitad de los años setenta llevaría a que los sectores dominantes se unificaran en torno a la preferencia por el orden. Esto impidió que, a la salida de la fase recesiva hacia 1978, alguna fracción del empresariado "pendulara" hacia una alianza con los asalariados que permitiera la reconstrucción de la "coalición distribucionista" que solía preceder a las fases expansivas (O'Donnell, 1976). Es el quiebre del sistema de alianzas sociales característico de los ciclos *stop-go* lo que explica la ruptura con la lógica del modelo sustitutivo representada por la combinada apertura financiera y comercial implementada desde 1978.

La reforma al sistema de obras sociales durante el régimen militar debe ser entendida a la luz de ese proyecto "disciplinador", ya que la ley 22.269 tuvo como objetivo principal debilitar el poder de los sindicatos (Isuani y Mercer, 1988; Belmartino, 1995), aunque también se vinculaba al propósito de disminuir los costos laborales (Marshall, 1988). Si bien el conflicto entre el Ministerio de Economía, partidario de eliminar los aportes patronales que financiaban el sistema, y la Secretaría de Seguridad Social, que propiciaba mantenerlos en el nivel entonces vigente de 4.5% de la nómina salarial, finalmente se dirimió en favor de esta última (Cortés, 1985), esto no implicó modificar el objetivo prioritario del gobierno: los sindicatos perdían, según la ley, el control sobre las obras sociales.

La nueva ley introducía la libre elección por parte del beneficiario, al autorizar al afiliado a cambiar de obra social transfiriendo hasta 90% de su aporte a un prestador de su elección. No obstante, no parece haberse dado ningún movimiento importante de afiliados que renunciaran a su obra social para incorporarse a prestadores alternativos

(Isuani y Mercer, 1988). La otra disposición tendiente a estimular la lógica del mercado y la expansión del sector privado consistía en prohibir que las obras sociales desarrollaran capacidad instalada propia, quedando limitadas a su función de financiadoras de los servicios. En los hechos, la ley 22.269 no fue reglamentada y su implementación concreta perdió coherencia al quedar librada a criterios discrecionales en el uso de los recursos del "liderazgo autoritario de la mayoría de las intervenciones" (Cortés, 1985: 40).³

La restauración democrática: un nuevo régimen legal para las obras sociales

El nuevo gobierno constitucional de 1983 buscó impulsar una reforma global del sistema de salud. Los grupos de técnicos radicales formularon un diagnóstico para el cual los problemas de financiamiento y de cobertura constituían las limitaciones evidentes del sistema de seguro social de salud. Debían desterrarse la baja eficiencia y eficacia del gasto en salud, así como la cobertura deficiente o meramente nominal que afectaba a amplias capas de la población (Danani, 1992). En 1985, el Poder Ejecutivo remitió al parlamento un proyecto de creación del Seguro Nacional de Salud. Su objetivo principal estaba dirigido a la universalización de la cobertura mediante la incorporación a los beneficios de todas las categorías de trabajadores, así como a los sectores marginales, lo que demandaría mayor igualdad entre obras sociales "ricas" y "pobres".

El proyecto introducía una importante modificación en cuanto al régimen de financiamiento, pues propiciaba la eliminación del aporte del trabajador y establecía una contri-

³ La principal consecuencia de todo esto parece ser el formidable quebranto económico con que las obras sociales emergieron del interregno militar, que se calculaba en 400 millones de dólares.

bución total de 7.5% sobre la nómina salarial exclusivamente a cargo del empleador. La necesidad de recursos adicionales se financiaría fundamentalmente con las rentas generales del Estado.

El proyecto proponía un modelo organizativo tendiente a preservar en manos del Estado la conducción general del sistema (mediante la Secretaría de Salud). El esquema resultante evitaba que los sindicatos recuperaran el control sobre las obras sociales. Además, éstos tendrían una participación marginal en el ámbito de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL). Junto a esto se establecía que los representantes laborales en las obras sociales serían designados por medio de elecciones entre sus afiliados, propias e independientes de las efectuadas por los sindicatos. El proyecto inicial finalmente abortó antes de tener tratamiento parlamentario: tanto los empresarios como los sindicalistas lo rechazaron. Las razones de su lanzamiento como de su fracaso deben buscarse en las estrategias y lógicas de acción gubernamental que prevalecieron durante el primer año de gobierno radical.

Si bien el objetivo específico del proyecto de Seguro Nacional de Salud era la reforma del sistema de salud, tampoco puede desvincularse del intento de reforma sindical que tempranamente impulsó el gobierno. La etapa inicial del gobierno de Alfonsín mostró el último intento de una política económica keynesiana como estrategia de salida de la crisis. Sin embargo, en lugar de apelar a la concertación con los apoyos sociales característicos de políticas de este tipo, el gobierno mostraría un excesivo optimismo en la capacidad de los recursos tradicionales del Estado para regular la economía, así como en la necesidad, frente a las condiciones de crisis, de concentrar la toma de decisiones de política económica en el Poder Ejecutivo. El gobierno mostró preferencia por una solución "hobbesiana" a los dilemas que planteaba la crisis; en vez de coordinar sus acciones con los

principales actores sociales, el Estado se definió “por encima” de los intereses sectoriales en conflicto, tratando de debilitar el potencial disruptivo de sus demandas (Acuña, 1995).

El gobierno inauguraba su gestión convencido de que la relación entre Estado y actores sociales constituía un juego de suma cero, y que bastaba el respaldo electoral para manejar las principales variables económicas y sociales sin apelar a la concertación. Dada esta lectura de la crisis, el proceso de “democratización sindical desde arriba” (Gaudio y Thompson, 1990) impulsado por el gobierno, fue percibido por sectores partidarios como un medio idóneo para que el radicalismo obtuviera el control de algunas conducciones sindicales. Pero sobre todo “se esperaba también un debilitamiento del movimiento obrero que suponían habría de favorecer la estabilidad del gobierno constitucional” (Gaudio y Thompson, 1990: 39).⁴

Vistas las cosas de esta manera, la negativa a restablecer el pleno control sindical sobre las obras sociales se adecuaba funcionalmente al objetivo tendiente a debilitarlos y, a su vez, tenía como precondition la previa desactivación del poder “corporativo” de los sindicatos. Esto explica que cuando el proyecto original del Seguro de Salud se presentó en 1985, su viabilidad ya estaba seriamente compro-

⁴ Como estos mismos autores sostienen: “Retomando entonces la cuestión de los objetivos del proyecto de reordenamiento sindical, cabe señalar que cuando la fuerza y presión de los trabajadores son desplegadas colectiva y unificadamente, garantizan una mayor efectividad ante sus distintos interlocutores y, sobre todo, con respecto al Estado. En cambio, la democratización sindical —y las corrientes centrífugas que ella suele provocar— tiende a dificultar la movilización del poder social y político del sindicalismo; bajo tales condiciones, se inaugura un amplio espacio para el diseño de políticas públicas con independencia de la intervención de los trabajadores organizados” (Gaudio y Thompson, 1990: 40).

metida por la previa derrota del proyecto gubernamental de reordenamiento sindical (Gaudio y Thompson, 1990).⁵

A diferencia de la derrota parlamentaria del proyecto oficial de reordenamiento sindical que resultó en gran medida de un erróneo cálculo de estructuración política,⁶ el proyecto de Seguro Nacional de Salud incorporaba en su propio contenido el rechazo a encontrar aliados entre los principales actores sociopolíticos. El rechazo *in totum* a las corporaciones, así como un excesivo optimismo en la recuperación de capacidad regulatoria estatal (que necesariamente debía alcanzarse a expensas del poder de los actores sociales), parecen haber constituido el "subtexto" del proyecto presentado en 1985.

El discurso *anticorporativista* con el que Alfonsín obtuvo su triunfo electoral había despertado expectativas favorables entre el empresariado, pues significaba que el retorno democrático ya no implicaría fortalecimiento del poder sindical. Sin embargo, dicho apoyo global no podía *propagarse* hacia la arena política que estamos analizando, pues el proyecto establecía un nuevo régimen de financiamiento que recaería exclusivamente sobre el empresariado, por lo que el rechazo de éste no se hizo esperar.⁷

⁵ En realidad todos los proyectos laborales del gobierno quedaron pendientes por el condicionamiento de esta derrota parlamentaria, lo que movió al gobierno a continuar utilizando la legislación laboral heredada de la dictadura militar.

⁶ El oficialismo no habría establecido con precisión cuál era el apoyo total que podía movilizar de los partidos provinciales en el Senado para obtener la aprobación de su proyecto.

⁷ En este punto es conveniente recordar cierta particularidad de la coyuntura del año 1985. En la etapa de éxitos iniciales del plan Austral, la Argentina inflacionaria parecía haber concluido, mientras que el nuevo equipo económico comenzaba a proponer políticas tendientes a la apertura de la economía. Todos estos factores parecían debilitar, al menos en la coyuntura, las tradicionales estrategias empresariales de trasladar a precios todo aumento de los costos.

Un proyecto que transfería al empresariado el financiamiento casi total de una parte significativa del salario indirecto podría haber logrado apoyo sindical. Sin embargo, el gobierno elegía el enfrentamiento con los sindicatos, pues el proyecto constituía una seria amenaza al control sindical sobre las obras sociales, consideradas por éstos un estratégico recurso organizacional. Obviamente, sin el apoyo de los sindicatos y del empresariado, las posibilidades de éxito del proyecto inicial de Seguro Nacional de Salud eran casi nulas.

A partir de entonces la cuestión de las obras sociales evolucionaría paralelamente al desarrollo de la relación entre el gobierno y los sindicatos. Mientras los sectores gremiales más comprometidos con una oposición sistemática al gobierno radical levantaban el reclamo de la devolución de las obras sociales en cada conflicto (13 paros generales), los sindicalistas proclives a un acercamiento, e incluso a incorporarse al gobierno, como el llamado grupo de los 15, promovían las negociaciones concretas mediante las cuales el proyecto oficial sobre el sistema de salud incorporaría las demandas sindicales y también de los empresarios. El resultado de las negociaciones fue el desdoblamiento del proyecto original en dos normas, una de las cuales estaría destinada a regular específicamente el sistema de obras sociales (ley 23.660) e implicaría el restablecimiento del control sindical sobre éstas, además de mantener tanto las contribuciones patronales como los aportes de los trabajadores.

EL SISTEMA DE OBRAS SOCIALES EN EL MOMENTO DE LA CRISIS Y LA REFORMA

La cobertura del sistema de obras sociales en el contexto del sistema de salud

El sistema de obras sociales argentino constituye un sistema de seguro social de salud. Como toda institución de se-

guro social, sus servicios y prestaciones están dirigidos a cubrir al trabajador formal frente al riesgo de enfermedad, propia y de sus familiares directos. Se trata de entidades de tipo mutualista gestionadas y administradas en muchos casos por los sindicatos de cada rama de actividad; también pueden ser organismos creados por ley para la protección de determinados segmentos de la población, tales como los jubilados.

El mayor número de las obras sociales estaba, hasta mediados de los años noventa, en la jurisdicción de la ANSSAL, ex INOS. Desde 1996 el organismo de regulación y control pasó a llamarse Superintendencia de Servicios de Salud. Junto a este sistema regido por la ley 23.660, se agregan las obras sociales de jurisdicción provincial, municipal y las del poder judicial, legislativo y de las fuerzas armadas y de seguridad, mismas que están reguladas por normas legales específicas.

Como muestra el cuadro 1, dado el porcentaje que representaban sobre el total de entidades, así como el porcentaje de la población que abarcan, las obras sociales sindicales constituían en los años de la reforma, el sector predominante dentro del sistema de jurisdicción nacional.⁸ También debe considerarse que los institutos de administración mixta tuvieron,⁹ desde siempre, un fuerte componente sindical, aspecto que se resaltaría aún más durante los años noventa cuando varios de ellos se convirtieron en obras sociales ex-

⁸ Este último aspecto se destaca aún más si se excluye la obra social de los jubilados, que tiene 3 943 373 afiliados y que de hecho constituye una problemática particular dentro del sistema.

⁹ El carácter mixto de estas entidades está dado porque en su administración participan, además del sector sindical, el Estado y el sector empresarial. Por lo general estas entidades obtenían algún tipo de financiamiento adicional con base en convenios especiales con el sector privado.

Cuadro 1. Cantidad de obras sociales y población beneficiaria (1993)

<i>Tipo</i>	<i>Entidades</i>	<i>Porcentaje sobre el total</i>	<i>Beneficiarios</i>	<i>Porcentaje sobre el total</i>
Sindicales	230	62.7	4 656 274	39.0
Personal de dirección	24	6.5	576 869	4.8
Administración mixta	13	3.5	2 462 102	20.6
Obra social jubilados y restantes	100	27.3	4 231 704	35.6
Total	367*	100.0	11 926 949	100.0
Beneficiarios no asignados			507 324	
Total población cubierta			12 434 273	

Fuente: cálculos con base en FIEL-CEA, 1995 (FIEL: Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas. CEA: Consejo Empresario Argentino). *El Sistema de Seguridad Social. Una propuesta de reforma*, Buenos Aires.

* Los datos más recientes muestran un número considerablemente inferior de entidades: 281 (Clarín, 18-01-1997).

clusivamente sindicales. Entre ellos destacan la obra social de los empleados de comercio (OSECAC), que se ha convertido en una obra social sindical y cuenta con más de un millón de afiliados, y la obra social de los empleados bancarios, que también tiene un importante volumen de afiliación. Es decir que, en los últimos años, el fuerte perfil sindical del sistema se ha profundizado.

Si a las entidades dentro del régimen de la ley 23.660 (jurisdicción nacional) se agregaban las obras sociales de jurisdicción provincial y municipal, las de las fuerzas armadas y de seguridad, así como las de los poderes legislativo y judicial, y de las universidades nacionales, se calculaba que el sistema de obras sociales brindaba cobertura a aproximadamente 60% de la población total de Argentina (FIEL-CEA, 1995).¹⁰

El sistema de salud argentino se estructuró en tres subsectores: uno público, otro comprendido dentro de la seguridad social y un tercer sector de seguros privados. La prestación del subsistema público es teóricamente universal, pero en la práctica ha terminado siendo el refugio de los sectores de menores ingresos que carecen de cobertura de seguridad social y de capacidad de gasto privado. Desde mediados de los noventa, con el aumento de los problemas del mercado de trabajo (desocupación e informalización) la población que no tiene acceso a la cobertura de la seguridad social ha aumentado y, por tanto, se ha incrementado aún más la demanda social sobre el subsector público, agravándose los problemas que lo aquejan (crisis fiscal, deterioro en la calidad de los servicios). Según cálculos corres-

¹⁰ De acuerdo con ciertas estimaciones las obras sociales no nacionales (provinciales, de universidades, fuerzas armadas y de seguridad, etcétera) brindarían cobertura a aproximadamente 6 500 000 habitantes (González García y Tobar, 1997).

pondientes a 1995, el total de la población cuya única cobertura sanitaria era el sector público estaba arriba de los 15 millones de habitantes (González García y Tobar, 1997). El financiamiento de este subsector proviene fundamentalmente de recursos fiscales. Desde 1993, se ha incorporado el sistema de "hospitales de autogestión" que busca obtener financiamiento complementario mediante el cobro a las obras sociales y a empresas de medicina prepagada de los servicios prestados a sus afiliados cuando se atienden en el hospital público. Pero éste es un mecanismo que no ha contribuido a incrementar significativamente los recursos disponibles para la mayoría de los hospitales públicos.

Además del subsistema de seguridad social (*obras sociales*), cuyo desarrollo analizaremos con más profundidad a lo largo del trabajo, y cuya cobertura está destinada sobre todo a estratos medios asalariados y de obreros especializados, se ha configurado un subsector de seguros privados que encuentra su clientela en estratos altos y medios altos. Debido a la afiliación obligatoria a la obra social respectiva a cada rama de actividad, una parte significativa de la población cubierta por seguros privados mantiene el aporte a la obra social. Se calculaba durante los años del proceso de reforma que este subsector brindaba cobertura a alrededor de 2 500 000 habitantes, pero aproximadamente 40% de esta población también aportaba a alguna obra social (González García y Tobar, 1997).

La crisis del sistema. Sus rasgos principales

El alto porcentaje de población asalariada y sindicalizada en relación con la PEA que históricamente caracterizó a la sociedad argentina favoreció una amplia cobertura del seguro social de salud, más extendida que en algunos otros países latinoamericanos con menor peso relativo del trabajo asalariado en su estructura socio-ocupacional. Sin em-

bargo, la estrecha relación entre trabajo asalariado y base contributiva de financiamiento planteó límites rígidos para extender la cobertura a la población que no estaba incorporada al mercado de trabajo formal. Cada trabajador quedaba afiliado a la obra social correspondiente a su rama de actividad en favor de la cual se destinaban sus aportes obligatorios. El sistema de obras sociales se organizó siguiendo las líneas de rama de actividad, con lo cual reprodujo las segmentaciones de la estructura productiva pero con prestación homogénea dentro de cada obra social. Es decir, todo trabajador perteneciente a una rama de actividad recibía la misma prestación independientemente de su nivel de aporte. En el interior de cada obra social, la redistribución operaba desde los trabajadores con mayor salario hacia los de menor ingreso, y desde los que tenían menor riesgo hacia los que presentaban mayor riesgo.

La afiliación obligatoria a la obra social correspondiente a cada rama de actividad creó *clientelas cautivas*, aspecto que estuvo en el centro de los diagnósticos y las críticas referidos a los problemas que aquejaban al régimen. Según éstas, el flujo asegurado de recursos que implicaba la afiliación obligatoria y la ausencia de competencia hicieron que las entidades no buscaran mayor eficiencia en el gasto ni mejor calidad en los servicios.

El sistema se financia con los aportes del trabajador y las contribuciones patronales sobre la nómina salarial. La tendencia a la fuerte caída del salario real iniciada a mediados de la década de los años setenta,¹¹ junto con el creciente desempleo observado en los últimos años, que hacia 1995 alcanzó un pico de 18.6%, son los principales factores que explican (por el lado del ingreso) los problemas de financia-

¹¹ Considerando 100 para 1975, el salario real para 1993 había llegado a 49.1 (Azpiazu y Nochteff, 1994).

miento que aquejaron al sistema. Junto con la caída del salario real se agregó el problema de la alta evasión observada en la economía, aspecto vinculado con la creciente informalización del mercado de trabajo y que origina serios problemas en la recaudación de aportes y contribuciones.

El efecto de los problemas de financiamiento es muy disímil entre las distintas obras sociales según la rama de actividad en que se ubican. Esto se debe a los distintos niveles de salario medio entre ramas y a los diferentes niveles de evasión. El distinto nivel de ingreso medio implica una distribución muy desigual del gasto *per capita* por obra social que se refleja en la desigualdad en la disponibilidad de recursos en cantidad como en calidad. Para paliar este problema, el Fondo de Redistribución del Sistema se creó con el propósito de otorgar subsidios inversamente proporcionales a los ingresos promedio por beneficiario. Sin embargo, éste no es el criterio que prevaleció en la práctica. El Fondo no cumplió con el objetivo redistributivo *entre* obras sociales, consolidándose la lógica de un sistema que mostraba solidaridad plena dentro de cada rama pero con bajo nivel de solidaridad entre ramas.

En resumen, el sistema llegó a presentar problemas de eficiencia y de equidad, que en parte eran consecuencia de su organización institucional, pero, en igual o todavía mayor medida, de problemas estructurales que se verían agravados por una política de reducción de aportes (a lo que se recurriría durante los años noventa). Al compensarse la reducción de aportes con subsidios provenientes de rentas generales, además de afectarse el autofinanciamiento del sistema, éste agravaría aún más su principal déficit de equidad: su cobertura no se extendió a los trabajadores que quedaban fuera del mercado de trabajo formal aunque éstos, dado el supuesto contemplado, contribuirían en forma creciente a su financiamiento mediante un sistema impositivo

que ha descansado fundamentalmente en los impuestos al consumo (Cetrángolo, 1994).

Si bien se tomaron iniciativas importantes respecto del subsistema público de salud, tales como la descentralización hospitalaria y el régimen del hospital de autogestión, el foco principal de las iniciativas de reforma al sistema de salud argentino durante los años noventa se concentró en el subsistema de las obras sociales sindicales. Es decir que las principales acciones de reforma se concentraron en un subsistema cuya cobertura no va mucho más allá de 25% de la población total (González García y Tobar, 1997). Esto demuestra que la dinámica política que llevó a priorizar este subsector como ámbito de reforma no emerge de la propia lógica del sistema de salud en su conjunto, que hubiera exigido operar simultáneamente sobre varios frentes. Para comprender esta política es necesario considerar como insumo explicativo básico el modo en que el sistema de obras sociales se constituyó en una cuestión central en la relación Estado-sindicatos. Es en este plano donde encontraremos algunas de las claves explicativas del proceso de reforma del sistema de salud argentino.

¿LOS HECHOS HACEN LA REFORMA O LA REFORMA HACE LOS HECHOS?

La emergencia hiperinflacionaria y la severa crisis fiscal de fines de los ochenta fraguó la economía como la prioridad casi excluyente de la agenda pública, perdiendo especificidad la consideración de otras cuestiones (educación, sistema de salud, etcétera), cuyas soluciones pasaron a ser discutidas como una prolongación de las propuestas ideadas para la economía (Sidicaro, 1995). De la crisis se derivó también un fuerte consenso antiestatista y un amplio espacio político para las reformas orientadas al mercado.

La crisis económica general y la crisis particular del sistema de obras sociales se reforzaban mutuamente, dado el contexto antes descrito, para generalizar una visión según la cual la introducción de mecanismos de competencia lograría resolver los problemas del sistema. La "libre elección" se constituiría en el único criterio persistente en los proyectos oficiales sobre reforma de las obras sociales. Sin desconocer la gravedad de la crisis, puede afirmarse empero que no fueron los datos objetivos de la crisis lo que apuntó a esta propuesta de solución, ni lo que hizo considerar el problema de eficiencia como el *alfa* y *omega* de la crisis del sistema de obras sociales (que se destaca también por evidentes déficit de equidad), sino el modo en que la cuestión de las obras sociales se *constituyó* política e ideológicamente en parte de la agenda pública. En este sentido, el primer hito lo constituyó la propuesta que se dio a conocer en agosto de 1991 en la Convención de Bancos Privados, por parte de la liberal Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL). Esta propuesta proponía transformar sustancialmente el subsistema del seguro social en el marco de una propuesta de reformulación general del sistema de salud. Era la oportunidad para introducir la lógica de la competencia entre entidades, sin introducir restricciones en relación con su naturaleza institucional. El espectro institucional podría abarcar obras sociales sindicales, fundaciones, asociaciones de consumidores, universidades, empresas de medicina prepagada y hospitales. El total de aportes que financiarían al sistema constituiría un fondo que se redistribuiría en forma de bonos entre los beneficiarios, quienes podrían hacer uso de su libre elección entre todas las entidades prestatarias.

En enero de 1992 se conocería el primer proyecto gubernamental que introducía también la libre elección por parte del afiliado entre entes prestatarios registrados en el sistema. Este aspecto representaba un punto central de la pro-

puesta: establecía la *desregulación* efectiva del sector, y planteaba la apertura total a la competencia entre entidades en sucesivas etapas, incluyendo las empresas de medicina prepagada. El nuevo régimen financiero que se intentaba establecer para el sistema estaba basado en la creación de la Cuota Parte de Atención Médica (CUPAM) que consistiría en la aportación en dinero correspondiente a cada beneficiario por la cual se garantizaría la cobertura prevista en un régimen básico. La CUPAM se obtendría dividiendo el total de aportaciones y contribuciones sobre el total de beneficiarios del sistema incluidos en un mismo grupo de edad. Cada beneficiario perteneciente a un mismo grupo etéreo tendría un mismo valor de CUPAM, es decir, igual poder de compra. Sin embargo, el Poder Ejecutivo desistiría finalmente de este proyecto.

Un año más tarde, el gobierno decretaba la desregulación del sistema de obras sociales. El nuevo régimen tenía alcance sobre los trabajadores comprendidos en la ley 23.660 pero, a diferencia del anterior proyecto, la desregulación prevista sólo establecía la libre elección de los afiliados entre obras sociales, quedando excluidas las empresas de medicina prepagada. Posteriormente, un decreto complementario establecería que la aportación del trabajador era “de carácter personal”, es decir, que “seguiría” al afiliado en su opción. Este aspecto del nuevo decreto planteaba una ruptura con la lógica redistributiva que caracterizaba al sistema de obras sociales, pues eliminaría las transferencias interpersonales directas que implica la prestación homogénea por entidad (Danani, 1994).

En los hechos, durante cuatro años, la desregulación no tuvo vigencia. Recién a partir de enero de 1997, luego de múltiples idas y venidas que incluyeron nuevos decretos, negociaciones y diversas situaciones, comenzaría a darse un proceso de “libre afiliación” todavía en curso y del que no puede afirmarse ninguna tendencia clara.

Es importante detenerse en este subperiodo (1991-1993) de la política que instala el problema en la agenda pública de un modo que constituyó la "libre elección" en una cuestión casi no negociable, excepto en su alcance (abarcando sólo las obras sociales o también el sector privado). En este sentido, el modo en que las iniciativas oficiales encararon la ecuación eficiencia-equidad, pareció ser determinante. En el tratamiento del problema de la equidad, la posición del gobierno fue decididamente inconsecuente. El primer proyecto de reforma lanzado por el gobierno intentaba, mediante el mecanismo de la CUPAM, expandir al máximo el esquema de solidaridad, igualando el poder adquisitivo de todos los beneficiarios del sistema, independientemente de su nivel de aportación. Empero, el sorprendente recurso al desacreditado igualitarismo sólo tendría efecto en la franja de población cubierta por el seguro social (sectores medios y sindicalismo organizado) y no se extendería hacia "abajo", pues los no incorporados al mercado de trabajo formal seguían sin ser alcanzados por la cobertura, y tampoco hacia "arriba", ya que los sectores de mayores ingresos no aportaban nada (Cetrángolo, 1994).

Con el decreto de enero de 1993 y su complementario, el gobierno desistió de su criterio de máxima equidad dentro del sistema para establecer que cada trabajador ejerciera la "libre elección" con el porcentaje de su salario sujeto a aportación. Se quiebra entonces la redistribución de ingresos dentro de los sectores cubiertos por el sistema. Los de menor ingreso, aun aquellos incorporados al mercado de trabajo formal, necesitarían del subsidio estatal para tener acceso a su prestación de salud. Lo que queda claro es que desde un principio, para el gobierno, el tratamiento de la equidad era subproducto de la forma como se resolvería el problema de la eficiencia: "el criterio de equidad es el resultado del esquema que permite introducir la libre elección" (Cetrángolo, 1994). Que la libre elección fuera el único pun-

to consecuentemente defendido en cada iniciativa oficial tiene por detrás el diagnóstico de que sólo la eficiencia del sistema podía ser mejorada y que la introducción de una *solución de mercado* era la mejor receta posible. La capacidad unilateral del gobierno para definir el núcleo "duro" del contenido de esta política, que obviamente satisfacía expectativas y concitaba apoyos del sector privado, se debió a la incapacidad de los sectores tradicionalmente vinculados al seguro social de salud (en especial, los sindicatos) para presentar alternativas de reforma y articular estrategias que no fueran meramente reactivas (Alonso, 1996). La multidimensionalidad de la crisis quedaba reducida al problema de la eficiencia, y cualquier solución por considerar tenía que incluir la libre elección. Desde el comienzo de la reforma quedarían acotadas las opciones de política y los sindicatos marcharían a la zaga de las iniciativas del Estado. Estos actores intervendrían de *contragolpe* en un "debate" cuyos términos ya habían sido determinados, en gran medida, de antemano.¹²

¹² Téngase en cuenta, por ejemplo, que al introducir competencia entre entidades que habrían de competir por el aporte de los trabajadores, era altamente probable que se incrementasen los gastos destinados a publicidad y comercialización. Esto significaba que aumentaría el nivel de gastos administrativos del sistema, uno de los aspectos más criticados del régimen de obras sociales. Por ejemplo, el sistema de salud estadounidense, organizado con base en seguros privados competitivos, destina casi 25% de su presupuesto total a gastos administrativos. Sin embargo, en Argentina la introducción de la libre elección fue presentada como un mecanismo de mayor eficiencia *per se*, dogma que nadie quería cuestionar: los sindicalistas porque hubieran tenido que explicar el porqué del excesivo peso del gasto administrativo de sus obras sociales, y los partidarios a ultranza de la competencia porque era un artículo de fe. Pareciera que al igual que con el colesterol, había excesos *malos* y otros *buenos* en los gastos administrativos.

Pero si los *hechos* generaron la necesidad de la reforma, y la fuerza relativa de ciertos actores configuró el campo de alternativas posibles, queda por explicar todavía la persistente demora en la estructuración de la reforma. Aunque claramente a la defensiva, los sindicatos lograrían impedir el paso de la *decisión* a la *estructuración*, y, ya fuera por un contexto político-económico que lo permitía o por la posibilidad de aprovechar la fragmentación de la acción gubernamental, lograrían forzar el Ejecutivo a establecer algún tipo de negociación.

La política de obras sociales

Por la propia configuración histórica del seguro social de salud, lo más importante para dilucidar las claves de esta política es un análisis en términos de *politics* antes que de *policy*. Sólo si se sitúa esta política en el contexto global de la relación Estado-sindicatos, y el modo en que ésta se redefine en cada etapa, pueden conocerse las claves de su evolución. En términos más directos: cuando se disputan las obras sociales no se discute salud, se discute poder. En efecto, las obras sociales constituyen recursos organizacionales fundamentales para los sindicatos, que les permiten resolver problemas de acción colectiva y alcanzar umbrales por encima de los cuales pueden constituirse en interlocutores frente al poder (Alonso, 1996). Es por esto que muchas de las iniciativas que se tomaron sobre las obras sociales perseguían el objetivo de disciplinar a los sindicatos antes que de resolver el problema del sistema de salud en sí mismo. Muchas de las idas y vueltas sobre esta política desde 1993 se explican, además de otros factores, por las tensiones inherentes a una coalición de gobierno que impulsaba políticas tendientes al debilitamiento y la atomización de los actores colectivos subalternos y al mismo tiempo necesitaba mantener el apoyo político de los sindicatos.

En las políticas impulsadas por la gestión menemista se hizo evidente la “fuerte dependencia del gobierno respecto de los intereses y las preferencias de los grandes grupos económicos y los acreedores externos” (Gerchunoff y Torre, 1996: 26). Pero con el logro de la estabilidad económica a partir del Plan de Convertibilidad, junto con una mejora significativa de la situación fiscal y el *boom* de consumo que comienza a manifestarse desde 1991-1992, se dieron condiciones para instituir “pagos compensatorios” que disminuían los costos de las reformas, fragmentaban resistencias, y ofrecían nuevos horizontes de realización de intereses a los miembros de una coalición político-social más amplia. Se constituyeron, en cierto modo, las bases materiales del consenso menemista que permitió contener dentro de la coalición de apoyo, aunque de modo claramente subordinado, a los sindicatos más poderosos, que, en tanto se montaban sobre el reflujó de un movimiento obrero a la defensiva, expresaban antes que nada la lógica de poder de sus dirigentes y la búsqueda de ventajas corporativas para las organizaciones.¹³

Los sindicatos ocuparon una posición marginal e inestable dentro de la coalición menemista. Las condiciones de recuperación económica del ciclo 1991-1994 y el hecho de

¹³ Es probable que no deba exagerarse la autonomía de las cúpulas dirigentes en función de definir proyectos de poder propios por medio de la relación con el gobierno. Los resultados electorales de 1991, 1993 y 1995 no demuestran precisamente un notorio divorcio entre las orientaciones de los dirigentes y las bases. Debiera tenerse en cuenta que la búsqueda de “ventajas corporativas para las organizaciones”, tales como perpetuar el control sindical sobre las obras sociales o incorporar actividades de tipo empresarial tendientes a desarrollar una red de servicios, no sólo responden a la lógica de poder de las conducciones sino también redefinen una nueva relación sindicato-trabajadores como consecuencia de los cambios estructurales que ocasionan la crisis de la acción sindical tradicional.

que el proceso político fuera conducido por el Partido Justicialista, influyeron para que los sindicatos que controlaban la Confederación General del Trabajo (CGT) mantuvieran su apoyo al gobierno.¹⁴ Pero en igual o mayor medida influyó la ausencia, dentro de los límites del nuevo modelo de acumulación que se consolidaba, de cualquier alternativa política que representara una coalición más “incluyente”. El menemismo mostró los límites de una coalición política de base popular en el contexto de una economía política pospopulista: la política populista, donde la demanda distributiva de los trabajadores jugaba un papel decisivo, se veía desplazada por una pugna distributiva limitada a los sectores del capital (Kaufman y Stallings, 1992). En el caso argentino, la nueva situación emergente mostraba una clara ruptura con el ciclo histórico que había concluido a mediados de la década de los setenta. A partir de la fuerte caída del salario real en 1976, y a pesar de una esporádica recuperación a mediados de los ochenta, se había establecido un nuevo nivel, notablemente inferior al del pasado, en torno al cual osciló el salario a lo largo de las dos últimas décadas del siglo. La tasa de desocupación abierta se quintuplicó entre 1975 y 1995 (Encuesta Permanente de Hogares, EPH, de mayo) pasando de 3.7% a 18.6% (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INDEC). Mientras en 1974, 10% de los hogares de mayores ingresos se apropiaba de 27% del ingreso y 30% de familias más pobres participaba con 12.4%, en 1992 el sector de ingreso más alto se apropiaba de 34.8% y los hogares de menores ingresos habían caído a 9% (Beccaria, 1993). Esto evidencia que a lo largo de las dos últimas décadas del siglo XX, se quebró el “empate” dis-

¹⁴ Durante estos cuatro años la economía creció a una tasa anual promedio de 7.5%, observándose una fuerte expansión de la variable consumo dentro de la demanda agregada.

tributivo que había caracterizado a la sociedad argentina desde la irrupción del peronismo. El “empate” argentino claramente se dirimió en favor del capital y de la minoría de más altos ingresos (Acuña, 1995).

Por otra parte, los procesos de cambio estructural afectaron decisivamente el modelo sindical tradicional. La crisis del mercado de trabajo debilitó estructuras sostenidas sobre la base contributiva del salario. El quiebre del modelo de industrialización sustitutiva disminuyó el peso relativo del salario dentro de la demanda interna y, por tanto, perdió viabilidad la estrategia que había legitimado la acción sindical tradicional de presión y negociación para lograr mejoras salariales. Esta ruptura definió el marco general de reconfiguración de la organización político-económica, que también se reflejaría en el proceso de reforma de la seguridad social argentina.

Cabe preguntarse, entonces, por qué la política menemista no llevó hasta el final sus periódicas ofensivas sobre la mediación sindical, y prefirió contener a los sindicatos en los márgenes de su coalición. En parte, el *ala política* del gobierno buscó contrapesar las iniciativas más radicales de los técnicos de Economía cuya realización erosionaría definitivamente las bases de poder de los sindicatos. Los políticos en el gobierno más vinculados a la tradición partidaria reflejaban una configuración de poder que, ya fuera por razones políticas, ideológicas y hasta históricas, se inclinaban a considerar los sindicatos ya no como *columna vertebral* del peronismo, pero al menos como socios políticos menores. Esta *ala política* evitaría los riesgos político-electorales probables de una ruptura total con el sindicalismo.

A través de la “ventana” de esta política, podemos establecer inferencias sobre algunos ambiguos balances entre cambios y continuidades con respecto a la vieja matriz sociopolítica argentina. Pareciera que la fragmentación de

la acción estatal ya no resultara de la capacidad de los actores sociales (al menos de las clases subalternas) para penetrar el Estado y proyectar en su interior los conflictos de la sociedad. Más bien, las disputas en el interior de una política expresaban una creciente autonomización de las elites, reflejando las rupturas con la matriz política del modelo sustitutivo. Ahora, la capacidad de los actores colectivos subalternos para ejercer presión sobre el Estado dependía de la instrumentación política *coyuntural* promovida por algunos de los grupos en que se fragmenta la elite gubernamental, y ya no de la propia capacidad de instrumentación de los aparatos estatales. Pero, como veremos en lo que resta del análisis de la política, los sindicatos, aunque cooptados en alianzas efímeras y cambiantes, lograron atraer o modificar los alcances de la reforma.

Una nueva ofensiva desreguladora

Fortalecido políticamente después de obtener la reelección, el gobierno de Menem lanzaría una nueva ofensiva para abordar "una de las últimas reformas pendientes": la desregulación del sistema de obras sociales. Pero esta nueva ofensiva parecía introducir cambios en el patrón de acción gubernamental en la formulación de esta política. El anuncio se producía el 29 de mayo de 1995 en el marco de una reunión con los sindicatos, en la que se acordarían los términos de la reforma que se instrumentaría. Al igual que con el proyecto lanzado a comienzos de 1992, la iniciativa desreguladora dentro del gobierno fue retomada por el Ministerio de Economía, que desde siempre había sido partidario de la desregulación total del sector, hacia la que debía avanzarse progresivamente hasta permitir la participación de las empresas de medicina prepagada.

El 29 de mayo de 1995 se reunieron representantes de la CGT y del gobierno. En dicha reunión se estableció un

principio de acuerdo entre ambas partes y se anunció un cronograma para la reforma del sistema de obras que comenzaría a operar a partir de enero de 1996. Se introducía el criterio de la libre elección de los trabajadores pero limitando la desregulación, al menos en una primera etapa, al sistema de las obras sociales sindicales. Se establecía un Programa Médico Obligatorio, básico e igualitario para todos los beneficiarios del sistema. La ANSSAL subsidiaría las obras sociales que no pudieran cumplir con el PMO. Pero cuando posteriormente se conoció que el borrador de un acuerdo entre el gobierno y el Banco Mundial incluía una propuesta de reforma del sistema de obras sociales que (según interpretaron los sindicalistas) introducía la competencia dentro del sector con las empresas de medicina prepagada; el Consejo Directivo y la Comisión de Salud de la CGT rechazaron estos términos y anunciaron la postergación de toda negociación hasta que concluyera la reorganización cegetista. El proceso de reforma de las obras sociales había entrado en un *impasse*.

Para fines de julio, el índice de desocupación había alcanzado un nuevo record histórico de 18.6%, complicando de nuevo la agenda política entre gobierno y sindicatos. Como primera respuesta al problema de la desocupación, el gobierno anunció nuevamente la rebaja de las contribuciones patronales en el supuesto de que esta medida favorecería la creación de nuevos empleos.¹⁵ Pero sería rechazada por la CGT, pues con ella nuevamente quedaba amenazado el financiamiento del sistema de obras sociales.¹⁶

¹⁵ La reducción establecida el año anterior había sido modificada en abril de 1995 por recomendación del FMI.

¹⁶ Los sindicatos todavía estaban negociando las compensaciones por reducción de contribuciones que se habían acordado en el año anterior que, según la CGT, alcanzaban a 110 millones (*Clarín*, 04-08-95).

Con posterioridad el gobierno anunciaría nuevas medidas “contra la desocupación” cuyos efectos tenderían a debilitar aún más las estructuras sindicales tradicionales: el Ministerio de Trabajo preparaba una nueva ley sobre comisiones paritarias que impulsaba al máximo la descentralización de la negociación colectiva. La escalada de iniciativas oficiales y rechazos sindicales llegó a su clímax cuando la CGT anunció un nuevo paro general contra el gobierno menemista para el 6 de septiembre. Esta huelga, aunque convocada para protestar contra el desempleo récord, resultaba en igual o mayor medida del creciente malestar sindical, aun entre los sectores más progubernamentales, por el virtual desfinanciamiento de las obras sociales que acarrearía la reducción de las contribuciones patronales. La estrategia de conflicto se articulaba con un discurso que descargaba todo el peso de la responsabilidad por el estallido de la “hiperdesocupación” y de las recientes medidas que erosionaban el poder de los sindicatos en la política llevada adelante por el ministro de Economía, Domingo Cavallo. Este “diagnóstico” de la situación era alentado por el propio sector político del gobierno que, en abierto conflicto con Cavallo,¹⁷ esperaba desplazar hacia los técnicos de Economía el costo político del paro. Al mismo tiempo permitía que los dirigentes de la CGT llamaran a la huelga sin enfrentar globalmente al gobierno, en la perspectiva de un rápido retorno a la negociación.

En este contexto de enfrentamiento entre gobierno y sindicatos se montaría la ofensiva del Consejo Empresario Argentino (CEA) tendiente a impulsar la desregulación total del sistema de salud. Por esos días, el CEA presentó ante

¹⁷ Este conflicto interno gubernamental alcanzó su clímax cuando el ministro de Economía denunció ante el Parlamento la existencia de “mafias” enquistadas en el poder.

Menem una propuesta integral de reforma del sistema de seguridad social que incluía la desregulación total de las obras sociales y la apertura a la competencia con la medicina prepagada. El modelo propuesto se inspiraba en la capitalización privada que ya se aplicaba en el sistema jubilatorio y buscaba la drástica reducción de los costos empresariales.

A dos semanas del paro del 6 de septiembre de 1995, la CGT y el gobierno retornaron al diálogo. En una reunión con Menem la cúpula cegetista obtuvo, a cambio de ratificar su aceptación de la desregulación, una serie de concesiones por parte del gobierno: se atenuaba el efecto de la reducción de aportes patronales sobre el financiamiento de las obras sociales. La contribución patronal sólo disminuiría en un punto, quedando en 5% sobre la nómina salarial. Este cambio implicaba que el sistema de obras sociales recuperaba, según distintos cálculos, de 300 a 400 millones al año de financiamiento. En la misma reunión Menem se comprometió a excluir a las empresas de medicina prepagada de la desregulación de las obras sociales, y a acelerar las compensaciones pendientes por la caída de aportes patronales. Además, la cápita que por afiliado se debía compensar, que en el decreto anterior había sido fijada en 30 pesos/dólar, fue elevada a 40 pesos/dólar. Un nuevo decreto determinó que el Programa Médico Obligatorio (PMO) sería definido por una comisión en la que podría participar la CGT. Además, la elaboración del listado de prestaciones básicas sería competencia de la Secretaría de Salud, lo que mediatizaría la influencia de los ministerios de Economía y Trabajo.

Para Menem, quien en la coyuntura abandonó su papel de árbitro y se alineó claramente con los políticos, el acuerdo sirvió para ratificar su autoridad política dentro del gobierno, en parte erosionada por el conflicto con Cavallo y la permanente competencia entre ambos por la "paternidad" de la transformación económica. Al recurrir al conflicto, para luego sentarse a la mesa de negociación, la CGT había obte-

nido cierta ventaja política. El intento de influenciar la política oficial mediante el establecimiento de alianzas tácticas con el sector político del gobierno sería un recurso del que se valdría la CGT en nuevas oportunidades, aunque sin concitar unanimidad dentro de las propias filas sindicales. Hacia fines del mismo año 1995, la posición "ultra-dialoguista" de Gerardo Martínez, secretario general de la CGT, comenzaría a ser cuestionada por otros dirigentes que entendían que la predisposición al diálogo no desactivaba, como demostraban diversos rumores recogidos por la prensa, los planes oficiales de impulsar una mayor descentralización de la negociación colectiva. Lo que comenzó a alterarse a partir de entonces, y se profundizó durante el año 1996, era la lógica del *quid pro quo* que había caracterizado la relación entre gobierno y sindicatos a lo largo del procesos de la política de obras sociales, y en general de la reforma laboral. Las obras sociales fueron la "moneda de cambio" (Alonso, 1996) que los sindicatos "recibían" por apoyar otras iniciativas. Pero la ofensiva estatal contra el sistema centralizado de negociación colectiva, base fundamental del poder sindical, imponía a los sindicatos un costo potencial todavía mayor que la pérdida de las obras sociales y creó, para los sindicatos, un nuevo dilema estratégico.

El año 1995 significó cambios de diversa índole que fueron acotando los márgenes de maniobra oficial para utilizar las obras sociales como compensación en la relación con los sindicatos. En este sentido, el involucramiento del Banco Mundial en el análisis y diseño de esta política contribuyó a la aceleración del proceso. Comenzaron a definirse algunos de sus aspectos indispensables, tales como el establecimiento del PMO (que era una demanda sindical pero también una propuesta del Banco), y a pautarse las etapas y los modos de la reconversión y del saneamiento financiero de las entidades, para lo cual el organismo internacional otorgaría un préstamo. De hecho, la reforma del sistema de salud quedó

explícitamente incorporada a la agenda de la relación entre el gobierno y los organismos financieros internacionales.¹⁸

La CGT exigió que en la carta de intención que debía firmarse con el Banco Mundial quedara claramente descartada la inclusión de las prepagadas, y propuso que la reconversión se financiara con fondos de la ANSSAL, lo que evitaba tener que aceptar la condicionalidad del préstamo internacional a una desregulación total del sistema, solución promovida por el Ministerio de Economía. Por eso los sindicatos consideraron ventajoso que el proceso de la reforma quedara dentro de la competencia del Ministerio de Salud, cercano al ala política del gobierno y enfrentado al tandem Economía-Trabajo. El conflicto interno gubernamental ofrecía otro “punto de entrada” que permitiría a los sindicatos ejercer influencia, y serviría para politizar a un ministerio que en la vieja matriz se había caracterizado por tener un carácter técnico y escaso poder político (Belmartino y Bloch, 1991). Esta arena de política, junto con los recursos que ofrecía la coyuntura, permitió a los sindicatos atenuar algunos cambios estructurales de la matriz política, como la “pérdida” de la “pertenencia” sindical del Ministerio de Trabajo en el cual se había ubicado tradicionalmente el sistema de obras sociales. La capacidad de cabildeo, aunque

¹⁸ En el acuerdo firmado con el Fondo Monetario Internacional en septiembre de 1995, el Estado argentino asumió el compromiso de continuar con las reformas pendientes, entre las que se hacía especial mención a la reforma laboral y de obras sociales. En este último caso, según el organismo internacional, la reforma debía tender hacia la incorporación de las empresas de medicina prepagada a partir de 1998 (*Clarín*, 17-11-96). Durante la gira presidencial a Estados Unidos en diciembre de 1996, directivos del Banco Mundial expresaron preocupación por la demora en la ejecución de algunos programas que contaban con financiamiento del organismo, entre los que se encontraban el de la reconversión de las obras sociales (*Clarín*, 7-12-96).

ya no la presencia directa en el Estado, era desplazada ahora hacia el Ministerio de Salud.

El otro factor que comenzó a gravitar fuertemente, y que limitaría la posibilidad de compromisos entre Estado y sindicatos en torno a las obras sociales, fue la irrupción de un nuevo y poderoso actor económico: el capital financiero asegurador que, en una lógica expansiva, estaba presionando para la conformación de un meganegocio que articulara fondos de pensión, aseguradoras de riesgos laborales y obras sociales.^{19, 20}

El principal factor que comenzaba a introducir crecientes tensiones en la coalición menemista era el cambio en las condiciones macroeconómicas: a partir del segundo trimestre de 1995 se instaló una fuerte recesión, una de cuyas consecuencias fue llevar el índice de desocupación a su récord histórico. Lo que comenzaba a agotarse, y se acentuaría durante 1996, era la posibilidad de interpelar a los mercados y al electorado con los mismos instrumentos y discursos.

Acumulación-legitimación y la simplificación de la política

Podría decirse que la gestión menemista, por lo menos hasta 1995, se había beneficiado de una doble simplificación de la política. El "decisionismo" inicial, justificado en las con-

¹⁹ Entrevistas a Laura Lima Quintana y Aldo Neri.

²⁰ Uno de los casos más notorios de irrupción de este nuevo actor fue la compra de las empresas de medicina prepagada Galeno, Versalio, Salud y el sanatorio Trinidad por parte del grupo Exxel. También mostrarían interés por invertir en el mercado argentino la firma brasileña Amil, además de otras chilenas, mientras que capitales de origen europeo comprarían la clínica suizo-argentina y la empresa de medicina prepagada CIM (*Fondos*, 27, octubre 1995).

diciones de la emergencia económica, había simplificado significativamente los procedimientos de la política. El “círculo virtuoso” que se había abierto a partir de 1991 entre estabilidad, alto crecimiento con base en la expansión del consumo y sólida posición fiscal, propiciaba para la gestión gubernamental una notable simplificación de la política: se podía apelar exitosamente al apoyo popular con los mismos instrumentos y discursos con que se lanzaban señales a los mercados.

La política de privatizaciones iba a lograr una virtual “fusión” de las funciones de acumulación y legitimación, al simplificar los recursos estratégicos disponibles. Permitiría operar sobre el frente fiscal con la venta de las empresas públicas que facilitaría el logro del equilibrio financiero del Estado. Pero además, emitía la más clara señal política hacia el *establishment* de que el compromiso del gobierno con las nuevas reglas de juego era irreversible y abriría un vasto frente para los negocios privados. Los acreedores externos canjearían títulos de deuda por activos estatales y los grandes grupos locales compensarían la pérdida de los anteriores subsidios estatales a cambio de participar como socios principales de muchas de las empresas ahora privatizadas. La transferencia de los activos estatales no sólo permitía un acuerdo estratégico entre acreedores externos y grupos económicos nacionales (Portantiero, 1995) sino que también permitía obtener el apoyo sindical a la privatización, mediante los programas de Propiedad Participada, fragmentar resistencias a la política oficial global, y ofrecer incentivos para la conformación de un nuevo actor sindical proclive a constituir “unidades de negocios”.

La estabilidad económica, que sin duda significaba el logro de condiciones más favorables para el proceso de acumulación, ofrecería altísimos rendimientos en términos de legitimidad política frente a una sociedad todavía amenazada por los efectos devastadores de la hiperinflación reciente.

Las altas tasas de crecimiento del periodo 1991-1994, sostenidas por una notable entrada de capitales externos atraídos en parte por las nuevas reglas de juego, promoverían una gran expansión del consumo.

Quizás la causa más estructural que explica la demora para poner en marcha la reforma del sistema de obras sociales se haya debido a que en esta arena no podía producirse el juego de suma positiva que había caracterizado a otras reformas. La lógica de la coalición menemista no podía "propagarse" globalmente hacia este escenario, excepto como espacio en que se redefinía la relación entre Estado y sindicatos. Además de los programas de Propiedad Participada, como ya hemos visto, también se abrían espacios para resolver simultáneamente acumulación y legitimación en las otras reformas de los sistemas de seguridad social. Cuando el proyecto oficial de reforma previsional,²¹ una de las reformas cruciales para ganar el favor de los mercados, incluyó la posibilidad de que los sindicatos pudieran formar AFJP (Asociaciones de Fondos de Jubilación y Pensión) se allanó el camino para lograr el apoyo sindical a esta ley. Así ocurrió también con la reforma del sistema de accidentes de trabajo cuando se permitió que los sindicatos conformaran Aseguradoras de Riesgos Laborales (ART), y el gobierno arbitró así un equilibrio entre el empresariado en general y el sector asegurador. En cambio, el sistema de obras sociales constituía en bloque la concesión a los sindicatos que permitió mantenerlos en los márgenes de la coalición menemista. Aquí no había posibilidad de abrir un espacio para la realización simultánea de intereses. El juego entre acumulación y legitimación era de suma cero: abrir un espacio para los negocios privados implicaba terminar con el control sindical del sistema.²²

²¹ Véase el capítulo siguiente.

²² Debe agregarse que no menos importantes entre las causas que debilitaron el ímpetu reformador gubernamental en esta área fueron los

Las tensiones en torno a esta reforma comenzaron a agravarse a partir del nuevo cuadro económico recesivo que empezó a manifestarse en 1995, y se profundizó a lo largo del año siguiente. El nuevo clima de emergencia económica implicó el regreso al recurso del decisionismo inicial, al vertiginoso y descuidado diseño de nuevas privatizaciones y a diversas improvisaciones y contramarchas en la formulación de varias medidas (Torre y Gerchunoff, 1996) que, como vimos, se manifestó mediante la rebaja de los aportes patronales.

La cuenta regresiva de la desregulación ¿o el mito del eterno retorno?

A comienzos de 1996 la CGT anunció un nuevo paro general para el 26 de marzo en protesta contra el alto desempleo y en rechazo a la desregulación de las obras sociales. El lanzamiento de la medida no era más que un elemento de presión para abrir un nuevo espacio de negociación con el gobierno. La convocatoria al paro —que finalmente no habría de cumplirse— fue acompañada por la propuesta cegetista de crear un Consejo Económico y Social en el marco del cual se alcanzaría un acuerdo social entre capital y trabajo. La CGT propuso también que dicha iniciativa se convirtiera en proyecto de ley. El Consejo tendría facultades consultativas obligatorias en la definición de la política presupuestaria vinculada a empleo, seguridad social y otras políticas sociales, y podría elaborar proyectos de ley o de

riesgos inherentes a una reforma del sistema de salud. A diferencia de la reforma previsional, cuyos resultados últimos podrán evaluarse en décadas, el colapso del sistema de salud, a causa del hipotético fracaso de su reformulación, podía tener altos costos inmediatos en términos de legitimidad política.

cretos por sí mismo o a solicitud del poder ejecutivo (*Clarín*, 15-03-96).

El 21 de marzo se lanzó el Consejo tripartito que reunía, dentro de la órbita del jefe de Gabinete, a la CGT, la UIA y al gobierno. Para lograr el acuerdo del empresariado, el gobierno debió garantizar que la propuesta cegetista de imponer una *tregua social*, consistente en evitar despidos durante seis meses tanto en el sector privado como en el estatal, no sería aceptada, y que no se pondría a discusión la política económica.

La CGT se consideró satisfecha y levantó la amenaza de paro. La cúpula cegetista pareció valorar más el recorte del poder de Cavallo y del ministro de Trabajo, que probablemente iba a mejorar la relación de fuerzas en futuras negociaciones, que la escasa satisfacción de sus demandas concretas. Por supuesto, esta posición fue criticada por el sindicalismo opositor: el Movimiento de Trabajadores Argentinos y la Central de los Trabajadores Argentinos siguieron sosteniendo la necesidad impostergable de un paro.

A comienzos de junio se produjeron novedades sobre la marcha de la política de obras sociales. El gobierno dio a conocer el contenido del Programa Médico Obligatorio (PMO) que todas las entidades estarían obligadas a ofrecer como cobertura mínima a sus afiliados. Las obras sociales que no pudieran garantizar el PMO estarían obligadas a fusionarse con otras, al igual que las que tuvieran menos de diez mil afiliados. Se fijaba en 180 días el plazo para que las obras sociales comenzaran a ofrecer el PMO.

Aunque Raúl Amín, secretario de Acción Social de la CGT reconoció que el nivel de las prestaciones en el PMO era alto, los sindicatos volvieron a rechazar el préstamo del Banco Mundial destinado a financiar el programa de reconversión de las obras sociales. La CGT consideraba que la ayuda financiera del organismo internacional estaba condicionada a la incorporación de las entidades de medicina prepagada

a la competencia dentro del sistema. Además, volverían a exigir que el programa de reconversión se financiara con recursos de la ANSSAL (*La Nación*, 07-06-96). No obstante, la posición de los sindicatos con respecto al préstamo del Banco Mundial se fue fragmentando progresivamente, pues la difícil situación financiera de algunas entidades las indujo a finalmente aceptar el crédito para su reconversión.

El Programa Médico Obligatorio estableció el “piso solidario” del sistema. Sin embargo, una vez más, el modo de encarar el problema de la equidad pareció ser un subproducto de cómo se resolvía el problema de la eficiencia y su “única solución posible”: la libre elección. Fijar un estándar de prestaciones médico asistenciales para todo el sistema era un paso necesario para que pudiera darse el libre desplazamiento de beneficiarios entre las distintas obras sociales. Además el establecimiento del PMO serviría para reducir el número de obras sociales, por la obligación de aquellas que estuvieran por debajo de la prestación mínima de fusionarse con otras.

Si la desregulación finalmente abarcaría a las empresas de medicina prepagada podría desvirtuarse el esquema de solidaridad propio del seguro social. Las empresas de medicina prepagada lograrían captar a los asalariados con mayor nivel de ingreso, con lo cual los aportes más altos serían “sacados” del sistema y se quebraría la lógica redistributiva que describimos anteriormente. Un requisito indispensable para evitar estos riesgos era contar con gran capacidad de control y regulación pública, atributos que no eran propios del Estado argentino. El modelo de reforma que prevaleció tendió a atar el acceso a la salud a la capacidad adquisitiva individual. Aunque la puesta en marcha del programa obligatorio lograra garantizar un “piso” solidario, por arriba de éste tendería a fragmentarse una amplia estratificación atada a la capacidad de pago individual. De este modo, el seguro de salud no tendería más que

a reflejar antes que corregir las desigualdades originadas en la estructura social.²³

*La nueva emergencia económica
y la "refundación" menemista*

A mediados de julio de 1996 la irrupción de una crisis fiscal que ya no podía disimularse indujo el gobierno a emitir decretos de necesidad y urgencia que eliminaran los subsidios familiares a salarios por arriba de mil pesos y los mantuvieran en forma parcial para salarios mayores de \$500. Además, se derogaron las exenciones impositivas sobre los vales de comida (que constituían en los hechos una parte del salario). El objetivo de la medida era cerrar la brecha fiscal. La coyuntura que se abrió a partir de estas medidas constituye probablemente el momento de mayor fragilidad de la coalición menemista. La CGT pasó claramente al enfrentamiento, al decidir un paro general para el 8 de agosto en repudio a los recortes, y al anunciar el abandono del Consejo del Trabajo y el Empleo. También complicó al frente político gobiernista, despertó reticencias para apoyar las medidas dentro del Partido Justicialista y entre los legisladores oficialistas.

Por esa misma época se produjo la renuncia de Cavallo. El presidente se había recostado en el ala política para operar el desplazamiento de Cavallo, pero el nombramiento de Roque Fernández, hasta entonces presidente del Banco Central y con un perfil de economista todavía más ortodoxo, ratificaría inmediatamente que el cambio de ministro no implicaba ningún cambio de política económica.

En circunstancias que reproducían, aunque sin la misma intensidad de la hora inicial, una nueva *emergencia eco-*

²³ Entrevista a Aldo Neri.

nómica, el gobierno, presionado por la oposición sindical y rodeado por el reticente apoyo del propio partido, retornó a la sobreactuación de las señales hacia los mercados y a la amenaza decisionista. El día 30 de agosto, ante más de 300 empresarios durante la reunión anual de la Unión Industrial Argentina (UIA), el presidente Menem anunció el compromiso de promover la descentralización de la negociación colectiva en el nivel de empresa, la sustitución de la indemnización por despido por un fondo de capitalización individual y un nuevo régimen de relaciones laborales que facilitaría la movilidad de los trabajadores dentro de las empresas. Junto a este catálogo de medidas conducentes a la profundización de la flexibilización laboral, Menem se comprometió a estructurar la desregulación de las obras sociales mediante la libre elección del beneficiario. El presidente también advirtió que de no conseguir el apoyo parlamentario sancionaría por decreto de necesidad y urgencia las medidas anunciadas.

Ante la progresiva erosión de la coalición de apoyo al gobierno se imponía una “refundación” del menemismo que reactualizara la alianza con el gran empresariado, pero sin espacio ya para elegir las *señales* más funcionales para el mantenimiento de la lógica de la coalición. Menem encontraba en la profundización de la flexibilización laboral el símbolo del reforzamiento de la alianza con el *establishment*. Las obras sociales, que también constituían una arena en la que el gobierno había perdido autonomía, ya no podían ser objeto de una estrategia política de palo y zanahoria frente a los sindicatos, pues la ofensiva a fondo sobre la negociación colectiva centralizada les imponía un costo difícilmente compensable. Mantener estas condiciones de máxima “devaluación” de la habitual *moneda de cambio* entre gobierno y sindicatos significaba el riesgo de dejar a ambos actores con escasos recursos estratégicos para establecer algún tipo de acuerdo en torno a la flexibilización, a la vez

que incrementaría la tensión dentro de la coalición menemista. Tras los anuncios flexibilizadores, y reiterando una estrategia que había comprobado ser eficaz anteriormente, el gobierno, convertido en un "cruzado" de la flexibilización laboral, presionó con las obras sociales a los sindicatos que enfrentaban ahora una reformulada estructura de costos y beneficios. A partir de entonces el embate antisindical osciló entre otorgar concesiones simultáneas sobre flexibilización y obras sociales para desbloquear la reforma o, dados los estrechos márgenes para negociar que la propia ofensiva gubernamental brindaba, decidirse por llevar hasta el final el doble ataque sobre la negociación colectiva centralizada y el sistema de obras sociales.

Ante la imposibilidad de acelerar el trámite de su proyecto en el parlamento, al gobierno sólo le quedaba reabrir un espacio de negociación con la CGT. Hacia finales de octubre de 1996 el sector político del gobierno, a instancias del propio Menem, recorrió nuevamente el itinerario de la negociación con los sindicatos. En la negociación con la CGT el gobierno declaró no negociable la descentralización de la negociación salarial en el nivel de la empresa pero cedió sobre transferir hacia las comisiones de base la capacidad de firmar acuerdos con las empresas. Además aceptó demorar transitoriamente la desregulación de las obras sociales; a la vez que reiteró la amenaza de instrumentar la flexibilización por decreto si no se llegaba a un acuerdo con la CGT, y si el parlamento no aprobaba la reforma laboral antes del fin de año. La principal debilidad política del gobierno en esta negociación estribó precisamente en que sus amenazas de emitir decretos ya no resultaban creíbles para sus interlocutores. Pero al final de cuentas, lo inverosímil resultó real cuando el gobierno recurrió al decreto para llevar a cabo parte de la reforma laboral. Los decretos en cuestión implicaban la derogación del principio de ultraactividad y erosionaban el poder de representación de los sindicatos

al habilitar a comisiones de base y delegados de fábrica para firmar convenios con las empresas y ratificar el cronograma previsto para la desregulación de las obras sociales: a partir del 1 de enero de 1997 se instrumentaría la libre elección.²⁴ En aquel momento se alcanzó el punto más alto de la ofensiva antisindical durante el menemismo.²⁵

ACTORES, ESCENARIOS Y *CORRIENTES DE POLÍTICAS* EN EL PROCESO DE REFORMA

Como lo ha mostrado el análisis que precede, los únicos actores involucrados en la reforma del seguro social de salud fueron, hasta el momento, el gobierno y los sindicatos. En la etapa que se abrió cuando el gobierno hizo cambios significativos en esta reforma, el empresariado, tanto del sector salud como fuera de éste, incorporó la reforma en su agenda de demandas al poder político. A esto se sumó la creciente importancia que los organismos financieros internacionales, especialmente el Banco Mundial, fueron otorgando a su recomendación al gobierno argentino de instrumentar una reforma del sistema de salud. El empresariado de los sectores ajenos a la salud percibía en la reforma del sistema de obras sociales la posibilidad de disminuir sus costos laborales. Obviamente, el debilitamiento del poder sindical resul-

²⁴ El principio de ultraactividad establece la vigencia indefinida de las convenciones colectivas de trabajo (acuerdo obrero patronal por rama de actividad) hasta tanto no se llegue a un nuevo acuerdo entre empresarios y sindicatos para firmar otro contrato colectivo.

²⁵ En respuesta a estos decretos, la CGT convocó a un nuevo paro. A principios de enero, dos jueces declararon la inconstitucionalidad de los decretos. Al mismo tiempo que apeló las decisiones judiciales, el gobierno se vio entonces obligado a reabrir la negociación con los sindicatos, intentando restablecer un nuevo marco de concertación que incluyera a los empresarios y permitiera aprobar la reforma laboral por la vía parlamentaria.

taba funcional para la realización de estos objetivos. Por otra parte, el sector privado vinculado al sistema de salud (empresas de medicina prepagada y aseguradoras) buscaba competir por el aporte obligatorio al sistema que sólo podía ser captado por las obras sociales. El desarrollo del sector de seguros privados había encontrado un techo en los últimos años, por lo que su expansión requería la apertura de nuevos mercados. La irrupción del capital financiero asegurador de origen extranjero en el mercado de seguros privados volvió esta lógica expansiva más relevante, tanto económica como políticamente, a la vez que definió un clivaje dentro del sector empresarial con las empresas de medicina prepagada ya instaladas en ese ámbito.

A lo largo del desarrollo de la política de obras sociales la lógica de la coalición sociopolítica menemista se proyectó sobre la acción gubernamental, dividiéndola entre un sector técnico y un sector político, cada uno de los cuales desarrolló articulaciones con actores sociales. Sin necesidad de constituir alianzas políticas efectivas, conscientes o estables, y pudiendo resultar tan sólo de la convergencia objetiva entre orientaciones, estas articulaciones definieron distintas *corrientes de políticas* (Fox, 1993). Con riesgo de cierto esquematismo, podríamos definir en el espacio de esta política, primero una corriente *neoliberal* interesada ante todo en vincular la reforma del sistema de salud a la lógica de variables macroeconómicas como el equilibrio fiscal y la disminución de los costos laborales. Según esta perspectiva, la solución a los problemas del sistema de salud era transferir hacia el gasto privado la responsabilidad por el financiamiento de la salud, y promover mayor protagonismo del mercado, tanto en la regulación del sistema como en la prestación de servicios (González García y Tobar, 1997). Esta corriente de política abogaba por reconvertir el sistema de obras sociales hacia la lógica del modelo de seguros privados y por abrir la competencia a las empresas de medicina

prepagada. En un modelo de este tipo, el acceso a la salud pasaría a depender fundamentalmente de la capacidad adquisitiva individual, tendiendo a desaparecer los mecanismos de solidaridad colectiva. Estados Unidos y Chile son el modelo que sigue esta orientación de política hacia la que convergieron el ala tecnocrática del gobierno y los intereses del empresariado.

La segunda corriente de política que se pudo observar, resultado de la articulación entre el ala política del gobierno y los sindicatos, se caracterizó no tanto por sostener un proyecto de reforma alternativo sino por limitar el alcance de la desregulación que la corriente neoliberal había colocado en la agenda pública. En un esfuerzo por adaptarse a las nuevas condiciones estructurales, algunos de los sindicatos argentinos más poderosos intentaban convertirse en una suerte de empresas de servicios. De ahí su afinidad electiva por el principio de desregulación parcial que podría garantizarles el control de las obras sociales.

A los sindicalistas no se les escapaba que dentro de la propia dinámica que introduce la competencia, difícilmente podía excluirse *sine die* a las empresas de medicina privada. Además, si la desregulación se limitara al universo sindical, una de las consecuencias más significativas sería la introducción de ganadores y perdedores entre los propios sindicatos. Los grandes sindicatos estarían en condiciones de absorber a una gran masa de afiliación, con lo cual los más débiles perderían una importante base organizacional. Esto volvía conflictivo explicitar estrategias en esa dirección dentro del propio frente sindical.²⁶

²⁶ A comienzos de 1996, casi un centenar de sindicatos publicó una declaración en un periódico acusando a la Federación de Empleados de Comercio de querer apropiarse de sus obras sociales, y solicitando que su secretario general fuera sancionado por la CGT. En rigor, la disputa era por el encuadramiento sindical de trabajadores de diversas actividades.

Los sindicatos percibían, además, que un proceso de libre afiliación podría llevar a una brusca y masiva migración de beneficiarios hacia las obras sociales con mejor funcionamiento. Si los afiliados más inclinados a cambiar de obra social fueran aquellos con más bajo nivel de aporte y, probablemente, con mayor tasa de utilización de los servicios, entonces, esto podría amenazar el equilibrio financiero aun de las obras sociales más poderosas. Por ello, la opción estratégica de los sindicatos más poderosos ante esta política no dejaría de oscilar entre apoyar la desregulación parcial del sistema, sea en forma oficiosa o explícitamente, y rechazar cualquier tipo de desregulación de las obras sociales.

El principal peso político de esta corriente se definía más en el espacio de la relación Estado-sindicatos que en el ámbito del sistema de salud. El alcance limitado de la desregulación garantizaba que los sindicatos pudieran mantener el control sobre un importante recurso organizacional y financiero (Alonso, 1996). El triunfo de esta corriente implicaba también mantener la continuidad histórica del sistema, dado que el acceso a los beneficios seguiría siendo mediado por la pertenencia laboral y sindical, pero también dejaría sin resolver el problema de la universalización de la cobertura.

Pero indicaba también una probable tendencia futura de concentración sindical vinculada a los cambios en el seguro de salud: se daba en ese caso por la pretensión de la obra social del sindicato de comercio de captar la cotización de trabajadores que otros sindicatos reivindicaban como propia. Armando Cavalieri, secretario general de la Obra Social de Empleados de Comercio (OSECAC), luego de negar la acusación, no hizo más que reconocer el verdadero trasfondo de la cuestión: "Lo que pasa es que tienen miedo de que, con la desregulación del sistema de salud, la obra social de comercio absorba a otras porque saben que la OSECAC brinda servicios a lo largo y ancho del país" (12, 30-01-96).

Podría definirse una tercera corriente, llamémosla neosanitarista; sin embargo, tuvo escasa visibilidad en el desarrollo de esta política, por constituir más una corriente de opinión que de política, y por no haber contado con apoyos fuertes entre los principales actores sociales. Pero por su relación con figuras con trayectoria política destacada en el ámbito de la salud, y por su conformación en equipos técnicos, tenía potencial para alcanzar una posición entre las fuerzas políticas mayoritarias y ocupar posiciones de poder en el futuro. Esta corriente era representada por algunos dirigentes políticos expertos en la gestión y la investigación del sistema de salud, tales como Aldo Neri, ex ministro de Salud y Acción Social durante el gobierno de Alfonsín, o Ginés González García, quien fuera ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires durante la gubernatura justicialista de Antonio Cafiero (1987-1991) y presidente durante algunos años de la *Fundación Isalud* que desarrolla acciones de investigación, consultoría y docencia en la temática de la salud.²⁷ Esta corriente asumía la imposibilidad de reconstruir la función exclusiva del sector público en salud según el viejo paradigma sanitarista. Sin embargo, consideraba posible la efectiva universalización de la cobertura con el actual nivel de financiamiento solidario mediante la unificación de los aportes de la seguridad social y del sector público (González García y Tobar, 1997). Para garantizar equidad en el acceso a la cobertura y ejercer un control efectivo sobre el gasto, era necesario, según los integrantes de esta corriente, fortalecer la capacidad regulatoria del Estado en el ámbito de las acciones de la salud. Proponían, además, una reforma global del sistema de salud con una fuerte articulación y coordinación entre sus subsectores; a

²⁷ Desde 2002 Ginés González García es ministro de Salud de la nación.

la vez aceptaban la introducción de la competencia tanto entre prestadores como prestatarios. Estos últimos competirían por las cápitás establecidas para financiar un paquete común y universal de prestaciones. Mientras que para el sistema de prestación de servicios proponían definir un *mix* público-privado, estaban también en favor de crear entidades que integraran las funciones de financiamiento y prestación, a efectos de evitar los costos de una excesiva intermediación.²⁸

La principal incógnita sobre esta corriente es su real capacidad de movilizar suficiente apoyo político y social para emprender una reforma de gran alcance. Aun en el caso de lograr un apoyo unificado dentro de los principales partidos, quedaría por ver si logra conquistar apoyo, o al menos neutralizar el posible veto de los actores sociales principales, con el fin de evitar una reedición de los conflictos y bloqueos que enfrentó el proyecto del Seguro Nacional de Salud durante los años ochenta. La búsqueda de compatibilidad con algunos aspectos de la segunda corriente de política en lo que permita garantizar la continuidad del control sindical sobre el subsector de seguridad social podría hacer viable políticamente una posible reforma emprendida por el neosanitarismo.

Los ámbitos del debate sobre la reforma

La discusión sobre la política de reforma del seguro social de salud se mantuvo casi exclusivamente en el espacio de la relación entre Estado y sindicatos, caracterizado por los constantes juegos de negociaciones y fuertes presiones entre los actores dentro de un paquete que incluiría el sistema de obras sociales, el modelo de negociación colectiva, el nuevo

²⁸ Entrevista a Aldo Neri.

régimen previsional y hasta la reelección presidencial. Aun así, el elemento disparador para enfocar la discusión en el sistema de salud fue otra caja de resonancia de intereses sectoriales, sobre todo desde la perspectiva del empresariado. Nos referimos a la reunión, ya aludida en el texto, convocada por la Asociación de Bancos Argentinos en agosto de 1991, donde fue presentado el proyecto de reforma de la liberal Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas. Cabe destacar también que el parlamento tuvo muy escasa participación, a excepción de un proyecto presentado por el diputado radical De la Rúa a comienzos de 1992. Además de esta escasa participación parlamentaria y de la más protagónica del sector corporativo, se abrieron otros espacios de discusión sobre esta reforma. En una lista no necesariamente exhaustiva podríamos citar una serie de acontecimientos llevados a cabo durante estos años y convocados por distintas instituciones no gubernamentales, aunque no siempre limitados al ámbito del seguro social de salud. La realización de éstos pareció radicar sobre todo en estrategias para ganar visibilidad pública para actores no directamente vinculados a la corriente principal de negociación y formulación de esta política. Por ejemplo, la Fundación Isalud realizó en 1994 y 1996 el primero y el segundo *Encuentro Nacional de Hospitales* respectivamente. Entre 1992 y 1996 se realizaron cinco *Jornadas Internacionales de Economía de la Salud*, organizadas por la Asociación de Economía de la Salud, con sede en la propia Fundación Isalud. En 1995 se realizó con el copatrocinio de la misma Fundación un Foro Latinoamericano de Políticas Sociales que incluyó la discusión sobre la reforma del sistema de salud como uno de sus principales puntos.

Además, en cada uno de los años que estamos analizando se realizó la feria convocada por la Cámara Argentina de Empresas de Salud, en el marco de la cual se efectuaron diversos debates sobre la situación del sistema y la posible

reforma. Entre 1994 y 1997 fueron organizados tres foros sobre las tendencias en salud en el marco de la seguridad social por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, el Centro Regional Buenos Aires, y entre 1992 y 1995 la misma organizó cuatro foros sobre medicamentos en el marco de la seguridad social. Finalmente, la misma organizó en 1997 el Foro sobre la instrumentación y el impacto de las nuevas coberturas en el Sistema de Salud de la Seguridad Social.

EL ESTILO DE GESTIÓN ESTATAL DURANTE ESTE PROCESO POLÍTICO

Durante la primera fase de esta política, cuando se lanzaron los dos primeros proyectos oficiales (años 1992 y 1993), fue posible observar claras analogías con el estilo de acción estatal que había caracterizado la primera oleada de reformas por parte del gobierno de Menem. Era un estilo que llamaremos "estrategia hobbesiana" de relación vertical entre Estado y sociedad,²⁹ originada en las urgencias de la crisis, que no sólo desconfiaba de la capacidad de los actores sociales para alcanzar acuerdos por sí mismos, sino consideraba que la concertación de políticas con los sectores involucrados haría perder coherencia a las políticas públicas. Este "decisionismo tecnocrático" obtuvo ventaja política decisiva de las condiciones de emergencia económica, pero, al mismo tiempo, encontró en ellas un límite, especialmente cuando buscó expandirse hacia otras áreas. En el área específica de la política que analizamos, la estrategia hobbesiana no tuvo la misma eficacia que la mostrada en las reformas económicas estructurales: fue apenas en enero

²⁹ Tomamos esta denominación de Acuña, Golbert *et al.* (1986) y Acuña (1992).

de 1997 cuando comenzó a instrumentarse la desregulación de las obras sociales decretada en 1993.

La propensión decisionista creó una autopercepción de omnipotencia en la acción estatal y, atendiendo sólo al cálculo racional de eficiencia técnica o económica, se descuidó el análisis de factibilidad política como parte constitutiva de las políticas (Aguilar Villanueva, 1992). Cuando están en juego reformas que representan prestaciones concretas o afectan derechos adquiridos de la población, como las referidas a la seguridad social, tal vez la estrategia política más adecuada sea la de lanzarse a la "conquista" de la opinión pública. Sin embargo, el virtual secreto con que se elaboran los planes, el control asimétrico de la información, la escasa o nula concertación con los actores involucrados, el alto grado de incertidumbre en que se les mantuvo sobre las decisiones finales, así como el vertiginoso ritmo que se busca imprimir a la política, forman parte de un estilo de gestión trasplantado forzosamente del ámbito económico e inadecuado para hacer viables reformas como las de la seguridad social, ámbito en el cual son afectados recursos de poder considerados altamente valiosos por los actores involucrados.

El proyecto de la CUPAM, cuyo diseño constituyó un auténtico modelo de gabinete, representaba un esquema de fuerte redistribución de los trabajadores de más altos ingresos a los de menores ingresos, pues todos los beneficiarios gozarían de un mismo poder adquisitivo independientemente de su nivel de aporte. Este esquema no podía encontrar respaldo entre los afiliados a las obras sociales de personal de dirección, ni tampoco entre las obras sociales sindicales que por estar ubicadas en sectores con salario medio alto o beneficiarse de aportes especiales tendrían que ser uno de los segmentos subsidiadores. Según ciertos cálculos (Cetrángolo *et al.*, 1992), el peso de este esquema redistributivo hubiera recaído en aproximadamente 11% de la población afiliada al sistema de obras sociales. Lo para-

dójico del estilo de gestión tecnocrático es que, si el secreto con que se elaboran los planes y la sorpresa con que se lanzan las reformas (calculados para prevenir el seguro veto de "grupos minoritarios pero poderosos"), terminan sirviendo todavía más para privar a los promotores de estas políticas de la posibilidad de movilizar en su apoyo amplios consensos potenciales: en el ejemplo en cuestión, a 89% de la población beneficiaria.³⁰ El estilo tecnocrático de gestión, que hace del aislamiento con respecto a los actores sociales su principal virtud, tal vez opere, dados los objetivos de ciertas reformas, como conveniente prerrequisito para la formación de la decisión, pero no puede garantizar la efectiva implementación (Fox, 1992). Como hemos visto, durante el desarrollo de la política, fue la impronta decretista la que instaló la cuestión en la agenda pública y delimitó el campo de las alternativas posibles, pero la posibilidad de lograr avances en la implementación dependió claramente de la lógica de la coalición sociopolítica del gobierno de Menem.

Los recursos disputados en la arena de política que analizamos se constituyeron, inclusive desde antes de 1991, en "pagos compensatorios" que permitían compensar los costos de otras reformas. Pero fueron las condiciones de recuperación económica abiertas en el periodo 1991-1992 las que, además de ampliar el volumen y el alcance de la estrategia de pagos compensatorios, permitieron ofrecer nuevos horizontes para la realización de intereses sociales, e incluso promover la constitución de nuevos actores en el ámbito sindical.

La política que analizamos constituyó una arena en la cual se manifestó la propensión a buscar ciertos acuerdos

³⁰ El sentido del ejemplo es más que nada ilustrativo, confirmando que el diseño de la CUPAM buscaba sobre todo simplificar la ecuación financiera del sistema, siendo su efecto redistributivo un mero subproducto.

entre los políticos y los sindicatos del propio partido, pero sobre todo de aquellas organizaciones que, a lo largo de esta política demorada, y paralelamente a otras, fueron descubriendo incentivos para la constitución de un sindicalismo con "estrategias empresariales". Sin duda, fueron las políticas de privatizaciones y de reforma previsional las que ofrecieron los primeros incentivos para esta nueva estrategia sindical. Empero, los sindicatos más poderosos percibieron que en el "mercado" de las obras sociales podían ejercer control hegemónico, mientras que en los otros sectores su cuota del mercado es claramente marginal.³¹ De ahí la afinidad electiva entre los intereses de estas organizaciones y el criterio de desregulación parcial del sistema de obras sociales que introdujera por primera vez el decreto 9/93, cuya concepción se debió a la entonces ala política del gobierno.

Esta convergencia entre el ala política y los sindicatos ocasionó, en determinadas fases del proceso de esta política, cierta fragmentación en la acción gubernamental. Así ocurrió desde que se lanzó el decreto 9/93, cuando los ministerios de Salud y Trabajo Social, a diferencia de los técnicos de Economía, diseñaron un nuevo sistema que introducía la libre elección pero sólo entre obras sociales. A partir de entonces se fueron profundizando las diferencias sobre esta política entre los técnicos y los políticos, aun cuando hayan variado los protagonistas ocasionales. Esta fragmentación se profundizó desde que el "círculo virtuoso" 1991-1994 concluyó y, al agravarse los problemas económicos, la coalición menemista se volvió más frágil. De algún modo, la sobreactuación de las señales hacia los mercados a la que retornó el gobierno a partir del recesivo año 1995, y la necesidad de mantener algún equilibrio con los sindicatos, fueron estrategias que comenzaron a ejecutarse por caminos paralelos dentro del gobierno.

³¹ Entrevista a Claudio Lozano.

Las obras sociales se constituyeron en la principal "moneda de cambio" que permitió obtener el apoyo o la neutralidad sindical frente a otras políticas, algunas de las cuales también involucraban al sindicalismo. Es por esto que la principal traba para la elaboración y puesta en marcha de esta política se debió a su propio carácter "fronterizo" que la posicionaba como cuestión relevante a la relación Estado-sindicatos, y que la incorporaba como parte constitutiva de la arena global de la política laboral y sindical. Ello obligó al gobierno a negociar cuando otros proyectos no pudieron superar el veto que los sindicatos lograban instrumentar por vía parlamentaria.

Junto con el proceso global de la reforma laboral, lo que mostró el desarrollo de la política de obras sociales, sobre todo a partir de 1995, es que los espacios de negociación que se abrieron no resultaron de un acto de voluntad política desplegado por un actor gubernamental homogéneo. Más bien provinieron de la fragmentación de la acción gubernamental dividida entre el ala política, favorable a buscar acuerdos con el sindicalismo, y el sector técnico, cuyas iniciativas tendían a erosionar sistemáticamente las bases de poder de los sindicatos. Esta fragmentación constituyó una suerte de estructura de oportunidades aprovechada por los sindicatos cegetistas para desarrollar cierta capacidad de veto.

III. LA REFORMA DEL SISTEMA DE PENSIONES ARGENTINO

GUILLERMO V. ALONSO*

INTRODUCCIÓN

El proceso de la reforma previsional compartió indudables semejanzas con el estilo de gestión estatal característico de las reformas promercado emprendidas por el gobierno de Menem, pero al mismo tiempo fue uno de los casos que presentó mayor desviación con respecto a dicho estilo. Al igual que casi todas las reformas estructurales, la aprobación de la reforma previsional se obtuvo con el consenso de la oposición política. La propensión “decisionista” del poder ejecutivo se manifestó desde un primer momento y el estilo de gestión que consideraba al parlamento una mera instancia de convalidación de las iniciativas del Ejecutivo se sintetizó emblemáticamente en la expectativa con que el gobierno remitió el proyecto a las cámaras: debía ser aprobado sin “tocar ni una coma”. No obstante, como consecuencia de la dificultad de conseguir apoyo entre los parlamentarios del propio partido, se abrió un inevitable espacio de negociación. Así, a diferencia de otros proyectos, es el único que se presentó y se retiró dos veces del parlamento. Entre los dos

* Universidad Nacional de San Martín y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina.

retiros transcurrió más de un año, lo cual dio margen para un prolongado debate que no se observó en otros proyectos.¹

El peso que en la coyuntura había alcanzado la situación de los jubilados tenía una amplia repercusión en la opinión pública. El proyecto gubernamental de llevar a cabo una reforma del sistema de pensiones se enfrentaba con una suma abrumadora de resistencias y oposiciones: la resistencia inicial de los sindicatos y la renuencia de los propios diputados oficialistas, el rechazo de actores y organizaciones vinculados tradicionalmente al sector de la seguridad social; y una movilización en la sociedad expresada en un petitorio con más de un millón de firmas que solicitaba un plebiscito sobre el tema. Todos estos fueron factores que gravitaron fuertemente para imponer un debate extenso sobre la cuestión, hicieron que el ejecutivo perdiera el férreo control del proceso de la política tal como se había manifestado en otras iniciativas. Pero, sobre todo, lo que más limitó al ejecutivo fue que tenía “las manos atadas” para usar el recurso habitual del decreto, pues una reforma lograda por esta vía no hubiera otorgado suficiente seguridad jurídica a los capitales interesados en invertir en el sector.² Desde el lanzamiento de la política, las reiteradas amenazas de recurrir al decreto carecieron de todo efecto, pues los otros actores involucrados —en especial el Parlamento— eran conscientes de que el Ejecutivo no podía avanzar por esa vía.³ Al mismo tiempo, luego de la etapa 1989-1990 de crisis fiscal y emergencia económica que brindaron amplio margen para un estilo decisionista de gestión gubernamental, se inauguró otra fase con la estabilidad económica al-

¹ Por ejemplo, la privatización de la empresa de electricidad se hizo en tres meses y medio y la del gas en menos de cinco meses (entrevista a Raúl Baglini).

² Entrevista a Walter Schulthess.

³ Entrevista a Eduardo Santín y a Juan González Gaviola.

canzada por el Plan de Convertibilidad (Gerchunoff y Torre, 1996), a partir de la cual el gobierno perdió su mejor arma para "disuadir" a remisos y opositores: ya no podría presentar sistemáticamente sus iniciativas como única alternativa al caos.

La reforma previsional y la prolongada negociación que modificaría el proyecto original se instalaron en este nuevo contexto. Con el Plan de Convertibilidad se había abierto una etapa que obligaría a Menem a negociar con los diputados del propio oficialismo y con los sindicatos con el fin de mantener la coalición de gobierno. Pero la "abdicación" decisionista no surgió sólo de un cambio en las condiciones estructurales, sino también de las nuevas resistencias que oponían distintos actores no gubernamentales al gobierno. Este último aspecto explica la diferencia de esta reforma con respecto a otras que también se introdujeron en la etapa posconvertibilidad pero se aprobaron con bajos grados de deliberación. En la discusión de la reforma provisional, los parlamentarios rechazarían cualquier exigencia de convalidación automática del proyecto del ejecutivo. Obviamente, la importancia electoral de los jubilados⁴ motivaba en ellos una extrema renuencia a acompañar reformas cuya irreversibilidad volvía imprevisibles futuros costos políticos.⁵ La reforma de un sistema que establecía (o rescindía) derechos y prestaciones directas a la población exigía una nueva dinámica política en el proceso deliberativo y decisonal. Para ello, el parlamento estaba mejor preparado

⁴ Al momento de la reforma los jubilados de jurisdicción nacional eran aproximadamente 3 200 000 que, junto con cerca de 500 000 beneficiarios de los sistemas previsionales provinciales, sumaban un total de 3 700 000 para el país. Esto representaba aproximadamente 20% del padrón electoral argentino.

⁵ Entrevista a Walter Schulthess.

que un ejecutivo acostumbrado a evitar exitosamente toda la negociación.

LA CRISIS DEL SISTEMA PREVISIONAL

El proceso de envejecimiento de la población fue una de las principales causas que generaron problemas estructurales al sistema de reparto.⁶ Entre 1960 y 1980 la población mayor de 65 años se duplicó, mientras que la población total creció en 40%, debido a un descenso en la tasa de natalidad de 25 a 21.4 por mil entre 1975-1980 y 1985-1990. Entre el primero y el segundo periodos, la esperanza de vida subió de 65.5 a 67.3 años para los hombres, y de 72.1 a 74 años para las mujeres (Isuani y San Martino, 1993). Sin embargo, la dinámica poblacional no fue la sola causa de retroceso en la tasa de sostenimiento del sistema previsional; también lo fue la crisis del mercado de trabajo y la creciente evasión de las obligaciones previsionales (Lo Vuolo, 1996). Entre los factores vinculados al mercado de trabajo se cuentan la caída del salario real, el crecimiento de la informalidad y el aumento de la desocupación abierta, que contribuyeron a erosionar los ingresos de un sistema cuya base de financiamiento es la masa salarial. En el porcentaje de la población que participa en la actividad laboral formal (o tasa de actividad), por ejemplo, sufrió una importante caída entre 1970 y 1988 de 42% a 37%. Esto significó que la carga del financiamiento del sistema previsional recayera sobre un universo poblacional cuyo peso relativo había disminuido (Schulthess y Demarco, 1993).

Un tercer factor que incidió en la crisis previsional fue el modo en que evolucionó la estructura ocupacional argen-

⁶ La relación activo/pasivo oscilaba entre 1/6 y 1/7 a comienzos de los años noventa.

tina en las últimas décadas. El sector de servicios, donde se recluta gran parte del trabajo informal, fue creciendo sistemáticamente en su participación en la estructura del empleo (cuadro 1). El aumento de la participación en actividades como comercio, servicios personales y sociales, actividades que tradicionalmente causan problemas de recaudación, contribuyó a afectar las finanzas del sistema. Pero además, los trabajadores ubicados en esas actividades presentan baja o ninguna capacidad contributiva, lo que los excluye del sistema en algunos casos. En 1990 la baja recaudación debida a la baja o inexistente capacidad contributiva se centraba en los siguientes sectores: los desocupados abiertos y los subocupados visibles que representaban 7.5% y 9% de la población económicamente activa (PEA) respectivamente; el desempleo invisible o encubierto (26%) donde se ubican actividades de baja productividad como el servicio doméstico, el desempleo disfrazado en el sector público, el trabajo informal urbano, y los trabajadores rurales pobres. Si excluimos al desempleo disfrazado del sector público, los datos presentados mostrarían que para 1990 cerca de 36% de la PEA era no contribuyente potencial en razón de sus condiciones ocupacionales (Lo Vuolo, 1996). Además, el sistema también demostró serios problemas para controlar el registro y los aportes de los trabajadores autónomos de ingresos medio y alto que en Argentina tienen obligación de afiliarse a la seguridad social. Hacia 1990 los evasores pertenecientes a ese sector representaban aproximadamente 9% de la PEA (Lo Vuolo, 1996).

Cuando se examinan las magnitudes de la evasión en cada una de las respectivas cajas, sobresale el alto porcentaje de la Caja de Autónomos que se calcula en 70% para esa época, comparado con una evasión de aproximadamente 42% en la Caja de Industria y Comercio. Si suponemos que no había evasión en la Caja del Estado, estos porcentajes implicaban un nivel de evasión del sistema que llegaba

Cuadro 1. Evolución de la estructura del empleo (porcentaje)

<i>Sector económico</i>	1947	1960	1970	1980	1990
Sector Primario	27.1	20.7	16.6	13.7	11.0
Industria manufacturera	23.9	26.1	21.6	20.1	15.5
Construcción	4.8	6.3	8.6	10.9	7.4
Comercio	14.2	14.4	16.6	18.7	19.1
Servicios pers. y sociales	20.4	20.5	24.8	25.3	33.2
Servicios dinámicos	9.6	12.1	11.7	11.3	12.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Schulthess y Demarco (1993).

a 54% del total de obligados (Barbeito y Lo Vuolo, 1992). No obstante, la cobertura continuó expandiéndose y los requisitos para tener acceso a los beneficios continuaron siendo laxos en cuanto a las exigencias sobre años efectivamente aportados. Todos estos factores promovieron crecientes problemas de financiamiento que se reflejaron en la dificultad del sistema para seguir autofinanciándose con base en aportes y contribuciones (cuadro 2). Para cubrir el déficit, debió recurrirse a recursos adicionales de tipo impositivo.

Los problemas de financiamiento que acumuló el sistema ocasionaron el incumplimiento de los beneficios de acuerdo con los parámetros establecidos por ley: la relación entre haber y salario debía oscilar entre 70% y 82%, pero las prestaciones que el sistema pagaba comenzaron a mostrar un persistente deterioro del haber medio jubilatorio con respecto al salario medio (cuadro 3), conduciendo a un deterioro creciente de las condiciones de vida de los jubilados.

El sistemático incumplimiento de las obligaciones legales por parte del Estado, con respecto a pagar las jubilaciones de acuerdo con lo previsto por la ley, ocasionó una avalancha de juicios. Hacia 1986 el monto acumulado de

Cuadro 2. Grado de autofinanciamiento del Sistema Nacional de Previsión

<i>Año</i>	<i>Ingresos propios/Ingresos totales</i>
1974	0.96
1975	0.79
1976	1.10
1977	0.98
1978	0.91
1979	0.94
1980	0.85
1981	0.38
1982	0.40
1983	0.33
1984	0.45
1985	0.68
1986	0.75
1987	0.81
1988	0.70
1990	0.72
1991	0.75

Fuente: Isuani y San Martino (1993).

deudas judiciales llevó a decretar la emergencia previsional a efectos de suspender la ejecución de las sentencias. A pesar de medidas posteriores que intentaron resolver el problema disminuyendo el nivel de las deudas acumuladas por el sistema, los juicios continuaron y tendieron a complicar aún más su equilibrio financiero del sistema.

Los desequilibrios acumulados por el sistema, mismos que se manifestaban no sólo en los problemas de financiamiento sino también en la imposibilidad de brindar prestaciones a los jubilados de acuerdo con lo regulado legalmente, planteaban la necesidad de una reforma profunda de la pre-

Cuadro 3. Relación pensión media/salario medio

<i>Fecha</i>	<i>Pensión media/Salario medio</i>
Diciembre 1984	0.46
Diciembre 1985	0.51
Diciembre 1986	0.43
Diciembre 1987	0.45
Diciembre 1988	0.55
Diciembre 1989	0.42
Junio 1990	0.55

Fuente: Instituto de Previsión Social (1990), tomado de Isuani y San Martino (1993).

visión social. La emergencia hiper-inflacionaria y la severa crisis fiscal de finales de los años ochenta catalizó la economía como la prioridad casi excluyente de la agenda pública, lo que hizo que perdieran urgencia otras cuestiones (seguridad social, educación, sistema de salud, etcétera) que se discutieron como una simple prolongación de las propuestas para la economía (Sidicaro, 1995). En este contexto, el proyecto oficial de reforma previsional, orientado a implantar un sistema de capitalización individual, aparecería como una solución "natural" en el contexto general de grave crisis del sistema de reparto público. Pero la reforma que finalmente habría de instrumentarse, resultó de un trabajado itinerario de construcción política.

DE LA REFORMA INMEDIATA A LA NEGOCIACIÓN INTERMINABLE

Con la llegada a la Secretaría de Seguridad Social en enero de 1991 de un nuevo equipo técnico encabezado por Walter Schulthess, se publicaron comunicados de prensa que con-

firmaban la elaboración de un proyecto de reforma integral del sistema provisional (*Suplemento Cash*, 17-03-91: 12). Esta reforma implicaba un cambio en la estrategia oficial que durante el primer año y medio del gobierno de Menem (con Santiago de Estrada al frente de la Secretaría) se había inclinado por una reforma parcial. El arribo del nuevo equipo significó un salto cualitativo en capacidades técnicas y la intención de introducir un sistema de capitalización individual. Esto permitía mayor homogeneidad en la acción gubernamental que subordinaba claramente el área de seguridad social a estrategias más generales de gestión macroeconómica. En esta primera fase se adoptó una estrategia de control asimétrico de la información (Kay, 1995). La nueva gestión se beneficiaba de un importante trabajo de análisis de los más diversos aspectos legales, económicos y estadísticos contenidos en aproximadamente treinta estudios técnicos desarrollados entre 1989 y 1991 con financiamiento externo (Mesa Lago, 1993).

Una vez avanzada la elaboración del proyecto, el gobierno introdujo el tema de la reforma previsional en la discusión política; a finales de 1991 y comienzos de 1992 el Poder Ejecutivo convocó a los partidos políticos con representación parlamentaria y a distintas organizaciones sectoriales a la Mesa de Diálogo Político: entre los diversos temas que se discutieron estaba el de la reforma previsional. Aun cuando el motivo de la inclusión de este tema en la convocatoria tuviera por motivo ganar apoyo político o "tantear" las distintas posiciones de los actores sobre la reforma, el gobierno evitó cuidadosamente difundir información precisa sobre el proyecto con el fin de no quedar expuesto a un debate puntual con los actores sociales y políticos (Kay, 1995). El sigilo con que se trabajó inicialmente permitió al ejecutivo efectuar sondeos sobre aspectos puntuales que el proyecto podía incluir y que periódicamente se difundían fuera del ámbito del ejecutivo. Con esta estrategia, el gobierno logró

instalar “dosificadamente” la cuestión de la reforma previsional en la agenda pública, y lanzar anticipadamente la “discusión” sobre un proyecto que hasta mediados de 1992 era oficialmente desconocido por los actores políticos y sociales. Esto le permitió conocer los puntos de mayor resistencia al proyecto antes de tomar posición sobre el tema. Así ocurrió cuando, en febrero de 1992, el secretario de Seguridad Social, Walter Schulthess, admitió ante la Comisión de Presupuesto y Hacienda de la Cámara de Diputados que el sistema previsional reformado no reconocería los aportes ya efectuados por los trabajadores menores de 45 años.⁷ El rechazo al anuncio fue amplio y abarcó partidos políticos, centrales obreras y organizaciones de jubilados (*Clarín*, 21-2-96).⁸

El no reconocer los aportes de los trabajadores menores de 45 años representaba una solución más radical al problema de la transición entre el viejo y el nuevo sistema que la que se había instrumentado en Chile. En ese caso, el Estado había reconocido el tiempo cotizado mediante un bono que acreditaba en el momento de la jubilación los aportes efectuados por los trabajadores al sistema anterior. Según los comunicados de prensa que se iban conociendo en forma parcial, el proyecto oficial establecía que los mayores de 45 años permanecerían en el viejo sistema, mientras que todos los

⁷ Según Schulthess, reconocer esta deuda implicaba para el Estado erogaciones por 65 000 millones de dólares. Según otros cálculos la deuda podía llegar a 80 000 millones de dólares (FIEL).

⁸ El anuncio oficial encontró rechazos aun entre partidos que podían considerarse aliados “naturales” en las reformas promercado, como la Unión del Centro Democrático de tendencia liberal. Según Federico Clérici, diputado de ese partido: “Habría que decirle a la gente que deje de aportar al sistema previsional estatal, porque sus aportes no sólo no les dan derechos sino que no van a ser restituidos por el Estado” (*Clarín*, 21-02-96).

menores de esa edad pasarían obligatoriamente a un nuevo sistema de capitalización individual. Como a éstos no se les reconocerían los aportes previos, los activos que se encontrarán cerca de la edad de corte obtendrían en el futuro un escaso haber jubilatorio, pues no habrían podido capitalizar durante suficientes años.⁹ El gobierno tomó debida nota de la amplitud del rechazo y evitó incluir el “no reconocimiento” en cualquier versión escrita y oficial sobre el proyecto que llegase con posterioridad a consideración de los diputados.¹⁰

El primer proyecto oficial (junio de 1992)

El 5 de junio de 1992 se dio ingreso por la Cámara de Diputados al proyecto de reforma previsional presentado por el Poder Ejecutivo. Fue analizado por la Comisión de Previsión y Seguridad Social y, debido a que contemplaba la creación de nuevos impuestos, por la de Presupuesto y Hacienda. El proyecto oficial proponía la creación de un nuevo sistema sustentado en dos regímenes: uno público y de reparto y otro de capitalización individual que otorgarían una prestación previsional unificada. El régimen básico, a cargo del Estado y organizado de acuerdo con el principio de reparto, brindaría una Prestación Básica Universal (PBU). El sistema de capitalización brindaría una prestación adicional que provendría de los aportes capitalizados en las cuentas individuales de los aportantes. La PBU consistía en una suma fija y equivalente para todos los beneficiarios que acredita-

⁹ La propuesta era política y legalmente inviable. No sólo resultaba absolutamente inequitativa, pues daba igual tratamiento a quienes hubieran aportado durante años y a quienes hubieran evadido sistemáticamente; además, vulneraba claramente derechos adquiridos, lo que hacía probable una nueva avalancha de demandas en contra del Estado.

¹⁰ Entrevista a Eduardo Santín.

sen 30 años de aporte. El financiamiento de la prestación provendría de las contribuciones patronales y de impuestos específicos ya existentes o de creación futura. Todos los trabajadores menores de 45 años, tanto autónomos como empleados en el sector privado y público nacional, se incorporarían obligatoriamente a un régimen de capitalización individual que sería financiado con los aportes de los afiliados durante su vida laboral activa. Los mayores de 45 años podrían pasar al nuevo sistema voluntariamente. La administración de los fondos de capitalización quedaba a cargo de sociedades anónimas (Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones, AFJP), constituidas en función de ese único objeto, pero la recaudación de los aportes seguiría en manos del Estado nacional que los giraría a la respectiva entidad. Las AFJP cobrarían comisiones libremente establecidas que se deducirían de los aportes de los afiliados a las cuentas de capitalización. Parte de las comisiones debía destinarse obligatoriamente a la contratación de un seguro colectivo ante el riesgo de muerte o invalidez total durante la vida activa, mientras que el resto de la comisión serviría para cubrir los costos administrativos y la rentabilidad de las administradoras. Las AFJP estaban obligadas a aceptar toda afiliación que les fuera solicitada. Los trabajadores estaban autorizados a traspasar sus aportes capitalizados a otra AFJP hasta dos veces por año. El proyecto contemplaba la creación de una Superintendencia de AFJP encargada del control del funcionamiento del nuevo sistema bajo la jurisdicción del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

En otros aspectos más generales, el proyecto establecía la elevación gradual de las edades jubilatorias, llevándolas en el caso de los hombres a 65 y de las mujeres a 60 años. Por otra parte, el proyecto también incluía medidas con respecto al sistema vigente que seguiría brindando prestaciones a los ya jubilados. Se proponía la recomposición de los haberes de éstos tendiente a que sus pensiones alcanzaran

los porcentajes establecidos por ley, es decir las tasas de sustitución de 70% u 82% del salario en actividad. Se consideraba que los ingresos fiscales necesarios para financiar este aumento provendrían de la privatización de la empresa Yacimientos Petrolíferos Fiscales (YPF) y de 20% de lo recaudado por el impuesto a las ganancias. Este último aspecto introducía la principal jugada política del ejecutivo para presionar doblemente al parlamento. El gobierno intentaba lograr la aceptación "automática" del parlamento al vincular la reforma con una solución a la enorme deuda hacia los jubilados originada en los miles de juicios por incumplimiento de la ley en el pago de pensiones: dos días antes del envío del proyecto a las cámaras, Menem prometió pagar 82% móvil a todos los jubilados siempre y cuando el Congreso aprobase la reforma previsional y la privatización de YPF que desde tiempo antes esperaba tratamiento en el Senado (*Clarín*, 03-06-92). El mensaje, emitido en un momento cercano a la elección de senadores en la Capital Federal tenía, obviamente, un contenido electoral. Además colocaba a los parlamentarios en la incómoda posición frente a la sociedad de ser responsables de la perpetuación del incumplimiento con los jubilados si demoraban en debatir sobre la ley.¹¹ Pero la exigencia del presidente no sólo se refería a plazos sino también a contenidos. Para Menem, si los legisladores llegaban a introducir "cualquier desnaturalización improvisada de los proyectos", "nos obligaría a vetarla y nos dejaría sin ley, sin reforma y sin soluciones para los jubilados" (*Clarín*, 03-06-92). Acostumbrado a las exitosas "jugadas fuertes" de la etapa inicial, el ejecutivo pedía "todo".

¹¹ Aquí es conveniente recordar que tan sólo un mes antes el gobierno había considerado inviable un aumento a los jubilados, como proponían algunos proyectos legislativos que estaban circulando (*Clarín*, 06-05-92).

Pero el contexto había cambiado y también el tipo de política. El chantaje político aceleraría la privatización de YPF pero no la reforma previsional. El ejecutivo se veía obligado a bajar a la arena de la negociación sin poder utilizar la coartada decretista que, como hemos visto, carecía de realismo y por ende de efectividad.

Dentro del mismo bloque justicialista comenzaba a manifestarse la disidencia frente a la iniciativa oficial. Ese grupo se proponía, en coincidencia con toda la oposición, un desdoblamiento del proyecto: que se tratara primero lo referido al financiamiento y se postergara la creación del nuevo sistema de capitalización, con el fin de permitir un análisis más detenido del último. El propio ministro de Economía, Cavallo, reconocía que el clima preelectoral (de elección de senador en la capital federal) dificultaba la búsqueda de acuerdos, y que convenía postergar el tratamiento de la ley hasta después de la jornada electoral del 28 de junio (*Clarín*, 18-06-92).

Las comisiones parlamentarias convocaron a una amplia gama de actores sociales para que fijaran su posición sobre el proyecto. En general, se manifestó una coincidencia casi unánime en cuanto a la necesidad de una reforma del sistema previsional. Entre el sector empresarial más ligado a la actividad aseguradora (Asociación Argentina de Compañías de Seguros) se hizo más explícito el apoyo a la introducción de un sistema de capitalización combinado con el sistema de reparto (Isuani y San Martino, 1993). Pero en general predominaron las críticas y las dudas entre los diversos actores sobre los contenidos puntuales del proyecto. Se manifestaron serias dudas sobre la conveniencia de crear un sistema de capitalización, considerando la escasa experiencia internacional (con excepción de Chile) que se tenía de un sistema de este tipo. Se hizo hincapié en los altos costos administrativos en publicidad y comercialización que generaban estos sistemas, debido a la necesidad de competir por el aporte de los beneficiarios. Aunque el proyecto oficial no

incluía ninguna mención expresa sobre el problema, se daba por descontado el desconocimiento de los aportes de los menores de 45 años; y este punto volvió a concitar el más unánime rechazo. Otras dudas se expresaron sobre la capacidad regulatoria del Estado frente a las administradoras de fondos y a la escasa seguridad que ofrecía la estructura del menú de inversiones de los fondos (Isuani y San Martino, 1993).

Hacia mediados de julio, el gobierno se vio obligado a aceptar la necesidad de desdoblar el proyecto previsional, al separar el tratamiento sobre el pago de las tasas de sustitución legales a los jubilados y postergar el examen de la propuesta de reforma del sistema. Según la opinión de las comisiones parlamentarias de Presupuesto y Previsión Social, el proyecto del Poder Ejecutivo necesitaba correcciones en cuanto al corte de edad, el desconocimiento de aportes y el sistema de financiamiento.¹²

Otros proyectos alternativos

A partir de la discusión abierta sobre el proyecto oficial se suscitó la presentación de proyectos alternativos que también contemplaban la reforma global del sistema previsional. Entre éstos destacaban el presentado por un grupo de diputados del radicalismo y el que elaboraron técnicos vinculados al Consejo Federal de Previsión Social (COFEPRES).¹³ Ambos proponían mantener el sistema de reparto, pero estableciendo una serie de ajustes que permitirían su saneamiento y su viabilidad en el largo plazo. El proyecto radical

¹² Declaraciones del diputado oficialista Óscar Lamberto, presidente de la comisión de Presupuesto y Hacienda de la Cámara de Diputados, *Clarín*, 17-07-92.

¹³ Este organismo está bajo la jurisdicción provincial y cumple funciones técnicas y consultativas. Los consultores que elaboraron el proyecto fueron José Luis Di Lorenzo, Amancio López y Jorge Pablo Urriza.

proponía la creación de una Asamblea de beneficiarios, en la que podrían participar representantes de los centros de jubilados y pensionados. Este organismo tendría por función analizar el estado económico financiero y la gestión administrativa del sistema, y elevar proyectos ante la Secretaría de Seguridad Social y otros organismos competentes por medio de una comisión asesora.¹⁴

El proyecto del COFEPRES, elaborado por un grupo de consultores y funcionarios con vasta trayectoria en el ámbito de la seguridad social, introducía mayores novedades y exigencias. Por un lado ajustes severos para lograr la viabilidad de un nuevo sistema de reparto: aumento inmediato, no escalonado, de la edad jubilatoria y la exigencia mínima de aportes por 25 años; un tope de haber jubilatorio y requisitos estrictos para otorgar jubilaciones por invalidez; incompatibilidades más rígidas en cuanto a la acumulación de beneficios; y para los trabajadores autónomos, haber cotizado por lo menos 300 meses cumplidos en fecha o dentro del año previsto para la jubilación, o la pérdida de sus aportes. El proyecto del COFEPRES introducía, además, un segundo aporte complementario del sistema estatal de reparto que sería administrado por cajas complementarias, cuyos beneficios, junto con el haber pagado por el Estado, permitiría obtener un nivel de prestaciones cercanas al salario de cese. El sistema de cajas complementarias sería regulado por una superintendencia (Isuani y San Martino, 1993).

El mencionado proyecto, presentado como proyecto de ley por el diputado justicialista González Gaviola (en disidencia con la iniciativa oficial), se basaba en un estudio actuarial y financiero que demostraba la viabilidad en el

¹⁴ Proyecto de los diputados radicales de la Comisión de Previsión y Seguridad Social de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, 1992.

largo plazo del sistema propuesto. Posteriormente, cuando González Gaviola negociara el proyecto del ejecutivo con el gobierno, esta propuesta sería asumida como propia por los radicales, y en gran medida por el conjunto del "arco opositor".¹⁵ Además, el mismo grupo de consultores continuaría asesorando a los distintos bloques opositores a la reforma.¹⁶

La presentación del proyecto del COFEPRES en el parlamento vinculó a políticos y técnicos opositores a la reforma, lo que contribuyó a socavar aún más la estrategia del ejecutivo de control de la información característica de la fase anterior.¹⁷ Además, algo inusitado en el proceso de reformas, el parlamento enfrentaba al Poder Ejecutivo con un proyecto alternativo con un sólido fundamento técnico. La efectividad o no de este cambio en el curso de la política dependería de la capacidad del grupo oficialista de rearmar una coalición parlamentaria mayoritaria basada en concesiones a sus propios disidentes, lo cual modificaría significativamente el proyecto original. La novedad que representaba este proceso se hizo evidente en el propio discurso oficial. En lugar de recurrir a la estrategia discursiva de la "única solución posible", Walter Schulthess y Gustavo Demarco, artífices técnicos del proyecto del gobierno, reconocieron que "el sistema diseñado por el Poder Ejecutivo

¹⁵ Además del Partido Radical, el arco opositor abarcaba a peronistas disidentes del Grupo de los Ocho y socialistas populares, partidos provinciales y demoprogresistas (entrevista a Amancio López).

¹⁶ Entrevista a Amancio López.

¹⁷ Esta observación fue confirmada por el diputado González Gaviola: "diría que estaba bastante socializada la información sobre el tema, además yo tenía acceso a través de fuentes de información como el Consejo Federal de Previsión Social o alguna gente que había tenido participación activa en la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) de cifras bastante aproximadas de cuál era la situación del sistema previsional" (entrevista a Juan González Gaviola).

nacional constitu(ía) una opción de política entre muchas alternativas” (Schulthess y Demarco, 1993:171). Para Schulthess, la necesidad de un consenso técnico unánime era indispensable para lograr un “diagnóstico” sobre la situación del anterior sistema, pero “de ahí en adelante las soluciones (serían) distintas”.¹⁸ La interpretación del proyecto opuesto ya no podía recurrir a la descalificación desde la racionalidad técnica, quedando como alternativa la clásica argumentación política que sobre-simplificaba la posición alternativa sin referencia precisa a su contenido. El mismo funcionario diría, refiriéndose al proyecto del COFEPRES que “(era) más de lo mismo, porque persist(ía) con un régimen de reparto” y serviría para mantener regímenes de privilegio por el solo hecho de que “el proyecto provenía de las cajas provinciales” (*Clarín*, 28-04-93). Se había vuelto indispensable elevar la calidad del discurso político, algo que para algunos funcionarios técnicos implicaba incursionar en una *terra incognita*.

Los cambios al proyecto oficial

En agosto de 1992 el ejecutivo presentó una nueva versión del proyecto de reforma previsional que pretendía ser una respuesta a las objeciones formuladas en la Cámara de Diputados al proyecto. En esa versión, todos los trabajadores en actividad serían incorporados al nuevo sistema de capitalización sin límite de edad. Además se reconocerían los aportes efectuados con anterioridad al cambio de sistema, por lo cual se agregaba a la Prestación Básica Universal una prestación adicional de 2% por año de actividad laboral hasta un máximo de 30 años. Ambas prestaciones quedarían a cargo del Estado. El cambio era sorprendente. Si la primera versión había buscado minimizar el costo fiscal

¹⁸ Entrevista a Walter Schulthess.

de la reforma mediante el desconocimiento, políticamente inviable, de los aportes de los menores de 45 años, la segunda ofrecía una solución diametralmente opuesta para hacer viable políticamente el proyecto: se reconocerían los aportes anteriores mediante una nueva prestación que, sumada a la PBU, podía llegar hasta alcanzar el 80% del salario activo según el número de años cotizados. Desaparecía la edad de corte y todos los trabajadores activos pasarían a aportar a las AFJP, con lo cual se agravaría el desfinanciamiento del sistema público de reparto remanente que dejaría de percibir la totalidad de los aportes jubilatorios, que oscilaba entre 3 500 y 4 000 millones de dólares anuales. En otras palabras, el Estado perdía recursos, y al mismo tiempo, asumía mayores compromisos. Del objetivo de minimizar el costo fiscal se había pasado a una fórmula que dejaba sin definición el financiamiento transitorio entre ambos sistemas. Si la solución era el endeudamiento público, por lo que la iniciativa autorizaba que las AFJP invirtieran hasta un 80% en títulos públicos, esto también sería inconsistente con el objetivo inicial de crear un mercado de capitales para la industria nacional. Por otra parte, la afiliación obligatoria de la totalidad de los trabajadores implicaba transferir al control de las AFJP aproximadamente 1 500 millones de dólares anuales más de lo previsto por el primer proyecto (*Suplemento Económico de Clarín*, 23-08-92). Es decir, se acentuaban los rasgos y sobre todo el volumen de un sistema que tendería a garantizar mercados cautivos a un número limitado de empresas.

Detrás de este cambio no sólo estaban las restricciones impuestas por las "malas razones" de la racionalidad política que, encarnada en el Poder Legislativo y proclive a la "demagogia", no entendía las "buenas razones" de la racionalidad económica y forzaba concesiones. En rigor, el diseño de la prestación compensatoria, que resultaba financiera-

mente inviable, era responsabilidad exclusiva del ejecutivo. El cambio era resultado, en gran medida, del impulso que el ejecutivo buscaba imprimir al proceso legislativo y que dificultaba no sólo la discusión sobre la política sino también su propia capacidad de negociación. Suponiendo que el ejecutivo había tenido claro, desde un principio, que el no reconocimiento de aportes quedaba fuera de los límites de factibilidad política, si bien había optado por defender esta posición de máxima exigencia para negociar sobre el conjunto de la reforma,¹⁹ tendría que haber hecho concesiones graduales a partir de esta posición. Desde la perspectiva oficial, empero, lo apremiante era apurar el proceso de aprobación política para mantener la continuidad del proceso de reformas,²⁰ a cambio de lo cual podía pagarse un precio alto en la calidad de la reforma. El estilo tecnocrático de gobernar podía sacrificar coherencia técnica pero no sacrificaría su programa (la introducción del sistema de capitalización) ni tampoco el *timing* del mismo.²¹ La disposición del ejecutivo a formular concesiones que incrementasen el costo fiscal de la reforma parecía estar asumido como un riesgo calculado desde el comienzo, por ser intrínseco al objetivo innegociable: implantar un sistema de capitalización. La reforma previsional quedaba instalada en la misma lógica que había modelado a las otras reformas estructurales: debía operar como señal hacia los mercados, siendo su calidad una cuestión secundaria.

¹⁹ *Idem.*

²⁰ *Idem.*

²¹ El límite a las concesiones por parte del ejecutivo sería claramente definido por el propio ministro de Trabajo y Seguridad Social (1992-1993), Enrique Rodríguez, cuando se seguían discutiendo nuevas modificaciones al proyecto oficial: "El paso del sistema estatal a uno privado y la obligatoriedad para el nuevo sistema no se negocian. Si lo hacemos pierde sentido todo el proyecto y tenemos que olvidarnos del mercado de capitales" (*Informe Asegurador*, núm. 14, febrero de 1993).

No obstante los importantes cambios introducidos en el proyecto inicial del ejecutivo, éstos no lograron concitar el apoyo de la coalición oficialista. Para la CGT, “los cambios al proyecto (eran) meramente cosméticos” pues seguía “en pie la privatización de los fondos”. La entidad gremial sostenía que “no (había sido) consultada” para analizar la nueva iniciativa, reclamando al gobierno la realización de una ronda de consultas antes que la nueva versión fuera remitida al Congreso (*Clarín*, 10-08-92). La posición cegetista tendría consecuencias dentro del propio bloque de legisladores oficialistas: entre éstos, especialmente los de origen sindical, se manifestarían nuevamente reparos a la iniciativa oficial. El principal problema para el gobierno y los legisladores más inclinados a apoyar el proyecto, era unificar la posición dentro del bloque oficialista.²²

Para acelerar el tratamiento de la ley, el ejecutivo optó por desplazar la negociación hacia el ámbito corporativo. Aprovechando el retorno de la CGT al Consejo de la Producción, la Inversión y el Crecimiento, tras la huelga general que se había realizado el 9 de noviembre, el gobierno trató de alcanzar acuerdos en ese ámbito con empresarios y sindicatos. El sindicalismo argentino tradicional utilizó su estrategia habitual: primero “golpear” y luego sentarse en la mesa de negociación para obtener concesiones que inicialmente había rechazado de manera global. En otras palabras, el sindicalismo optaba por canjear apoyo a la reforma por la posibilidad de constituirse en AFJP (además de cooperativas, mutuales y otras organizaciones sin fines de lucro). Dio su acuerdo, además, a la creación de un organismo com-

²² A comienzos de noviembre de 1992, Jorge Matzkin, titular de la bancada justicialista de diputados, reconocía: “La idea es unificar la posición del bloque. Una vez logrado esto, desde el bloque pensamos salir a vender el proyecto al Poder Ejecutivo, a la CGT, ante los distintos medios y fundamentalmente a los otros bloques políticos” (*Clarín*, 08/11/92).

puesto por sindicatos, empleadores y beneficiarios, encargado de evaluar la fiscalización y la regulación del futuro sistema previsional. Esta disposición no contó con el apoyo empresarial (*Clarín*, 27/11/92). Los empresarios, por su parte, obtuvieron garantías de que el futuro sistema sería obligatorio y de que la decisión de cada trabajador de afiliarse a una administradora sería libre e individual, con el fin de evitar que los sindicatos pudieran imponer o negociar colectivamente la pertenencia de sus afiliados a determinadas administradoras.

Con este acuerdo en las manos el gobierno trató de presionar al Congreso para una rápida aprobación de la ley previsional. Pero finalmente fracasó el apuro del gobierno por obtener un dictamen favorable de las comisiones parlamentarias que analizaban el proyecto, y de este modo lograr una media sanción antes que terminase el año 1992. Por un lado, el propio bloque oficial no lograba unificar posiciones, y por otro la oposición buscaba demorar la aprobación en espera de que se debatiera sobre un proyecto alternativo propio. Cuando se abrió la reunión plenaria de ambas comisiones el 29 de diciembre, ante la ausencia de algunos diputados sindicalistas y el posible voto desaprobatario de miembros de su propio bloque, el ejecutivo prefirió no exponerse a una votación en la cual que no estaba seguro de obtener mayoría. El dictamen de la comisión quedó postergado hasta el siguiente mes de febrero.

El gobierno seguía enfrentando un amplio arco opositor que se reclutaba no sólo entre otros partidos (radicalismo, democracia progresista y provinciales), sino también entre sus propias filas, especialmente legisladores prosindicalistas, pero también diputados, como Federico Clérico, que pertenecían a la UCEDE, el partido liberal aliado. Este amplio frente opositor tendría como telón social la creciente movilización de las organizaciones de jubilados, que todos los miércoles se reunían ante el Congreso, para reclamar la

recomposición de los haberes y rechazar la reforma del sistema previsional.

Ante esta amplia oposición el gobierno desplegó estrategias de fragmentación. Con los sindicalistas prevaleció el principio del palo y la zanahoria. Pocos días después de fracasar en el intento de lograr un dictamen favorable de la comisión, el gobierno reactualizó la cuestión de la reforma del sistema de obras sociales en el sentido de sancionar a los sindicatos por su renuencia en apoyar la reforma previsional. Pero también ofreció incentivos positivos, tales como la autorización para conformar administradoras de fondos de pensión.

El apuro y la ambivalente estrategia del gobierno fueron aprovechados, a su vez, por los disidentes del bloque oficial para introducir nuevas y sustanciales enmiendas al proyecto del ejecutivo. Días antes de la nueva reunión de la comisión que trataría la aprobación del dictamen, el bloque justicialista propuso la creación dentro del futuro sistema de una administradora estatal a cargo del Banco Nación. Esta administradora funcionaría como entidad testigo que permitiría cierta regulación del mercado. Sumada a la propuesta de establecer una doble garantía estatal de rentabilidad mínima, la nueva propuesta suscitó el apoyo de la bancada sindical y de otros disidentes del propio bloque oficial, como el diputado González Gaviola, autor de un proyecto alternativo. Tampoco faltaron promesas oficiales de hacer concesiones sobre otros temas que conformaban el catálogo permanente de los reclamos sindicales: se sugería la posibilidad de que futuros aumentos salariales no estuvieran atados a la productividad (*Clarín*, 23-02-93). Finalmente, estas concesiones destrabarían la reticencia sindical y facilitarían la aprobación del dictamen en la comisión.²³

²³ El apoyo sindical no sería monolítico ni carecería de la suficiente ambigüedad tendiente a mantener abiertas "todas" las alternativas. El

El gobierno también recurrió a la negociación individual con algunos diputados de origen provincial, sobre todo los que representaban a partidos que encabezaban gobiernos provinciales, y con los cuales se podía establecer transacciones vinculadas a la distribución de recursos desde el gobierno nacional.²⁴ En otros casos las negociaciones individuales con diputados no parecen haber tenido un trasfondo muy institucional. El repentino cambio de opinión de Juan Carlos Sabio, diputado por el partido Blanco de los jubilados, quien fue convencido de brindar su apoyo al dictamen de la mayoría oficialista (Isuani y San Martino, 1995), representa un capítulo de la *picaresca* política argentina, en el que seguramente también se trató de “recursos” y “transferencias”.

Tampoco estaría ausente algún golpe de fortuna acompañado por ardidés menores por parte del oficialismo. Al producirse la muerte del diputado liberal Federico Clérico, opositor al proyecto del gobierno, el presidente de la Cámara de Diputados evitó cubrir esta vacante, con lo que se lograba que el equilibrio de fuerzas dentro de las comisiones se modificara numéricamente en favor del oficialismo (Isuani y San Martino, 1995). Así, finalmente, es como se llegó a la reunión de la comisión del 24 de febrero de 1993, en la que se obtuvo la aprobación del dictamen por mayoría dentro de

secretario general de la CGT, Óscar Lescano, al mismo tiempo que anunciaba el apoyo cegetista y confiaba en la segura aprobación parlamentaria gracias a los cambios introducidos, no dejaba de jugar la carta “opositora” de recomendar al gobierno la realización de un plebiscito “si la oposición logra(ba) juntar el millón de firmas” (*Clarín*, 23-02-93). Aun dentro del sindicalismo peronista ortodoxo se mantendría oposición al proyecto oficial: así ocurriría con los metalúrgicos, que por medio del diputado vinculado al gremio, Luis Guerrero, se mostrarían renuentes a apoyar la reforma.

²⁴ Entrevista a Rafael Martínez Raymonda.

la comisión. Ahora quedaba habilitada la discusión de la ley en el recinto de la Cámara.

Hacia el tratamiento en el recinto legislativo

El itinerario parlamentario del proyecto de reforma previsional había pasado el primer gran escollo. Pero para lograr su aprobación en las comisiones de Presupuesto y de Previsión Social era necesario modificarlo sustancialmente para inducir la aprobación del sector financiero. Este último no tardaría en manifestar su inconformidad con la modificación que establecía la creación obligatoria de una AFJP estatal, pero sobre todo con la doble garantía que ésta podría otorgar. Según los bancos, introducía un mecanismo de "competencia desleal" que distorsionaría el funcionamiento del mercado. En una declaración pública, la Asociación de Bancos de la República Argentina (ABRA) emitió su veto al artículo 39 del proyecto de ley que contenía las cuestionadas funciones de la administradora estatal de fondos de pensión (*Clarín*, 06-03-93).

La primera reacción del ejecutivo al contenido del proyecto que finalmente habían aprobado las comisiones fue reiterar su defensa del proyecto original y hacer evidente su intención de vetar los artículos cuestionados si se mantenían en la ley definitiva.²⁵ Esta intempestiva reacción amenazó con desbaratar los trabajosos acuerdos que se habían alcanzado dentro del propio bloque oficialista y con las fuerzas aliadas como los partidos provinciales. Las tensiones que resurgieron dentro de la coalición propia bloquearon el primer intento para tratar la aprobación de la nueva ley. Varios diputados oficialistas expresaron su inconformidad a la amenaza de veto presidencial, y el bloque oficialista

²⁵ Declaraciones de Schulthess en *Clarín*, 06-03-93.

no logró reunir el *quorum* necesario para que la Cámara sesionase, por lo que debió postergarse el debate sobre el proyecto. Dentro de la CGT también se manifestaron tensiones derivadas de la amenaza oficial de vetar las modificaciones que los diputados de origen sindical habían impulsado. Las sucesivas concesiones con que el gobierno había conseguido el apoyo sindical (tanto la autorización de que los sindicatos formaran administradoras de fondos de pensión como la creación de una entidad estatal que otorgaría garantías especiales) no habían logrado alinear al conjunto del sindicalismo cegetista. La entidad representativa del sindicalismo peronista tradicional se había mantenido en la oposición al proyecto, y había presionado dentro de la CGT para rechazar la propuesta oficial. No obstante, el sindicalismo más progubernamental había logrado imponer su criterio, y la conducción sindical había ratificado el apoyo al proyecto oficial, pero "condicionado" a que no se vetaran las modificaciones introducidas por los diputados (*Clarín*, 10-03-93). Solamente de este modo se lograba evitar una ruptura con los sindicatos cegetistas disconformes.

En la oposición total al proyecto oficial se alineaba la central sindical opositora, el Congreso de los Trabajadores Argentinos, que anunció una movilización conjunta con las organizaciones de jubilados para el 10 de marzo de 1993, en la que se presentaría el petitorio con un millón de firmas que rechazaba la reforma previsional. El partido radical también se mantuvo en la oposición total al proyecto, y luego de la aprobación en la comisión, anunció que recurriría a la estrategia de no reunir *quorum* en el parlamento para impedir su definitiva aprobación. También decidió participar en la movilización convocada por los sindicatos disidentes y las organizaciones de jubilados.

El arco opositor a la reforma seguía siendo amplio y heterogéneo, pero la suerte política del proyecto dependió, en última instancia, del modo en que el oficialismo logró conci-

liar sus diferencias internas, además de establecer acuerdos con partidos menores. El conflicto entre ejecutivo y parlamento revelaba cierta particularidad del Partido Justicialista que demostraba capacidad para ser oposición y gobierno a la vez (Torre, 1995). Esta capacidad para "capturar" contradicciones, reflejando posiciones con la amplitud del sistema político global, hizo que la búsqueda de consensos se resolviera en gran medida como una cuestión intraoficialista. Dadas estas condiciones, la lógica de la coalición gobernante se volvía determinante para entender el desarrollo de la política.

Entre febrero y abril de 1993, el ejecutivo fracasó en cuatro oportunidades para obtener el *quorum* suficiente que permitiera el tratamiento del proyecto de ley. Descontada la negativa del Partido Radical a entrar en el recinto para reunir el *quorum* suficiente, el grupo oficialista estaba trabado en una constante negociación con partidos provinciales que, ante el peso político inusitado que les brindaba la situación, acentuaban sus exigencias para brindar apoyo al proyecto. Sin embargo, el problema principal seguía siendo disciplinar a la "tropa propia". Varios diputados oficialistas seguían expresando dudas ante lo que parecía un probable veto parcial a las modificaciones introducidas. La consecuencia sería el reiterado fracaso en alcanzar el número de 130 presentes en el recinto, que habilitara la discusión del proyecto de reforma.

Ante la persistente demora por aprobar la reforma, los bancos ejercieron nuevas presiones, esta vez a través de un vocero calificado. William Rhodes, presidente del Comité de bancos acreedores de Argentina, manifestó, hacia fines de marzo, la "inquietud e intranquilidad" existente entre los bancos miembros por las demoras en aprobar la ley. No faltaron versiones que aludirían a un nuevo consenso concertado entre algunos de los grupos económicos interesados en lanzar AFJP insinuando que un decreto de necesidad y ur-

gencia ya "no sería algo tan negativo", y que las decisiones de inversión de ese grupo no se alterarían por un procedimiento que inicialmente había sido descartado (*Clarín*, 26-03-93). Empero, la opinión predominante prefería esperar la aprobación parlamentaria.

Finalmente, el oficialismo obtuvo el *quorum* suficiente de 130 diputados presentes, y a mediados de abril de 1993 se habilitó el tratamiento de la reforma previsional. Pero una nueva e importante concesión debió otorgarse para que el proyecto oficial lograra otro paso adelante: el gobierno admitió la posibilidad de introducir la opcionalidad entre un sistema de reparto estatal y el de capitalización, en lugar de la afiliación obligatoria a este último. Además se acordó la formación de una comisión parlamentaria para arribar a un acuerdo con la oposición. No obstante, aun así, no fue posible un acuerdo: el Partido Radical seguía insistiendo en que el sistema de reparto estatal fuera obligatorio, y el sistema de capitalización complementario y voluntario. El justicialismo, por su parte, se rehusaba a dar un carácter complementario al sistema de capitalización. Por otro lado el bloque demo-progresista proponía un sistema de reparto estatal, y que sólo se capitalizaran cuatro puntos del aporte de los trabajadores. Esta solución intermedia tampoco fue aceptada por el oficialismo. Ante la imposibilidad de encontrar un acuerdo con la oposición, el partido gobernante dependía, más que nunca, de la concurrencia plena de sus propios legisladores para aprobar la reforma, pero éstos habían demostrado reiteradamente su incapacidad para obtener el *quorum* necesario.

Nuevamente los diputados de origen sindical volvieron a presionar para garantizar su asistencia a la sesión parlamentaria que trataría el proyecto de ley. La CGT condicionó el apoyo de sus diputados a que el gobierno confirmara su aceptación de que los trabajadores activos podrían continuar optando entre el nuevo sistema de capitalización y el

sistema de reparto estatal. Al lograr la concurrencia de los diputados sindicales renuentes, este acuerdo de última hora, que alejaba significativamente el proyecto de su versión original, permitió al oficialismo reunir el mayor número propio posible de diputados en el recinto. Éstos eran aquellos vinculados a las 62 organizaciones que hasta ese momento se oponían a la reforma. Había caído otro obstáculo para la aprobación del proyecto de ley.

La aprobación en la Cámara de Diputados

El itinerario parlamentario del proyecto de ley llevaría al ejecutivo a hacer todavía más concesiones. La decisión del Partido Radical de continuar con su negativa a dar *quorum* para iniciar las sesiones mantuvo en un estrecho margen el número de diputados necesario para habilitar las sesiones y votar. Frente a la urgencia del grupo oficial, estas condiciones otorgaban un gran poder de veto a legisladores que quisieran obtener nuevas modificaciones al proyecto de ley. La principal fue la introducción de una Prestación Adicional por Permanencia (PAP). Al establecerse la posibilidad de opción, el nuevo sistema de reparto estatal debía poder competir con el sistema de capitalización. Por tanto, era necesario introducir en el futuro sistema de reparto una nueva prestación por permanencia para quienes eligiesen permanecer en él. En principio, ante el nuevo diseño que tendría, se había establecido que la PAP sería equivalente a 0.5% por cada año de permanencia en el nuevo sistema de reparto paralelo. En el debate parlamentario surgirían voces provenientes de casi todos los bloques sobre el nivel de insuficiencia de la PAP que la volvía escasamente competitiva en comparación con lo que podrían ofrecer las AFJP. Esto hizo que el bloque oficialista, y a instancias de los diputados sindicales, decidiera introducir una nueva modificación, llevando la PAP a 0.85% en lugar de 0.5 por ciento.

El otro aspecto intensamente discutido fue la doble garantía que, conforme se había propuesto anteriormente, otorgaría la AFJP del Banco Nación. Según este mecanismo, el Estado nacional garantizaría tanto en pesos como en dólares los aportes efectuados a la administradora del banco oficial. De hecho, esta disposición significaba el otorgamiento de un seguro de cambio para quienes optasen por la AFJP del Banco Nación, lo que implicaba una clara ventaja competitiva con respecto a las administradoras privadas. Luego de que se decidiera la opcionalidad entre el sistema de reparto y el de capitalización, el ministerio de economía insistió en que se suprimiera la disposición de la doble garantía, argumentando que la nueva estructura la volvía injustificada. El debate parlamentario sobre este punto consistió en reclamar al ejecutivo garantías políticas de que la doble garantía no sería vetada, tanto desde el bloque oficial como desde la oposición. Ante las posiciones conflictivas dentro del bloque oficialista sobre este punto, el sistema de garantías se mantuvo, contraviniendo los deseos del ejecutivo.

Finalmente el proyecto de reforma previsional fue aprobado en la Cámara de Diputados el 6 de mayo de 1993. Ahora quedaba por delante la aprobación en la Cámara de Senadores. El proyecto aprobado por la Cámara de Diputados incluía aspectos que habían sido rechazados por los principales interesados en la reforma: el poder ejecutivo y el sector financiero. El ejecutivo rechazaba la doble garantía y pretendía que el incremento del reconocimiento estatal a quienes permanecieran en el sistema de reparto (PAP) volviera al anterior valor prefijado de 0.5% en lugar de 0.85%. Al ejecutivo se le planteaban dos estrategias para modificar la ley: influir sobre los senadores para que éstos introdujeran cambios, o bien esperar la definitiva sanción y modificar los puntos cuestionados por la vía del veto presidencial.

Consultores y representantes del sector financiero asegurador expresaron serios reparos sobre el contenido del

proyecto que había salido de la Cámara de Diputados. Los cambios introducidos respecto del proyecto original presentado por el ejecutivo habían producido un “cambio de expectativas” y se decía que algunos grupos podían llegar a “desistir del negocio”. Se afirmaba que luego de las modificaciones diversos grupos económicos interesados en participar en el negocio estaban rehaciendo sus estimaciones de rentabilidad y otros desistiendo de la inversión, pues las garantías del Banco Nación habían cambiado el mercado. Con las disposiciones aprobadas, se volvía “a estatizar el riesgo”, contradiciendo la tendencia general de la economía, y la PAP implicaba un sesgo en favor de la opción por el sistema de reparto (Informe Asegurador, 23, julio de 1993).

La aprobación en el Senado

En principio, el Senado demoró en su aprobación de la ley. Si la Cámara Alta se inclinaba por introducir modificaciones en la iniciativa aprobada por los diputados, el proyecto debía volver a la Cámara de origen para proceder a su revisión. Este procedimiento, que hubiera retrocedido el proceso siguiendo de nuevo un incierto itinerario en la Cámara Baja, podía implicar la demora indefinida de la aprobación del proyecto de ley. Por otra parte, las modificaciones por las que podría inclinarse el Senado no estarían dirigidas a adecuar la ley a lo que reclamaba el Poder Ejecutivo. Ante estos riesgos, el ejecutivo optó por presionar al Senado para una rápida aprobación sin modificaciones, anticipando que una vez obtenida la aprobación se podrían cambiar los puntos cuestionados por la vía del veto parcial o por una ley correctiva.²⁶

²⁶ En el mes de agosto de 1993 el ministro Cavallo, ante un auditorio compuesto por empresarios y banqueros, les recomendó a éstos hacer “lobby” sobre el Senado para obtener la rápida aprobación de la ley, pero

El Senado aprobó la reforma previsional sin introducir cambios al proyecto el 23 de septiembre de 1993, enseguida el ejecutivo empezó a presionar para lograr una ley modificatoria que suprimiese la resistida cláusula de la garantía en dólares del Banco Nación. La ley aprobada, finalmente, fue derogada por decreto en mayo de 1994, lo cual significaba un veto parcial, pues ninguna de las disposiciones más importantes introducidas en la sede parlamentaria quedaron vetadas.

Hagamos ahora un análisis más detenido de las modificaciones introducidas en la sede parlamentaria y de su efecto potencial en la calidad de la reforma. Los diputados habían modificado el cálculo de la Prestación Básica Universal (PBU) llevándola a un porcentaje equivalente a 27.5% (en vez de 20%) del salario medio de la economía establecido por el proyecto oficial. Con esta modificación se mejoraba el componente de equidad de la reforma al incrementarse el valor de la PBU, una prestación relativamente uniforme para todos los beneficiarios del sistema. Por ende, quienes percibían salarios por debajo del salario medio de la economía se verían beneficiados. Obviamente esta solución incrementaba la carga fiscal del nuevo sistema. Sin embargo, era una prestación que podía ser financiada en forma viable con una tasa de sostenimiento de 1.7, objetivo alcanzable en el mediano plazo (Cetrángolo, 1994).²⁷

evitando forzar modificaciones porque el retorno a la Cámara de Diputados implicaría que "la oposición le pondrá obstáculos y la ley no sale más". "No distraigan la atención buscando perfeccionamiento marginales", luego "habrá tiempo de corregir los puntos que pueden merecer críticas" (*Clarín*, 20-08-93).

²⁷ Estamos presentando los cálculos que hacían viable esta prestación tal como fue diseñada en la ley de reforma aprobada. Con la llamada Ley de Solidaridad Previsional, aprobada a comienzos de 1995, el Estado garantiza el monto de la PBU de acuerdo con sus disponibilidades presupuestarias.

En cambio, la Prestación Compensatoria (PC) establecida como mecanismo de reconocimiento de los aportes efectuados al anterior sistema, sufrió una disminución de su valor como consecuencia del debate parlamentario, pasando de 60% a 52.5% del salario medio.²⁸ No obstante esta disminución, que compensaba el incremento de la PBU, el diseño de la Prestación Compensatoria mantenía una inconsistencia entre el nivel de gasto que representaba y los recursos para financiarla previstos por el ejecutivo (Cetrángolo, 1994). El incremento en la Prestación Adicional por Permanencia (PAP) fue introducido por el parlamento sin ningún respaldo actuarial que demostrara su viabilidad. Su efecto se sentiría en el largo plazo cuando aumentaría significativamente el número de jubilados con varios años de permanencia en el régimen de reparto. En el corto y mediano plazos, en tanto beneficiaría a quienes optaban por permanecer en el viejo sistema, contribuiría a mantener un flujo mayor de aportes en el sistema de reparto.

Los cambios introducidos por el parlamento también modificaron la estructura del nuevo sistema con respecto al proyecto original y mejoraron la calidad de la reforma. La opcionalidad entre los dos sistemas, al significar que el sistema de reparto seguiría reteniendo un amplio número de afiliados, impedía la desfinanciación total del sistema público, lo que disminuía considerablemente el costo fiscal de la reforma. Además, la opcionalidad atenuaba considerablemente la lógica de un sistema que aseguraba mercados cautivos a un escaso número de grupos económicos mediante la afiliación obligatoria al régimen de capitalización.²⁹

²⁸ Ambos porcentajes corresponden al caso de haber alcanzado el total de años con aporte al viejo sistema.

²⁹ El parlamento logró que durante dos años se mantuviera abierta la posibilidad de volver al sistema de reparto, y recientemente se han

Los cambios que se introdujeron permitieron diversificar las opciones que existían para los beneficiarios. De hecho, se crearon tres destinos alternativos para los aportes de los trabajadores: un sistema público de reparto, un sistema de capitalización con administración estatal (la AFJP del Banco Nación) y un sistema de capitalización bajo control de las AFJP privadas.

Aun cuando el propio gobierno inicialmente favoreció la opción por el sistema de capitalización, y la ley de Solidaridad Previsional suprimió los incentivos que anteriormente ofrecía el sistema de reparto, la opcionalidad se mantuvo, reapareciendo cada tanto proyectos de ley dirigidos a permitir el retorno al sistema de reparto para los afiliados al régimen de capitalización.

Finalmente, la creación obligatoria de una administradora testigo con control del Estado nacional proveyó a éste de un importante instrumento regulatorio que se mantiene independientemente del veto a la garantía en dólares, aunque dependerá de la voluntad política el hecho de que se recurra a él.

A pesar de que Schulthess reconoció su oposición inicial, no sólo a la introducción de la doble garantía sino también a que se formara una administradora del Banco Nación (por implicar una posible distorsión del mercado), él mismo propuso posteriormente que se recurriera a la administradora *testigo* para “romper el acuerdo” entre las AFJP de no bajar sus comisiones, de tal modo de contrarrestar la aparente *cartelización* del mercado por estas empresas.³⁰

presentado proyectos legislativos para reabrir la posibilidad de retornar a dicho sistema. A diferencia de Uruguay, la reforma argentina permite que quien se incorpora al mercado de trabajo mantenga la posibilidad de optar entre el sistema de reparto y el de capitalización.

³⁰ Entrevista a Walter Schulthess.

LOS ACTORES FRENTE A LA REFORMA
Y SU LÓGICA DE ACCIÓN*Las organizaciones de jubilados*

Dado el reducido universo de jubilados organizados (10% según cifras de las propias organizaciones), no deja de sorprender el alto grado de fragmentación que predominaba entre ellos. Esto se debía en parte a la fuerte vinculación que varias de estas organizaciones mantenían con los alineamientos sindicales de su previa vida laboral. Por ejemplo, el Plenario Permanente de Organizaciones de Jubilados estaba vinculado con la Central de Trabajadores Argentinos, la central sindical opositora, y reunía en su interior a organizaciones pertenecientes a distintos gremios afiliados a esa central.³¹

El Movimiento de Trabajadores Argentinos, corriente cegetista disidente, también contaba con la vinculación con algunas organizaciones de jubilados: los jubilados de la UTA (transporte automotor), telefonistas, agentes de propaganda médica, etcétera. Por su parte, la CGT también había creado una Confederación General de Jubilados y Pensionados. La vinculación con sindicatos permitía a las organizaciones de jubilados resolver problemas de acción colectiva, al poder disponer de recursos organizacionales que generaban

³¹ Las principales entidades que reúne el Plenario son: el Centro Nacional de Jubilados y Pensionados, directamente vinculado a la Asociación Trabajadores del Estado (ATE), y la Mesa Coordinadora Nacional, que refleja experiencias políticas previas antes que una pertenencia sindical. Dentro del Plenario también se encuentran docentes, personal de dirección de ferrocarrileros y señaleros. La mayoría de los miembros de las comisiones directivas de estas organizaciones estuvo activa en sus sindicatos durante su vida laboral (entrevista a Amancio Pafundi).

incentivos para captar afiliados (Kay, 1995). El Centro Nacional de Jubilados y Pensionados utilizaba parte de la estructura de la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) para mantener centros de jubilados que ofrecieran servicios médicos y personales, o viajes turísticos en hoteles sindicales.³² La organización vinculada a la CGT contiene a los jubilados de los sindicatos más poderosos, que al disponer de mayores recursos, pueden mantener los centros de jubilados en su órbita y condicionados a los lineamientos políticos que siga la central sindical.³³

A pesar de las semanales marchas de jubilados los días miércoles frente al Congreso, el efecto de la presión directa de los jubilados sobre la formulación de la política fue poco perceptible. La capacidad de las organizaciones de jubilados para articular una oposición efectiva era débil. Algunas de las medidas concedidas por el gobierno quizás restaron bases a la movilización opositora de los jubilados. Por ejemplo, el hecho de que los fondos obtenidos de la privatización de YPF fueran utilizados para cancelar parcialmente las deudas con los jubilados probablemente contribuyó a fragmentar una oposición unificada a la reforma (Gerchunoff y Torre, 1996). Tal vez la principal contribución de la movilización de los jubilados haya consistido en inducir una percepción de riesgo electoral por parte de los legisladores en lo atinente a esta política, pero poco significó en capacidad de veto o de influencia sobre los términos de la reforma. En el inicio la presión ejercida por los jubilados no fue una respuesta al proyecto de reforma porque sus organizaciones

³² Entrevista a Amancio Pafundi.

³³ Muchos centros de jubilados también reciben subsidios del PAMI (la obra social de los jubilados con control estatal), lo que permite financiar servicios y actividades a los afiliados, pero, obviamente, no construir acción colectiva en oposición a iniciativas gubernamentales.

percibieron que se aplicaría solamente a los futuros jubilados.³⁴ La activación de las organizaciones de jubilados era previa a la reforma, y se enfocaba fundamentalmente en la oposición al congelamiento del monto de las pensiones. Sin embargo, aun cuando el grado de representatividad de estas organizaciones fuera discutible,³⁵ la activación de este actor y el evidente deterioro de las condiciones de vida de los jubilados lograron constituir la cuestión previsional en un foco altamente sensible para la opinión pública. Para los legisladores, cualquier “salto al vacío” en la materia (Palermo, 1995), aunque no estuviera vinculado directamente a la situación de los ya jubilados en estos años, podía tener costos político-electorales. Por tanto, el efecto de la movilización de los jubilados fue indirecto: como consecuencia del gran despliegue de los medios que acompañaban las periódicas marchas y otros actos, sirvió para mantener un foco de atención pública sobre la cuestión previsional. De algún modo “escenificaba” la situación de los jubilados, aunque con el riesgo de atención decreciente que implica la rutinización en los medios. No obstante, esta movilización no brindaba mayor visibilidad y conocimiento público a una política de reforma cuyos contenidos resultaban poco transparentes por definición. La sociedad podía constatar que la cuestión de los jubilados era algo “importante” y tal vez “grave”, pero en realidad esto podía ocasionar un singular deslazamiento pues lo que fundamentalmente estaba en discusión era la cuestión de los jubilados futuros.

El conjunto de factores que he señalado impidió que la movilización de los jubilados pudiera constituirse en un

³⁴ Entrevista a Eduardo Santín.

³⁵ Según Amancio Pafundi, presidente de una de las más importantes organizaciones de jubilados, sólo 10% de los jubilados estaría organizado.

movimiento autónomo con capacidad de oponerse a, o influir sobre, la reforma previsional. Dentro del ámbito de los actores sociales la cuestión quedó en manos de los sindicatos.³⁶ Es interesante observar que si la principal estrategia de las organizaciones de jubilados consistió en “ganar la calle” como modo de manifestarse contra el proyecto oficial, cuando partidos y sindicatos opositores convergieron en la tradicional movilización de los jubilados, en repudio a la reforma y para reclamar un plebiscito, el protagonismo de éstos quedó totalmente diluido (*Clarín*, 11-03-93).

Los sindicatos

Como hemos visto en el apartado anterior, el ala política del gobierno menemista buscaba poner contrapeso a las iniciativas más radicales de los técnicos de economía cuya puesta en marcha podía erosionar definitivamente las bases de poder de los sindicatos. El ala política evitaba los riesgos electorales probables de una ruptura total con el sindicalismo. La lógica de la coalición menemista ofrecía ciertas oportunidades de veto a los sindicatos, que permitieron que éstos atenuaran las desfavorables relaciones de fuerza con el gobierno. Esta dinámica política, junto con el nuevo contexto económico que se creó a partir de 1991, abrió espacios de negociación con los sindicatos. Éste fue el espacio político que permitió a los sindicatos más progubernamentales en-

³⁶ Aquí es interesante observar la autopercepción de las propias organizaciones de jubilados. Según Miguel Zárate, presidente de la Mesa Coordinadora Nacional de Jubilados: “Evidentemente, formamos parte del movimiento obrero; fuimos paridos por el movimiento obrero porque todos somos trabajadores. Pero además, nacimos como organizaciones de jubilados dentro de los propios sindicatos” (*Gacetilla informativa del II Encuentro Nacional de Organizaciones de Jubilados*, Buenos Aires, 24-26 de octubre de 1995).

contrar una forma de reacomodo ante la reforma previsional que impulsaba el gobierno.

Las políticas oficiales también encontraron oposición entre los sindicatos. A partir de 1993 se conformó una nueva central opositora, la Central de Trabajadores Argentinos, que reunió sobre todo a gremios estatales, uno de los sectores más afectados por el ajuste. Y desde febrero de 1994 surgió como corriente disidente dentro de la propia CGT el Movimiento de Trabajadores Argentinos. Pero la actitud que prevaleció entre los sindicatos más poderosos y otros sindicatos menores, que mediante la identificación política con el gobierno buscaban obtener prebendas para sus organizaciones, fue una línea general de apoyo no exenta de constantes juegos de presiones y regateos. El apoyo al gobierno puede ser explicado, por un lado, por la lógica de los intereses, sobre todo entre los sindicatos vinculados a las privatizaciones y con capacidad para reconvertirse en gestores de unidades de negocios, donde predominó la expectativa de que se daban nuevas condiciones estructurales que permitirían "ser parte de un proyecto que los incluía" (Tomada, 21-10-96). Por otro, la gestión oficial también se vio favorecida por un consentimiento tácito o pasivo emergente por parte de un grupo tal vez mayoritario de sindicatos. Éstos, a la espera de un cambio favorable de las condiciones (Acuña, 1995), preferían la tolerancia al enfrentamiento, a pesar de estar en desacuerdo con el rumbo general de la política socioeconómica.

Los sindicatos fueron el principal actor que logró introducir cambios en el proyecto oficial, ya fuera desde el propio ámbito corporativo, cuando hacia fines de 1992 se firmó el acuerdo entre gobierno, sindicatos y empresarios, o bien, en forma indirecta, a través del ámbito parlamentario, aprovechando el peso que los diputados sindicalistas alcanzaron dentro del bloque oficialista en alianza con otros miembros del mismo bloque (por ejemplo, González Gaviola).

Los sindicalistas lograron: primero, la posibilidad de que los sindicatos también pudieran formar AFJP, lo que no estaba previsto en el proyecto original pues sólo se autorizaba a sociedades anónimas. Luego, presionaron exitosamente para que el proyecto estableciera la creación obligatoria de una administradora del Banco Nación, que brindaría una doble garantía en dólares y en pesos. Finalmente, impusieron la posibilidad de optar por el sistema de reparto o capitalización.

Pero estas concesiones también significaron los pasos que a la postre llevarían a la aprobación de la reforma previsional, que incorporó, de acuerdo con el objetivo fundamental del gobierno, el sistema de capitalización. La *saga* del sindicalismo peronista tradicional frente a esta ley reprodujo una dinámica bien conocida por este actor: de la oposición frontal a la iniciativa gubernamental se pasó, mediante un constante juego de presiones, negociaciones y regateos, a brindar apoyo a la reforma, pero habiendo incorporado importantes cambios.

La oposición inicial de la CGT a la iniciativa gubernamental se manifestó claramente en mayo de 1992.³⁷ En respuesta a las versiones recogidas por la prensa que ya divulgaban las características del proyecto oficial que se presentaría al mes siguiente en la Cámara de Diputados, la CGT, junto con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), convocó a un seminario con participación de diversos sectores involucrados en el tema. En esta ocasión, el entonces secretario general de la CGT, Óscar Lescano, se manifestó totalmente adverso al proyecto oficial: “no vamos a permitir que liquiden nuestro sistema previsional”.³⁸ No obs-

³⁷ Aquí es conveniente aclarar que la otra central sindical, el CTA, rechazó desde el comienzo el proyecto de reforma previsional y mantuvo su oposición hasta el final.

³⁸ Entrevista a Javier Slodsky.

tante el predominante tono de enfrentamiento que caracterizó al seminario, la intervención de un representante de una AFP chilena introdujo una novedosa perspectiva sobre la reforma previsional, en la que no dejarían de encontrar justificación algunos sindicatos argentinos a la hora de virar hacia el apoyo de la reforma. El representante de la AFP de los profesionales chilenos sindicalizados sostuvo la conveniencia de que los sindicatos participaran en el nuevo sistema previsional de capitalización, ya que éste era en sí mismo un instrumento neutro y dependía que se diera o no la participación sindical para que sirviera a la democratización social en vez de la concentración económica.³⁹

Más allá de las "inspiraciones doctrinarias" provenientes de la experiencia chilena, la demanda gremial para conformar AFJP emergió de nuevos incentivos favorables a una reconstitución del poder sindical, ya introducidos por la política de privatizaciones. Este proceso de reconstitución nos remite al llamado modelo de sindicalismo de negocios o servicios⁴⁰ que implica un cambio cualitativo en el modelo organizacional mediante la incorporación de estrategias empresariales, pero que al mismo tiempo no hace más que potenciar una tendencia ya presente en el sindicalismo argentino: privilegiar la red de servicios sociales como vínculo con el afiliado.

Sin embargo, las sucesivas concesiones que los sindicatos oficialistas obtuvieron muestran objetivos que no eran totalmente consistentes entre sí. Estas inconsistencias permiten suponer que el proceso de constitución del nuevo interés sindical reflejaba distintos ritmos de transformación aun entre los mismos sindicatos, por lo que esta nueva estrategia organizacional no era hegemónica dentro del sindi-

³⁹ *Idem.*

⁴⁰ Sobre este tema véase Murillo (1997).

calismo. Detrás del acuerdo de fines de 1992, cuando se logró la autorización para conformar administradoras sindicales, parece que ya operaba esta nueva lógica que buscaba adaptarse a las nuevas reglas de juego. Tal vez no sea casual que el entonces secretario general de la CGT, Óscar Lescano proviniera del gremio de Luz y Fuerza, el sindicato que más temprana y orgánicamente se había inclinado por, y más lejos había llevado, el nuevo modelo de "sindicalismo de negocios o servicios". Sin embargo, y sin pretender deducir mecánicamente un posicionamiento político circunstancial de la lógica de los intereses, el hecho de que varios diputados de origen sindical no concurrieran a la sesión en la que el oficialismo esperaba aprobar el dictamen de comisión, pocos días después del acuerdo, demuestra que esta concesión no bastó para alinear el conjunto de las opiniones sindicales reflejadas en el bloque de diputados gremiales.

La siguiente concesión que obtuvieron los sindicatos es un claro indicador de la falta de consistencia estratégica y de homogeneidad de intereses que mostraba el universo sindical, aun dentro de los que gradualmente acabarían apoyando la reforma. Se trata de la creación obligatoria de una administradora estatal, que además tendría la ventaja competitiva de la doble garantía. Si la primera concesión obtenida estaba dirigida a participar del nuevo espacio de negocios privados que se abría, este nuevo reclamo era decididamente inconsistente con ese interés, pues también las administradoras sindicales se verían afectadas por la ventaja competitiva de la AFJP del Banco Nación.

Tanto este nuevo cambio que los sindicatos lograron introducir como el establecimiento de la opcionalidad y el incremento en el valor de la Prestación Adicional por Permanencia (PAP),⁴¹ que consiguió finalmente el alineamiento

⁴¹ El aumento del valor de la PAP buscaba mejorar los incentivos para permanecer en el sistema público de reparto, lo que también era

miento de todo el bloque gremial y permitió, junto con otras concesiones menores, la aprobación de la reforma, revelan que en la negociación con el gobierno, la CGT también buscaba obtener cambios al proyecto oficial en función de cuidar el logro de consensos internos amenazados por el desarrollo de la nueva lógica organizacional por la que optaban varios de los sindicatos más poderosos.⁴²

Para explicar las inconsistencias de los objetivos sindicales no debe hacerse excesivo hincapié, al menos en el momento de la reforma previsional, en la incidencia de una nueva lógica de los intereses que introdujera un corte estructural dentro del sindicalismo y permitiese deducir opciones estratégicas alternativas. En parte, la posibilidad de conformar AFJP sindicales era un nuevo incentivo para la conformación de un sindicalismo de negocios que se agregaba a los desarrollados por el proceso de privatizaciones, pero no se derivaba claramente de un interés preconstituido.

También puede considerarse que la posibilidad de consolidar un sindicalismo de negocios o de servicios no se dirime esencialmente en el mercado de los fondos de pensión, donde los sindicatos no podían tener más que una participación marginal,⁴³ sino fundamentalmente en el sistema de obras sociales. En este sentido, tampoco para aquellos que descubrían la oportunidad de sumarse al negocio de las AFJP estaba completamente claro cuáles eran las ventajas, y si éstas superaban los costos de brindar apoyo a la iniciativa oficial. No obstante, una vez aprobada la reforma, se sumarían varios sindicatos a los que, por estar vinculados a los procesos

contradictorio con los intereses de quienes querían participar en el negocio del sistema de capitalización.

⁴² Los conflictos que introduce al interior del frente gremial el desarrollo del "sindicalismo de negocios" se ven más claramente explicitados en el desarrollo de la política de obras sociales.

⁴³ Entrevista a Claudio Lozano.

de privatización, habían encabezado la reconversión hacia la nueva estrategia organizacional.⁴⁴

La actitud de los sindicatos que, como los diputados sindicales vinculados a las 62 organizaciones, se opusieron más fuertemente al proyecto oficial y no consideraron suficientes las concesiones hasta que se introdujo la opcionalidad, tampoco puede ser explicada desde una lógica unívoca. Podría considerarse que la gravitación de la lógica organizacional a la que seguía atado el liderazgo de la Unión Obrera Metalúrgica (el sindicato dominante en las 62 organizaciones) que mantenía su renuencia a incorporar estrategias de tipo empresarial,⁴⁵ significaba que esta línea sindical consideraba que no "obtenía nada" de la posibilidad de conformar AFJP sindicales, y por consiguiente no tenía incentivos que ofrecer para reorientar la posición de los legisladores vinculados a este gremio. Sucesivas concesiones sobre otros puntos serían necesarias para obtener el apoyo de estos diputados. También debe considerarse que la mayor oposición que este subsector de legisladores sindicales mantuvo no puede desvincularse del objetivo ni de la estrategia que perseguían las 62 organizaciones hacia fines de 1992 (*La Nación*, 02-01-93): se aproximaba la discusión de las nue-

⁴⁴ Aquí es conveniente aclarar que no todos los itinerarios hacia el sindicalismo de negocios repetirían los mismos pasos a través de la privatización y los fondos de pensión. Por ejemplo, el sindicato mercantil, uno de los que presentan mayor capacidad organizacional para enfrentar esta reconversión, al ser un gremio del sector privado no se pudo beneficiar con las transferencias de los activos públicos, ni tampoco participó destacadamente en la formación de administradoras de fondos de pensión, a excepción de la filial de zona norte. Sin embargo, con base en la amplitud de servicios y la extensa implantación de su obra social, así como de la administración de una vasta red de proveedores en el interior del país, el sindicato de Empleados de Comercio se ubicaba entre los promotores del nuevo modelo sindical.

⁴⁵ Entrevista a Recalde.

vas listas de candidatos para las elecciones legislativas en 1993, y una posición de mayor dureza frente al gobierno podía ser la mejor estrategia para obtener concesiones del menemismo para colocar a sus candidatos en las listas electorales. No es que este cálculo estratégico fuera ajeno al resto del sindicalismo oficialista, pero, considerado en el curso de la reforma previsional, se volvió más central para un sector sindical que no se beneficiaba con otras "monedas de cambio".

Adoptada en mayor o menor medida por todas las corrientes del sindicalismo cegetista, la estrategia tendiente a colocar candidatos de origen gremial en las listas oficialistas tendría un resultado en cierto modo paradójico. El recambio legislativo de 1993 representó el descenso más pronunciado en la constante tendencia a la disminución desde 1983 del número de diputados gremiales dentro del bloque justicialista: en aquel año había 35, mientras que para 1991-1993 eran 19, y en 1993 sólo quedaban 10, disminuyendo aún más hasta llegar a siete en los años posteriores (*Clarín*, 08-08-93). Seguramente, no puede descartarse que esta magnitud de descenso haya resultado de un intento del menemismo por contar con más disciplina dentro del bloque oficialista, y por consiguiente reducir el peso de los diputados de origen gremial.⁴⁶ No obstante esta tendencia,

⁴⁶ Esto también obedeció a que 12 diputados sindicales concluían su mandato en 1993 (*La Nación*, 02-01-93). Pero si observamos que el sindicalismo sólo alcanzó a compensar con tres diputados electos esta fuerte disminución, y si recordamos lo lejos que este número está del histórico 33% que anteriormente se le otorgaba al sindicalismo en las listas del justicialismo, no podemos dejar de concluir que los sindicatos atravesaban una coyuntura particularmente adversa dentro del bloque. Etchemendy y Palermo (1998) sostienen que los sindicatos lograron compensar esta constante disminución de curules mediante el control de la estratégica comisión de legislación del trabajo, que les permitía bloquear

los diputados sindicales continuarían gravitando a lo largo de la política de reforma laboral.

La relación ejecutivo-empresariado

En la acción del gobierno predominó una estrategia de acumular reformas estructurales, consideradas más como señales hacia los mercados que por su calidad intrínseca. Esta dinámica tenía por objetivo ganar reputación política entre los inversionistas, a quienes había que seducir mostrando un buen historial de reformas y la inquebrantable decisión política de aprovechar una relación de fuerzas favorable para volverlas irreversibles. Lanzado a la conquista sistemática del favor de los mercados, el gobierno justicialista tenía que extremar las muestras de que se había enterrado el pasado populista. En tal contexto, la calidad de las reformas era de importancia secundaria.

La proclividad del ejecutivo a “escuchar” privilegiadamente al empresariado se manifestó también en el curso de esta política. Los diputados consultados son unánimes: “durante el proceso de generación de la ley había una gran connivencia entre los técnicos que asesoraban a las (futuras) AFJP y los que asesoraban al Ministerio de Trabajo”.⁴⁷ Para Santín, la connivencia llegaba al punto de que algunos de quienes asesoraban a este Ministerio durante la reforma serían posteriormente miembros del cuerpo gerencial de las AFJP.⁴⁸ Para Baglini, “el acompañamiento político al gobierno para la reforma fue prácticamente nada más que del sec-

o influir en las iniciativas sobre cuestiones laborales. Sin embargo, este reaseguro no parecía tener demasiada influencia a la hora de discutir las reformas de la seguridad social.

⁴⁷ González Gaviola, entrevista.

⁴⁸ Entrevista a Santín.

tor asegurador y financiero".⁴⁹ Martínez Raymonda no dudaba en que se había dado una alianza explícita: "Para mí, éste era el compromiso que Cavallo tenía con los bancos".⁵⁰ Sin embargo, no se trata de una relación instrumental sino de la convergencia entre la necesidad para el gobierno de hacer excesivo hincapié en las señales al mercado con el fin de "comprar" credibilidad,⁵¹ y el objetivo de abrir nuevos espacios para los negocios por parte del sector privado. Este sesgo sistemático hacia el que se inclinó la gestión gubernamental está en la base de la estructuración de probabilidades diferenciales de acceso e influencia de los actores sociales al sistema decisonal y se manifiesta en la diferenciación entre el "polo fuerte" del ejecutivo y el "polo débil" del parlamento.

La relación Ejecutivo-Parlamento

En el desarrollo de la política de reforma previsional se estableció un nuevo equilibrio entre ejecutivo y parlamento, diferente del que había predominado en la mayoría de las reformas económicas. Esto obedeció a un doble proceso convergente. Por un lado, resultó de la articulación con la

⁴⁹ Entrevista a Baglini.

⁵⁰ Entrevista a Martínez Raymonda.

⁵¹ Sin duda, la sobreactuación de la conversión neoliberal del gobierno tenía subproductos más tangibles de corto plazo: emprender todas las reformas que se "debían realizar" garantizaba el acceso al financiamiento blando que habilitan los organismos financieros internacionales (entrevista a Óscar Cetrángolo), lo que podía facilitar la absorción del costo fiscal de la reforma. Sin embargo, este objetivo no parece haber sido el principal de la estrategia oficial en la coyuntura en que se instaló la reforma previsional. Durante 1994, cuando todavía duraba la "euforia" alentada por la mejora fiscal del ciclo 1991-1994, el gobierno podía arriesgarse a un incumplimiento de los acuerdos con el FMI.

dinámica de los actores sociales, en especial con el posicionamiento asumido por los sindicatos frente a la reforma. Como hemos visto a lo largo del itinerario de la política, los sindicalistas aprovecharon simultáneamente el espacio corporativo y el parlamentario para obtener importantes modificaciones en el proyecto oficialista original, en alianza con legisladores que también cuestionaban distintos contenidos de la reforma.⁵² Por otro lado, operaría una lógica interinstitucional más autónoma. En la interacción entre ejecutivo y parlamento, durante la reforma previsional, el objeto en disputa no sólo era el contenido de la ley sino también la redefinición de las reglas de juego en la relación entre ambos poderes.

Cerrado el ciclo decisionista inicial —o al menos puesto entre paréntesis durante un tiempo— el parlamento se inclinó por recuperar su autonomía institucional frente a un poder ejecutivo que había hecho de su avasallamiento un recurso sistemático de gobierno. El proceso de la reforma previsional se dio en un contexto, y presentó particularidades, que ofrecía oportunidades y motivaciones a un parlamento dispuesto a rediscutir los equilibrios institucionales de la primera fase. Las nuevas condiciones de estabilidad económica habían proscrito el recurso de “aprobación o caos”. La exigencia de garantizar seguridad jurídica a las inversiones descartaba el uso del decreto, así como la percepción parlamentaria de que la reforma previsional implicaba un

⁵² Como reconociera el diputado González Gaviola en su intervención en el debate parlamentario sobre la ley: “el fundamento de esta sustancial modificación que hemos realizado en el sentido de brindar la oportunidad de optar entre un sistema de reparto y otro de capitalización individual —opción que se instituye en el artículo 29 bis— fue propuesta por las organizaciones obreras e impulsada en el seno del Bloque Justicialista por los diputados de extracción gremial” (citado en Isuani y San Martino, 1995, p. 58).

mayor riesgo electoral, en el corto o el largo plazo, que otras políticas.

Sin necesidad de sostener la tesis de la desinstitucionalización como consecuencia en el largo plazo del patrón de acción unilateral de los gobiernos (O'Donnell, 1992), observaremos que la relación ejecutivo-parlamento que dominó durante la fase decisionista afectó el modo en que se desarrollarían los intercambios políticos entre ambas instituciones en procesos posteriores, y que, paradójicamente, los cambios intervenidos serían contraproducentes para el propio ejecutivo. En este sentido, el proceso de la reforma previsional constituyó un escenario en el que el parlamento recuperó personalidad institucional.⁵³ La política de reforma previsional representó un claro quiebre en el estilo anterior de acción gubernamental excluyente y unilateral. Una vez agotada la fase de la emergencia hiperinflacionaria que había brindado espacio a acciones discrecionales por la sola gravitación de los hechos, el gobierno había encontrado en la legitimación tecnocrática el modo de eludir las resistencias al decisionismo (Palermo y Novaro, 1996). Sin embargo, como hemos constatado en nuestro recorrido por el itinerario parlamentario de la reforma, esta lógica encontró límites.⁵⁴

Sindicalistas y legisladores del propio partido oficial, que ya mostraban clara renuencia a apoyar en su totalidad el proceso de reformas impulsado por el gobierno, habían encontrado la oportunidad de promover diversas concesiones atendiendo exclusivamente a criterios de racionalidad políti-

⁵³ Lo que no implica afirmar que esto no se haya dado con respecto a otras políticas durante esta nueva fase. Pero tal vez donde más acentadamente pueda observarse el nuevo posicionamiento parlamentario sea durante la reforma previsional.

⁵⁴ Sobre el modo en que el discurso tecnocrático acompañó el proceso de privatizaciones véase Iazzeta, 1996.

ca, con el consiguiente deterioro de la calidad técnica de la reforma. A lo largo del proceso legislativo, sobre todo en el momento de la aprobación en la Cámara de Diputados, fueron introduciéndose *al voleo* diversas modificaciones al proyecto inicial que afectarían la consistencia económico-financiera del nuevo sistema y aumentarían su costo fiscal. Dado que desistir de la reforma, para el ejecutivo, hubiera significado incurrir en un costo político todavía mayor (por representar una señal negativa para los grandes inversionistas nacionales y extranjeros), se siguió adelante a toda costa.

Las tensiones entre el ejecutivo y el parlamento reflejaron, y se superpusieron a tensiones dentro de la coalición de gobierno. El virtual veto parcial que siguió a la aprobación de la ley confirmó que los vetos durante la era Menem no fueron aplicados principalmente para controlar la oposición (Mustapic, 1995), sino que eran sintomáticos de las tensiones entre el gobierno y su coalición.

Desde la perspectiva de la calidad de la reforma, difícilmente puede hacerse un balance unívoco entre “errores” y “aciertos” en las modificaciones parlamentarias que remitieran a una dicotomía sencilla entre dos racionalidades, una económica y la otra política respectivamente encarnadas en los espacios institucionales del ejecutivo y del parlamento. Debe señalarse, empero, que fue la racionalidad política del ejecutivo lo que instaló la reforma previsional con fuerte centralidad en la agenda de la relación con el poder económico. El ministro Cavallo presionaba insistentemente al parlamento con la advertencia de que la reforma previsional era indispensable para garantizar la buena marcha del Plan de Convertibilidad, contribuyendo, de esta manera, a configurar las expectativas de los agentes económicos. De ese modo, la “sobreactuación” reflejada en la movilización de importantes recursos de gobierno para el logro del objetivo, así como el ritmo vertiginoso que el gobierno buscó imprimir a la reforma, lanzaron al ejecutivo a un iti-

nerario político sin retorno posible. Esto lo volvió vulnerable a las fuerzas que reclamaban cambios en la ley, pues superar estas “pruebas” y “obstáculos” sirvió también para demostrar la inquebrantable voluntad política de continuar y profundizar las reformas. Por tanto, no quedaba otra alternativa que la concesión sistemática para “desalojar” rápidamente todos los “obstáculos” que aparecieran, a excepción del núcleo duro de la reforma: implantar un sistema de capitalización. En cierto modo se ilustraba la paradoja de que “el populismo es un producto endógeno del estilo de gestión tecnocrático” (Bresser Pereira *et al.*, 1993).

Fue, entonces, la opción de la capitalización lo que más contribuyó a debilitar la posición del ejecutivo frente al parlamento, especialmente en cuanto al costo fiscal. A diferencia de las privatizaciones, la implantación de un sistema de capitalización implicaba una reforma estructural con un costo fiscal altísimo. Por consiguiente, los llamados del ejecutivo a la disciplina fiscal tuvieron que atenuarse por la propia naturaleza de la política escogida antes que por las concesiones a los miembros “distribucionistas” de la coalición. Los cambios que se introdujeron no podían medirse severamente contra el principio “absoluto” de la disciplina fiscal que, llevado hasta las últimas consecuencias, hubiera conducido a negar la conveniencia de la reforma.

Al mismo tiempo, la búsqueda de viabilidad política hacía soslayar, en el discurso oficial, la prioritaria “necesidad” de generar un mercado de capitales. Dicho discurso reivindicaba como motivación de la reforma el “resolver el problema de los jubilados”, por lo que entonces carecía de fuertes argumentos para rechazar modificaciones introducidas en nombre de mejorar los beneficios de los futuros jubilados.

CONCLUSIONES

Bresser Pereira y otros (1993) han definido cuatro estilos de gestión para instrumentar las reformas orientadas al

mercado. Uno, el *decretismo*, estuvo entre los dos más frecuentemente utilizados para gestionar las reformas neoliberales. Cuando el ejecutivo no dispone del recurso del decreto pero tiene mayoría en el parlamento, suele recurrir al *mandatismo*, mediante el cual el bloque de legisladores oficialistas asegura el mero refrendo de las iniciativas del gobierno. Ante la imposibilidad de implementar políticas mediante estos dos estilos característicamente hiperpresidencialistas, el proceso de la política se desplaza hacia el ámbito más deliberativo del *parlamentarismo*. Por último, cuando el campo de la representación se expande en el proceso de la política y se recurre a la concertación con los actores sociales, se configura un estilo que los autores denominan *corporativismo* o *concertación*.

Hemos mostrado que en el proceso de la política de reforma previsional claramente predominaron los dos últimos estilos. Primero, los vetos presidenciales no llegaron a modificar aspectos centrales de los cambios introducidos por el parlamento (por ejemplo, la opcionalidad). Luego, la posterior aprobación a comienzos de 1995 de la Ley de Solidaridad Previsional, en un contexto en que el ejecutivo nuevamente presionaba al parlamento con la posibilidad de una emergencia económica, presenta características no totalmente identificables con el *mandatismo*: en este caso, lo que habilitó la rápida aprobación de esta ley fue la colaboración de la oposición radical que permitió obtener *quorum* sin los reiterados fracasos que debió tolerar el oficialismo durante la ley de reforma.⁵⁵

⁵⁵ El cambio de la oposición radical, que pasó de negar sistemáticamente el *quorum* necesario para el tratamiento de la reforma previsional a aprobarlo sin demasiadas objeciones para la aprobación de la Ley de Solidaridad Previsional a comienzos de 1995, parece deberse a que en ese momento se estaba discutiendo el envío de fondos a la provincia de Río Negro (entrevista a Juan González Gaviola) en manos del Partido

Considerando el complicado itinerario de la reforma previsional, se desprende una clara evidencia: el mayor protagonismo del parlamento no bloqueó la reforma. Tampoco puede decirse que la mayor participación de los actores sociales, en parte articulada en el propio ámbito parlamentario, sirvió para vetar la política. Obviamente, la mayor participación de los actores sociales y políticos en el proceso de elaboración de esta política no tuvo un efecto neutral sobre su contenido. Como hemos mostrado, aunque el ejecutivo alcanzó el objetivo fundamental de introducir el sistema de capitalización, los legisladores y sindicalistas lograron imprimir importantes cambios en la reforma que la alejaron significativamente de su formulación inicial.

Vistas las cosas de esta manera, es probable que el estilo propenso a desarrollar lógicas de encapsulamiento tecnocrático para la gestión de las reformas orientadas al mercado haya servido más como estrategia tendiente a garantizar la "pureza ideológica" de ciertas políticas, que para desactivar a los "grupos de veto".

Mirada la reforma en retrospectiva, cierta fuga hacia la ideología era probablemente la estrategia más adecuada para promover una reforma basada en supuestos no comprobables ni comprobados. Como ha quedado en evidencia, los resultados de la reforma se alejaron considerablemente de los supuestos y los cálculos formulados por sus ejecutores.

A final de cuentas, el supuesto de que la adopción de un sistema de contribución definida generaría incentivos para

Radical y cuyo gobernador era el candidato a presidente del partido para las siguientes elecciones. Aunque esta transacción con el gobierno generó un importante nivel de conflicto dentro del bloque y el Partido Radical (entrevista a Raúl Baglini), sirvió, no obstante, para disciplinar la posición de los legisladores y facilitar la aprobación de la Ley de Solidaridad Previsional.

expandir la cobertura no se cumplió, pues el nivel de cobertura provisional cayó significativamente desde la implantación del nuevo sistema. Tampoco se cumplió el supuesto de que la competencia entre administradoras promovería la eficiencia, con lo cual se reduciría el costo administrativo y, por tanto, aumentaría el rendimiento de la cuenta de capitalización individual. El otro supuesto complementario para que funcione la competencia entre administradoras, esto es, la existencia de consumidores informados que elegirán aquellas que cobren la comisión más baja y paguen un rendimiento más alto, tampoco se ha cumplido. Diversos estudios muestran que la variación en el número de afiliados a las administradoras se explica mejor por el comportamiento de los promotores y el volumen de afiliados al inicio, es decir, por variables relacionadas con la imagen comercial de las AFJP.

Debido en cierto modo al altísimo costo fiscal de la reforma, cuyo cálculo fue subestimado en 50% del costo actual (Mesa Lago, 2004), el efecto favorable sobre el ahorro nacional debe ser asumido como un artículo de fe, cuya revelación última y afortunada requerirá décadas. Finalmente, la crisis económica que estalló a fines de 2001, y en cuyo componente de desequilibrio fiscal y endeudamiento público el efecto de la reforma fiscal tuvo fuerte incidencia, demostró que los sistemas de capitalización no eran inmunes al riesgo político, cuando el Estado entró en cesación de pagos y devaluó.

IV. LA REFORMA DE LA PREVISIÓN SOCIAL EN BRASIL

Laura TAVARES RIBEIRO SOARES*

En Brasil, la previsión social se refiere a aquella parte del sistema de seguridad social responsable por las jubilaciones, pensiones y otras prestaciones sociales. Los tres sectores que componen la llamada Seguridad Social —Previsión Social, Salud y Asistencia Social— constituyen el “núcleo duro” de la política social en Brasil, tanto en términos de su evolución institucional como de su estructura financiera. La denominación Seguridad Social fue adoptada a partir de la Constitución de 1988, con el fin de dar unidad y organicidad institucional y financiera a esas tres áreas sociales.

Las trayectorias recorridas por la evolución institucional de estos tres sectores fueron marcadas por diferencias importantes, a pesar de la confluencia formal/legal incorporada a la Constitución en torno a la seguridad social. Esta confluencia ocurrió, en nuestra opinión, por diversas razones. En primer lugar, se debió al momento político institucional absolutamente particular (en comparación con los demás ministerios del área social) vivido por el Ministerio de la Previsión y Asistencia Social o MPAS (donde estaba incluido el Instituto Nacional de Asistencia Médica Previdenciária o INAMPS), cuya gestión en el periodo 1985-1987 provocó

* Universidad Federal de Río de Janeiro. Traducido del portugués por Fátima Andreu y Viviane Brachet-Márquez.

importantes cambios en la asistencia médica y en la previsión social. La asistencia social fue la menos afectada por esos cambios, aun cuando los programas tradicionales fueron significativamente ampliados. Ese periodo está inserto en un contexto político general que corresponde al inicio de la redemocratización en Brasil, o la denominada Nueva República, caracterizada por una gestión pública progresista en diversos sectores sociales, particularmente en el sector de la previsión social, cuyos cambios anticiparon el propio texto constitucional de 1988, mismo que cambiaría sustancialmente la forma y el contenido de la cuestión social en Brasil.

Los cambios en el sector salud fueron encabezados por el INAMPS, órgano responsable no sólo de la mayor red hospitalaria y ambulatoria pública del país, sino también de las transferencias financieras realizadas a las redes estatales y municipales que sustentan más de 80% de las acciones de salud en el país. El primero de esos cambios fue la universalización¹ de toda la red del INAMPS que dio acceso a los servicios de salud a cualquier ciudadano, independientemente de si había cotizado en la Previsión Social. Las AIS (Acciones Integradas de Salud) se volvieron nacionales e incorporaron, en 1987, la totalidad de las entidades federales y la gran mayoría de los municipios. Su expansión permitió un notable incremento de la capacidad instalada de la red pública, sobre todo con la creación de la infraestructura de la red ambulatoria de cuidados básicos de salud, esen-

¹ Éste fue el primer acto firmado por el Presidente del INAMPS, Hélio Cordeiro, en 1985. Esta medida fue ratificada como uno de los principios más importantes de la seguridad social en la Constitución de 1988: el de la universalidad. Cabe aún registrar que Brasil fue el único país de América Latina que universalizó sus servicios de salud y de previsión. Con eso, cualquier ciudadano tiene hoy acceso a cualquier servicio de salud independientemente de tener o no un vínculo laboral formal o contribuir o no a la previsión.

cial para el desarrollo de políticas de universalización y descentralización. Este desarrollo se consolidó ese mismo año con la introducción del SUDS (Sistema Unificado y Descentralizado de Salud) que anticipó una serie de innovaciones consolidadas en la Constitución de 1988, como la universalización y la equidad en el acceso a los servicios de salud, la integralidad de la asistencia, la regionalización e integración de los servicios, la descentralización de las acciones y de los recursos, y el desarrollo de organismos gestores colegiados. Además del considerable incremento de recursos transferidos a los estados y municipios en ese periodo, el SUDS introdujo un mecanismo efectivo de descentralización de los recursos que hizo posible su distribución en forma más equitativa y bajo un control público efectivo: se trataba de la POI (Programación y Presupuestación Integradas) que, a diferencia del pago por servicios, no induce a la corrupción y sí posibilitaba un transparente monitoreo de los recursos programados, transferidos y efectivamente gastados.

A partir del gobierno de Collor, la brusca reducción del volumen de recursos transferidos, el desmontaje institucional y los cambios introducidos en los mecanismos de transferencia (regresando al criterio por producción de servicios e ignorando los gobiernos y órganos colegiados estatales), significaron un retroceso en el sector salud de tal extensión y gravedad que sus efectos se resienten hasta hoy. No hay, por tanto, cualquier linealidad en la evolución reciente de ese sector. La situación de deterioro en que se encuentra es fruto de políticas deliberadas que interrumpieron bruscamente un proceso de cambios que se apegaba a la Constitución. Sin embargo, no hubo, en el sector salud, una propuesta formal de reforma que se contraponga al Sistema Único de Salud (SUS), tal como la hubo en el de la previsión. El discurso dominante giró en torno a la "corrupción" y al "desperdicio" de las partidas presupuestales de salud, mientras que en el mundo real esas mismas partidas estaban gra-

dualmente cortadas, lo que agravaba cada vez más el desmantelamiento de la red pública de servicios de salud.

Muy distinto sería el destino de la previsión social, tema de este capítulo, que se vería envuelto en un intenso debate sobre sus vicios, insuficiencias e inequidades, que lo llevaría a una reforma formalizada en 1999. El punto de partida, desde los años de la década de 1980, o sea, antes de la promulgación de la Constitución de 1988, puede caracterizarse de la siguiente manera:

- Inexistencia de un plan único para todos los asegurados, con diferencias marcadas entre los regímenes urbano y rural en prestaciones, criterios de adjudicación y formas de cálculo de los gastos.
- Diferencias de tratamiento entre categorías de contribuyentes al interior de cada régimen.
- Incapacidad de los servicios existentes para cubrir los riesgos sociales básicos (de enfermedad, invalidez, vejez, muerte y desempleo) aun mínimamente tras décadas de declive.
- Profunda tendencia regresiva en la concesión de prestaciones, como el salario familiar, el apoyo a la natalidad y la enfermedad o los gastos funerarios para personas de bajos ingresos.
- Regresividad en la relación entre valor de la prestación y salario de cotización.
- Reducción considerable del volumen y de los gastos en servicios relacionados con accidentes y enfermedades del trabajo (riesgos de por sí sub-registrados).
- Aumento en la proporción de los jubilados a cerca de la mitad de los beneficiarios.
- Reducción de casi 50% en las pensiones pagadas a los jubilados en la década.

El cambio más importante en la previsión social, a mediados de la década de los años ochenta, fue haber hecho

uniformes las prestaciones entre las áreas urbanas y las rurales. En las rurales fueron considerablemente ampliadas, hecho subrayado en informes internacionales sobre la seguridad social en América Latina. Fue a partir de la Constitución de 1988, empero, cuando los derechos de Previsión de los trabajadores fueron ampliados y ratificados. Dada la verdadera obstrucción que opuso el gobierno de Collor a esta ampliación, y el hecho de que la reglamentación total de los dispositivos constitucionales no fue completada hasta 1992, el efecto de esos cambios en el gasto sólo apareció a partir de 1993. Como veremos adelante, mientras tanto, el aumento del gasto fue más que compensado por fuertes reducciones en los gastos de personal y transferencias al INAMPS, de tal suerte que el gasto total de la Previsión en 1993 fue inferior al de 1990. No existe ninguna evidencia más contundente de la quiebra o bancarrota de la Previsión Social Brasileña. Sin embargo, esta misma, ha sido el argumento central detrás de las propuestas de reforma de la Previsión por parte de los gobiernos de Collor, Itamar Franco y Cardoso. Estas propuestas, detalladas a continuación, tienen como objetivos centrales lograr el equilibrio financiero de las cuentas de Previsión, principalmente por medio del recorte de gastos. Las medidas concretas han sido la reducción de la lista de prestaciones previstas en la Constitución, por un lado, y la creación de un sistema privado de Previsión Complementaria, por otro, estimulado y subsidiado por recursos públicos.

Por último, las estructuras centralizadas y opacas de la Asistencia Social (que en Brasil forma parte de la previsión social en el nivel federal desde la década de los años setenta) fueron mantenidas con la creación del llamado Sistema Nacional de Previsión y Asistencia Social (SINPAS). En el proceso constituyente de 1988, no obstante, hubo gran movilización social y profesional del sector, inscribiendo la asistencia social en el capítulo de la Seguridad Social como

derecho del ciudadano, con modalidades totalmente diferentes de las hasta entonces prevaecientes en las instituciones federales. En 1993 su reglamentación fue instituida (por medio de la Ley Orgánica de la Asistencia Social, LOAS), pero hasta hoy, ninguno de sus preceptos legales se ha puesto en marcha. El sector, prácticamente sin partidas presupuestales y con los antiguos programas desmantelados, ha visto su campo de actuación limitado a iniciativas “comunitarias” y “solidarias”.

El financiamiento de la seguridad social es, sin duda, el punto más vulnerable. La Constitución de 1988 afirma que la seguridad social, entendida como una totalidad, debe ser financiada por *toda la sociedad* de forma *directa e indirecta*, mediante recursos de los presupuestos del gobierno federal, de las entidades federales, y de los municipios, las contribuciones sociales (patrones y empleados) y los ingresos por recursos entre los tres sectores negociados en cada ley presupuestaria anual. Lo que ha ocurrido desde 1990 es una “especialización” de las fuentes, resultando, por primera vez desde los años setenta, en una división donde todos los recursos contribuyentes van prácticamente hacia la previsión social, con alguna contribución mínima y residual para la asistencia social, y con algunos recursos fiscales (actualmente agregados a una contribución “previsoria” derivada de recursos financieros o CPMF [Contribución sobre la Movimentación Financiera], conocida como la contribución sobre el “cheque” bancario) para la salud. La retirada de recursos contributivos para este sector ha significado una sustancial reducción de los recursos para la asistencia médica en el país.

La especialización de las fuentes de recursos, además de fragmentar los sectores componentes de la seguridad, los ha dejado sujetos al comportamiento cíclico de cada una de las fuentes de las cuales dependen. En oposición a esa especialización están las propuestas de vinculación de re-

cursos, originadas principalmente en sectores que quieren preservar la unicidad de la seguridad social. Esta vinculación se daría básicamente de dos formas: mediante porcentajes diferenciados de los ingresos por impuestos y por contribuciones, o a través de un porcentaje único del conjunto de los ingresos que componen el presupuesto de la seguridad social. Este último, además de dar mayor unicidad y visibilidad al presupuesto de la seguridad, garantizaría que el efecto de las posibles fluctuaciones cíclicas de cada una de las fuentes se distribuyera de forma más imparcial sobre cada subsector, lo que disminuiría así la vulnerabilidad del sistema.

En síntesis, lo que se quiere destacar en esta introducción es la existencia de una seguridad social que nunca se constituyó en la práctica, a pesar de su "existencia" legal y formal, y que fue desgarrada en sus acciones y su financiamiento, y totalmente constreñida en sus gastos. Así pues, buena parte de lo que está inscrito en la Constitución en relación con la seguridad social *no* se cumplió, y los "ímpetus reformistas" sobre la misma, muchas veces apresurados y superficiales, no fueron a la raíz de los problemas, pero sobre todo, se dieron sin un proceso de debate político suficiente que permitiera reflexionar sobre sus consecuencias.

EVOLUCIÓN DE LA PREVISIÓN SOCIAL BRASILEÑA 1983-1990

Población vinculada a los diferentes sistemas

En 1983² cerca de 78% de la población brasileña estaba afiliada a algún tipo de sistema de previsión, o sea, contribuía

² Éste fue el último estudio de esa naturaleza (de tipo muestral) publicado sobre previsión (Instituto Brasileño de Geografía y Estadística, 1984).

o era dependiente de quien contribuía para algún tipo de sistema de seguro. De esta población, 95% pertenecía al SINPAS, un sistema público nacional y unificado. Esta cobertura y ese carácter unificado del seguro con la Asistencia Social, desde la década de los años setenta, es un hecho único en América Latina.

El análisis de la afiliación por situación de domicilio permitió averiguar que la cobertura previsional en las áreas urbanas había llegado a 81% de la población en 1983, y a 66% en las áreas rurales, cobertura muy superior al promedio latinoamericano, que no llegaba a 50% cuando se excluía Brasil. Después del SINPAS, el segundo tipo de sistema de previsión al cual era afiliado el mayor número de personas en 1983 era el Sistema Estatal de Previsión, con poco más de 3% de la población. Nótese que en ese año tan sólo 0.12% del total de personas aseguradas estaba vinculado al sistema privado.³

Los asegurados por el SINPAS crecieron en 35.5% en la década de 1980, nivel inferior, empero, al observado para el crecimiento de la totalidad de los cotizantes entre 1981 y 1990, que fue de 37%. Por otro lado, disminuyó en 0.53% la relación entre cotizantes activos e inactivos. Estos últimos pasaron de 7 779 229 en 1980 a 12 130 455 en 1989, con un crecimiento de 55.9%, muy superior al crecimiento de 28.9% de los activos.

Perfil de los cotizantes

La mayoría de los cotizantes al régimen urbano del SINPAS en 1983 eran empleados. A esa categoría le seguía la de trabajadores por cuenta propia y trabajadores autónomos, observándose que su participación en el sistema era infe-

³ *Idem.*

rior a la existente en el país (Instituto Brasileño de Geografía y Estadística, 1984). Cuando se analiza el peso proporcional de los cotizantes en el valor total de las cotizaciones pagadas a la Previsión urbana, los empleados presentan la mayor participación (con 72.44%), seguidos por los trabajadores autónomos (con 16.1%). Estos datos confirman que son los salarios de los trabajadores formales los que más contribuyen al ingreso de la Previsión Social.

Una característica estructural del sistema de seguridad social brasileño es que la proporción de cotizantes en el total de las personas ocupadas en Brasil había quedado relativamente estable en el pasado. Pero en los ochenta sólo la mitad de la población ocupada contribuía a la Previsión Social en Brasil. Más adelante, como veremos, esta proporción disminuyó a menos de la mitad de la población ocupada, resultado del aumento de la informalidad y del desempleo. Esta situación representa un factor estructural real de estrangulamiento de la base de financiamiento de la seguridad social en Brasil. A la vez, la no disminución de la población ocupada en el sector agrícola puede explicarse por la creciente incorporación de los trabajadores rurales al Sistema General de Previsión. La ampliación de la cobertura de Previsión en el campo se llevó a cabo a partir de 1986-1988, en función de los cambios en la legislación de Previsión que concedían igualdad de tratamiento entre trabajadores rurales y urbanos (Tavares Soares y Márquez, 1994). Éste fue, sin duda, el cambio más importante de la previsión social en Brasil y hoy, en el contexto de las reformas que analizamos en este trabajo, corre el riesgo de verse considerablemente alterado. En el interior del país, sobre todo en las regiones más pobres, las pensiones significan, actualmente, la fuente más importante de ingreso de las familias.

Todas las categorías de ingreso sufrieron una caída en sus tasas de contribución a la previsión, con excepción de la comprendida entre 0.5 y un salario mínimo (SM), y de aqué-

llas sin aportaciones (que incluyen a las personas que solamente recibieron prestaciones). La categoría que presentó la mayor caída (14%) fue la de tres a cinco SM, y la de menor reducción (5%) la de 10 SM o más. Estos datos demuestran una enorme regresividad que persiste hasta hoy en la distribución de las aportaciones a la previsión por categorías de ingreso. La reducción generalizada en la proporción de cotizantes en la PEA (Población Económicamente Activa), sobre todo entre los grupos de ingreso intermedio, es el resultado probable de la informalización del trabajo en esas categorías de ingreso. La elevación de la tasa de contribución en la categoría más baja de ingresos (0-1 SM) puede indicar, más que un aumento en el grado de informalización ilegal por debajo de un SM, un deterioro de los ingresos en el periodo.⁴

Al comparar la distribución del ingreso entre empleados y empleadores, se constata que mientras que las mayores tasas de contribución se concentran en las categorías de ingreso superiores a cinco salarios mínimos, los empleados se distribuyen de manera más uniforme en las categorías por debajo de cinco salarios mínimos. Por tanto, a los patrones agrupados en la porción de ingresos por encima de 10 SM, les convendría canalizar las cotizaciones de sus empleados con ingresos elevados hacia la previsión complementaria privada (sacarlos de la previsión pública) con bajo techo de cotización (Tavares Soares y Márquez, 1994).

Distribución y evolución de las prestaciones en la década de 1980

Durante los años ochenta, el volumen de las prestaciones creció en 60% después de una caída de 4% en el mismo pe-

⁴ No se descarta que el aumento de la tasa de contribución en esas categorías pueda también explicarse por la ampliación del trabajo del menor y de la jornada por tiempo parcial (Tavares Soares y Márquez, 1994, p. 13).

riodo. Ese crecimiento, que se dio a pesar de la disminución en el ritmo de entrada de nuevos derechohabientes, se explica por la ampliación del periodo de permanencia de los derechohabientes en el sistema, resultado del aumento de la expectativa de vida de la población.

Prestaciones en las áreas urbanas

Estas prestaciones incluyen las jubilaciones por tiempo de servicio, invalidez y vejez, las pensiones por muerte; las compensaciones por permanencia en servicio;⁵ las prestaciones para enfermedad, invalidez e internación hospitalaria, la renta mensual vitalicia (para los mayores de 70 años y los inválidos pobres), y las compensaciones por accidente de trabajo. En 1980 estas prestaciones crecieron en 48% en las áreas urbanas, o sea, por debajo del aumento total de 60%. Los principales rubros responsables de estos cambios fueron las jubilaciones por vejez (con un crecimiento de 215%), seguidas por las jubilaciones por tiempo de servicio, las prestaciones por accidentes de trabajo, y las pensiones y jubilaciones por invalidez (Tavares Soares y Márquez, 1994).

El aumento en las jubilaciones por vejez se explica por el incremento significativo en la población de más de 60 años y, además, por el aumento progresivo de la formalización del trabajo en las edades próximas a la jubilación. Por otro lado, 80% a 90% de los jubilados por vejez o invalidez se concentra en la categoría entre cero y dos SM (Tavares Soares y Márquez, 1994). A su vez, el crecimiento en las prestaciones por accidentes de trabajo puede ser imputado al aumento en el número de accidentes de trabajo registrados en el periodo, así como a la mejoría en la cobertura y el nivel del registro de los accidentes.

⁵ Incentivo pagado a los que tienen derecho a jubilarse y siguen trabajando.

Al analizar la evolución de la participación relativa de las diferentes prestaciones se observa que las jubilaciones aumentaron su participación de 39.7% a 45.9%, seguidas de otras pensiones, que aumentaron poco más de cuatro puntos porcentuales. A diferencia de las jubilaciones, las pensiones y prestaciones por accidentes, las prestaciones por enfermedad y la Renta Mensual Vitalicia (RMV), disminuyeron durante esa década. En el caso de enfermedades, esa caída fue básicamente provocada por la baja en las prestaciones en este rubro, quedando, no obstante, estables aquellas para hospitalización. Las prestaciones por enfermedad, blanco principal del entonces "combate a las distorsiones y los fraudes" en el sistema, alcanzó en 1990 un decremento de 10% en el número de beneficiarios. Sumando a esto las bajas cantidades pagadas por esta prestación es muy difícil responsabilizarla por el "déficit" de la previsión. En cuanto a la RMV, se constata que se redujo en 27%, mientras que la distribuida a los inválidos se mantuvo estable a lo largo de la década. En ambos casos, enfermedad y RMV, la acentuada caída en estas prestaciones afectó directamente a los segmentos más pobres de la población. Si se considera que este grupo tiene una frágil inserción en el mercado formal de trabajo, lo que atribuye un carácter asistencial a estas prestaciones, parece evidente que ocurrió un proceso de exclusión del sistema de esa parte de la población urbana sin que se configurara una alternativa de cobertura por estos riesgos.

Prestaciones en las áreas rurales

Los apoyos económicos en el área rural tuvieron un crecimiento de 81% a lo largo de la década de 1980 a 1990. Sin duda estas prestaciones, más que las urbanas, fueron responsables del crecimiento medio registrado durante todo el periodo. El gran *boom* se dio en 1989, después de la promulgación de la Constitución de 1988,

cuando se igualaron las prestaciones entre población rural y población urbana.

Las prestaciones a poblaciones rurales, aunque todavía reducidas en términos absolutos (pasan de cerca de 300 000 a 481 000 beneficiarios) no representaron más de 32% del total de las distribuidas en 1990, pero tuvieron un crecimiento del orden de 60%. Ese movimiento se dio en función de las modificaciones introducidas en la legislación de previsión a lo largo de la década para igualar la cobertura entre asegurados urbanos y rurales, proceso que culminó en la promulgación de la Constitución de 1988. El aumento registrado se concentró particularmente en las prestaciones por accidentes de trabajo, en la RMV y en las jubilaciones por vejez. Nótese que estas prestaciones, que prácticamente no existían antes de 1985, fueron las primeras que beneficiaron al trabajador rural.

Las prestaciones asistenciales

Conforme a la legislación que reglamenta el Plan de Prestaciones de la Previsión Social en Brasil, se define como asistencial el "conjunto de prestaciones que se destina a proteger, por medio de la distribución de un ingreso adicional, los segmentos más pobres del conjunto de los asegurados en situaciones particulares de riesgo" (NEEP/UNICAMP, 1993).⁶ Para efectos del presente análisis, serán aquí consi-

⁶ La legislación preventiva (NEEP/UNICAMP, 1993:5) define los siguientes Grupos Básicos de Prestaciones:

I. Prestaciones de dinero de larga duración, como jubilaciones y otras pensiones.

II. Apoyos económicos temporales, como el apoyo a enfermedad, el apoyo a hospitalización y el salario maternidad.

III. Prestaciones complementarias, como la compensación por tiempo de servicio, la compensación anual y el Salario-Familia.

deradas como prestaciones asistenciales aquellas definidas por la legislación: la Renta Mensual Vitalicia (RMV) por Invalidez y por Edad (por arriba de 70 años) y los Apoyos por Nacimiento y Funeral así como el Salario-Familia. Nos limitaremos aquí a analizar su evolución.

La evolución cuantitativa de ese grupo de prestaciones en el periodo 1980-1992 presentó las siguientes características:

- El número de Salarios-Familia, que representaba 87.5% de las prestaciones asistenciales y 50.2% del total de las prestaciones de Previsión en 1991 creció en 2% entre 1980 y 1991, último año para el cual se dispone de datos.
- La RMV (para beneficiarios tanto urbanos como rurales) es la segunda prestación más significativa en términos numéricos a partir de 1984, con una tendencia creciente de participación en el total de prestaciones hasta el final del periodo: de 9.4% en el grupo asistencial, y de 5.45% en el total de prestaciones al final del periodo.
- Hubo un crecimiento real de 7% en el número de asegurados urbanos y rurales que recibían la RMV entre 1980 y 1991, con un crecimiento del orden de 18% hasta 1990, seguido por una caída de 9% en los dos últimos años. La expansión de esos asegurados de 1.7% entre 1980 y 1990 se vuelve negativa a partir de 1990.

IV. Prestaciones asistenciales, como el Ingreso Mensual Vitalicio y los de prestación única, como la prestación por nacimiento y la prestación funeraria.

V. Prestaciones por accidentes de trabajo.

VI. Prestaciones del régimen rural.

- La prestación por maternidad (por hijo nacido) reduce su participación de 9.2% en 1980 a 1.9% en 1991. En el total de prestaciones, su participación se ve reducida de 6.5% a 1.1% en el mismo periodo. Junto con el apoyo al familiar del cotizante para el servicio funerario del pariente muerto, representaba más de la mitad de las prestaciones asistenciales otorgadas en el inicio del periodo (excluyéndose el salario familia), pero llegó a representar menos de 20% del total en 1991.
- Hubo una caída significativa en el número de apoyos a nacimiento y funeral otorgados, especialmente después de 1988. Al comparar el número de estas prestaciones otorgadas en 1980 con el otorgado en 1992, se observa una reducción de 80% en el número de beneficiarios. La intensidad de esta caída se redució al final del periodo analizado: -5.8% entre 1988 y 1992.
- Hubo un aumento en el número total de asegurados cubiertos por las prestaciones asistenciales continuas (RMV y salario familia).

Al analizar ese mismo grupo de prestaciones asistenciales como gasto (NEEP/UNICAMP, 1993: 36-37), se observa lo siguiente:

- Una caída de 50% en el total de recursos destinados al pago de las prestaciones asistenciales que provino, principalmente, de una sustancial reducción en el gasto en Salario-Familia, que entre 1980 y 1992 fue del orden de 79%. Los recursos gastados con esta prestación pasaron de un máximo de mil millones de dólares entre 1980 y 1982 a un máximo de cien millones de dólares a partir de 1991 (el nivel más bajo del periodo).

- El gasto por RMV para asegurados rurales y urbanos sufrió oscilaciones significativas a lo largo del periodo. Situado alrededor de mil millones de dólares entre 1980 y 1983, se redujo en cerca de 25% a partir de 1984, variando en los años subsecuentes entre seiscientos y ochocientos millones de dólares, y permaneciendo en este último nivel en 1992. En el periodo, por tanto, los recursos destinados al pago de la RMV sufrieron una caída de 12%, y entre el nivel más elevado y el más bajo (1982 y 1988 respectivamente), se presentó una reducción de 49 por ciento.
- Los gastos por apoyos a nacimiento y funeral se redujeron de 7.7% a 2.2%, al pasar de cerca de 169 millones de dólares en 1980 a cerca de 24 millones de dólares en 1992.

Los cambios en estas prestaciones pueden explicarse de la siguiente manera:

- Mayor selectividad en función del ingreso (discriminación positiva) en el otorgamiento de prestaciones, particularmente para el salario familia y el apoyo a funeral, que después de 1988 fueron menores para los beneficiarios con ingreso por arriba de tres SM.
- Mayor dificultad de acceso a los servicios de previsión por parte de la población de bajos ingresos, aunque sea, en principio, clientela objetivo de las prestaciones asistenciales. Se alega obstáculos de orden burocrático en las unidades de atención que dificultan el acceso a los servicios por parte de la población más pobre, además del obstáculo adicional que es la pésima distribución regional e intrarregional de los centros de distribución de prestaciones, especialmente en las periferias urbanas y las zonas rurales (NEEP/UNICAMP, 1993).

- El no reajuste de las cantidades correspondientes a las prestaciones. A partir de la Constitución de 1988 se estableció un piso mínimo para la RMV, y se calculó el valor de las demás prestaciones asistenciales como porcentaje del salario mínimo.
- La fuerte disminución real del salario mínimo de referencia que entrañó la disminución en los valores de las prestaciones.

En síntesis, el cuadro 1 muestra la posición relativa de cada tipo de prestación asistencial en términos de su importancia numérica y de su participación en el gasto. Constatamos dos situaciones opuestas en términos de relación

Cuadro 1. Montos promedio de los pagos por concepto de Salario-Familia (1980-1991)

<i>Años</i>	<i>Dólares (1)</i>	<i>Índice de crecimiento</i>	<i>Tasas de variación</i>
1980	3.81	100	
1981	4.38	115	15.0
1982	4.52	119	3.2
1983	3.02	79	-33.2
1984	2.58	68	-14.6
1985	2.60	68	0.8
1986	2.83	74	8.8
1987	2.04	54	-27.9
1988	1.94	51	-4.9
1989	1.60	42	-17.5
1990	1.01	27	-36.9
1991	0.95	25	-5.9

(1) Dólares estadounidenses a la tasa de cambio promedio de venta en el año.

Fuente: MPS/DATAPREV. Síntesis. Tabla reelaborada por la autora con base en NEEP/UNICAMP, 1993, p. 44.

Cuadro 2. Prestaciones asistenciales: beneficiarios y gastos por población urbana/rural
(diciembre de 1991)

<i>Prestaciones</i>	<i>Número de beneficiarios</i>	<i>Porcentaje de beneficiarios (1)</i>	<i>Gasto</i>	<i>Porcentaje de gasto</i>
Total RMV	1 418 006	9.5	74 985	93.0
Inválidos urbanos	478 205	3.2	252 653	31.4
> 70 años urbanos	321 563	2.1	169 894	21.1
Inválidos rurales	293 331	2.0	154 978	19.2
> 70 años rurales	324 907	2.2	171 660	21.3
Salario Familia (2)	13 104 982	87.5	47 536	5.9
Parte única	450 955	3.0	9 189	1.1
Protección nacimiento	359 164	2.4	8 373	1.0
Protección funeral	91 791	0.6	816	0.1
Total	14 973 943	100.0	805 910	100.0

(1) Millones de cruzeiros de diciembre de 1992.

(2) Número de beneficiarios calculado por la razón entre el gasto total y la menor cuota del salario familia. El gasto es el valor mensual.

Fuente: DATAPREV/Plan Tabular de Beneficios, *Previsión en Datos*, 7 (3), 1992; en NEEP/UNICAMP, *op. cit.*, p. 54.

entre número de beneficiarios y gasto. La primera es la de la RMV donde 9.5% de los beneficiarios consumen 93% del gasto total. La segunda es la del Salario Familia que recibe la gran mayoría de los beneficiarios (87.5%), pero gasta tan sólo 5.9% del volumen de los recursos totales (cuadro 2).

Cabe subrayar aquí el bajísimo nivel del Salario Familia, dado que la RMV está fijada en un salario mínimo. Si se excluye el salario familia, la RMV representa 76% del total de prestaciones asistenciales, lo que consume casi la totalidad de los recursos (98.8%). Esto muestra también las reducidas cantidades pagadas por las protecciones (a nacimiento y funeral) que consumen sólo 1.1% del total de gasto, distribuido a 3% de los beneficiarios.

Ingresos y egresos de la previsión

Se confirma, en la composición de los ingresos de la previsión social brasileña, el predominio de las contribuciones por nómina, que mantienen su participación entre 84.5% y 85.7% en el periodo de 1988 a 1993. En 1988, 1992 y 1993, los ingresos financieros superaron las transferencias de la federación de las contribuciones sobre el lucro y la facturación, y de los recursos provenientes de concursos y pronósticos.⁷ Estas transferencias, empero, están en segundo lugar en términos del aporte de recursos en 1989, 1990 y 1991.

En 1992 el aporte financiero del saldo bancario de la Previsión (que fue inferior solamente al de 1987) prácticamente compensó la caída de las demás fuentes de financiamiento. La recaudación bancaria (de las contribuciones sobre nómina), a su vez, con una caída de 2.4% en relación con 1991, recaudó el mayor volumen de recursos en 1994. La

⁷ Transferencias fiscales para el pago del EPU u Obligaciones de Previsión de la Unión.

caída del ingreso de contribución por facturación COFINS (ex FINSOCIAL) fue provocada por las innumerables demandas judiciales acerca de su constitucionalidad, y por los acuerdos que priorizaron la salud en el gasto. La contribución sobre el lucro fue destinada a la asistencia social en su totalidad. Como agravante, la federación redujo en casi 40% la transferencia de recursos del presupuesto fiscal para el pago de las pensiones y jubilaciones de la función federal (gastos de previsión de la federación).

En 1993 el ingreso total de la previsión social se incrementó en 2.2% en relación con 1992 gracias, no al nivel de empleo (que fue desfavorable), sino a la evolución de la recaudación bancaria (cotizaciones de empleados y empleadores) que creció en 7.6%. Además del aumento en la fiscalización y en las cobranzas de las deudas de las empresas (privadas y públicas), los gobiernos estatales y las municipalidades, contribuyó a ese desempeño la evolución de los rendimientos del sector privado, así como el comportamiento del salario mínimo (con crecimientos de 12.8% y 10.45%, respectivamente, entre 1992 y 1993). En cambio el ingreso de la COFINS para la previsión (con más de 80% de las transferencias concentradas en diciembre) cayó en 72% en relación con 1992. Este ingreso era prioritariamente destinado a la salud. Mientras tanto, la previsión no sólo quedó con su porción de la COFINS sino que suspendió todas las transferencias para la salud (15.5% de recaudación sobre la nómina previstos en la ley presupuestaria). En cuanto al impuesto sobre el lucro, fue destinado a la previsión 13.5% del volumen recaudado (453.6 millones de dólares). Las transferencias para el pago de los Encargos de Previsión de la Unión (EPU) por parte de la federación sufrieron una caída de 70.8%, con lo que el pago de las prestaciones de los empleados públicos federales fue efectuado con recursos del ingreso de las cotizaciones sobre nómina. Finalmente, el crecimiento del rubro Otras Transferencias (de 720%) fue

Cuadro 3. Composición del ingreso de la previsión social: recaudación bruta (millones de dólares mensuales 1988/1993)

Años	Ingreso total	Recaudación bancaria (a)	Ingresos financieros (b)	Otros ingresos (c)	Transferencias de la Unión (d)
1988	1 913.5	1 617.1	238.5	3.0	54.9
1989	1 888.0	1 658.0	68.8	6.0	155.2
1990	2 170.1	1 756.3	163.8	1.1	248.9
1991	1 980.9	1 651.2	81.9	21.7	226.1
1992	1 980.3	1 612.4	287.6	13.7	66.6
1993	2 023.1	1 734.6	135.7	30.5	122.3

(a) Cotizaciones corrientes de empleados y patronos sobre la nómina y otras contribuciones.

(b) Rendimiento de la aplicación de los saldos de caja.

(c) Rescate de títulos de bonificación, rentas y otros ingresos.

(d) Contribución sobre el lucro y facturación; recursos fiscales para el costo de la parcela de las jubilaciones y pensiones de los funcionarios federales (EPU, Encargos de Previsión de la Unión); recursos originados en concursos y pronósticos.

Fuente: Indicadores IESP e *Informe de la Previsión Social*, vol. 6, 9, septiembre de 1994.

determinado por las disponibilidades de caja en el Tesoro Nacional.

En 1993 el ingreso por cotizaciones recaudado por la previsión social fue 15% inferior al de 1982 (cuadro 4). Con todo, presentó variaciones a lo largo de la década. El comportamiento de ese tipo de ingreso, que representa cerca de 80% del ingreso total en ese rubro, muestra su carácter procíclico. Sin embargo, en 1982, a pesar de la crisis económica, el Ministerio de la Previsión y Asistencia Social (MPAS) garantizó una expansión de la recaudación gracias al aumento en las cuotas, los cambios en los techos salariales de cotización y la creación de la cotización de los propios jubi-

lados. También en 1990, el ingreso se incrementó debido al aumento de las cuotas decidido en 1989, a los cambios en los plazos de recolección de las cotizaciones y a la decisión presupuestal de transferir mayor volumen de recursos del FINSOCIAL y del impuesto sobre el lucro a la previsión.

El gasto total en prestaciones también presentó fluctuaciones en el periodo, no necesariamente en paralelo con el comportamiento del ingreso (cuadro 4). Después de alcanzar su nivel mínimo en 1988, recuperó en 1993 su nivel de 1982. Los años que presentaron el menor nivel de gasto en prestaciones fueron 1987 y 1988. Entonces, con la implantación del SUDS (Sistema Unificado y Descentralizado de Salud), el gobierno de Sarney concedió absoluta prioridad al área de la salud, sector que presentó un aumento de 44.2% en su gasto.

Cuadro 4. Ingresos y gastos por cuotas de la previsión social 1982-1993 (millones de dólares, diciembre 1990)

Año	Ingreso		Gasto		Gasto/ Ingreso
	Valor	Índice (%)	Valor	Índice (%)	
1982	24 459	100.0	18 168	100.0	74.3
1983	19 382	79.2	16 151	88.9	83.3
1984	17 374	71.0	14 145	77.9	81.4
1985	19 709	80.6	14 505	79.8	73.6
1986	23 300	95.3	16 020	88.2	68.7
1987	20 887	85.4	11 877	65.4	56.8
1988	17 969	73.5	10 979	60.4	61.1
1989	19 304	78.9	12 330	67.9	63.9
1990	21 075	86.2	12 272	67.5	58.2
1991	19 814	81.0	13 412	73.8	67.6
1992	19 348	79.1	14 439	79.4	74.6
1993	20 815	85.1	18 252	100.4	87.6

Ya en 1993 se presentó un incremento en el gasto en prestaciones del orden de 26% lo que, empero, tan sólo recuperó el nivel registrado en 1982 (cuadro 5). A pesar del crecimiento del gasto en 1993, hubo contracción de 3.5% en relación con 1992 en los apoyos económicos de las áreas urbanas, que representaba 62% del total de estas prestaciones (Medici y Marques, 1994).

Es de notar, por otro lado, que la relación gasto/ingreso solamente rebasó 80% en 1983, 1984 y 1993, oscilando, en los demás años, entre 55% y 75%, por lo que no hubo situación de déficit por gastos en prestaciones. Esto se confirma cuando se analiza el peso del gasto en prestaciones en el total del gasto de previsión, el cual, en todo el periodo, solamente llegó a un máximo de 81.1% en 1993 (cuadro 5).

Cuadro 5. Previsión Social: gasto total en relación con gasto en prestaciones 1982-1993 (millones de dólares, diciembre 1990)

<i>Años</i>	<i>Gasto total (1)</i>	<i>Gasto en prestaciones (2)</i>	<i>(2)/(1)</i>
1982	24 009	18 168	75.7
1983	21 293	16 151	75.8
1984	18 211	14 145	77.7
1985	19 345	14 505	75.0
1986	22 334	16 020	71.7
1987	19 097	11 877	62.2
1988	19 489	10 979	56.3
1989	23 156	12 330	53.2
1990*	23 877	12 272	51.4
1991*	23 325	13 412	57.5
1992*	20 302	14 439	71.1
1993*	22 478	18 252	81.1

* Años con Indicadores IESP.

Fuente: Gasto federal total en balances generales de la Unión, 1980 a 1991 (incluye los gastos del INSS y los gastos con inactivos y pensionistas de la Unión); gastos con Beneficios en DATAPREV/Síntesis.

A partir de 1988, año en que la Constitución define una serie de cambios, pero sobre todo, a partir de 1992 en que éstos, ya ratificados en la legislación complementaria, son instrumentados, se observa un gasto creciente en prestaciones. Sin embargo, los gastos en personal sufren una reducción de 62% entre 1988 y 1993 (cuadro 6). Las transferencias para los servicios de salud, que habían oscilado entre 400 y 550 millones de dólares mensuales hasta 1991, sufren una caída acentuada a partir de 1992: en 1993 caen en 79% en relación con 1988. Ya el rubro Otros gastos (cuadro 6), vuelve a recuperarse en 1993, después de un decremento en 1991 y 1992, cabiendo aquí destacar el peso de los EPU.

Al analizar la composición del gasto de previsión a partir de 1990 (cuadro 7), se obtiene un cuadro semejante al anterior en términos de la participación del gasto en prestaciones, y la reducción de las transferencias al INAMPS. El gasto en prestaciones, que había llegado a su nivel más bajo de los últimos 11 años en 1990, correspondiendo a tan sólo

Cuadro 6. Previsión social: composición del gasto mensual 1988-1993 (millones de dólares, diciembre 1990)

Años	Total	Prestaciones	Personal	Transf. Salud	Otros gastos (a)
1988	1 782.1	878.3	220.7	418.4	264.7
1989	1 867.3	975.2	254.6	398.9	238.6
1990	1 989.8	1 022.7	330.8	407.2	229.1
1991	1 943.8	1 116.9	115.7	546.2	165.0
1992	1 619.9	1 203.3	80.1	251.9	156.6
1993	1 873.2	1 521.0	84.6	88.4	179.3

(a) Consiste en el conjunto de gastos con EPU (Encargos de Previsión de la Unión), Amortizaciones y Encargos, DATAPREV, Transferencias a terceros y FUNDACENTRO.

Fuente: Indicadores IESP (varios números).

la mitad de los gastos de previsión, se eleva a partir de 1992, y alcanza en 1993 una participación en el gasto total de 80%. La "contrapartida" de esa elevación fue la brutal reducción en la transferencia de recursos para la Asistencia Médica conforme a la Ley de Líneas Presupuestarias (Lei de Diretrizes Orçamentarias, LDO), que estipulaba que tan sólo el 15.5% de la recaudación de las cotizaciones sería transferido al Ministerio de Salud. Pero ni siquiera se cumplió con la LDO (por decisión del entonces ministro de la Previsión, Antonio Brito). Con eso, en 1993 las transferencias al INAMPS registraron una caída de 64% en relación con 1992, de 83% en relación con 1991, y de 78.5% en relación con 1990. Es de notar que en 1992 las transferencias para la Asistencia Médica ya representaban sólo 14.7% del total (cuadro 7).

Cabe recordar que hasta 1991, las transferencias de la Previsión para la Salud se hacían directamente del Fondo de la Previsión y Asistencia Social (FPAS), superando, a partir de 1987, 30% de esos recursos. Posteriormente la Constitución de 1988 estipuló que hasta la promulgación de la Ley Orgánica de la Salud, no menos de 30% de los recursos del Presupuesto de Seguridad Social (OSS) debería ser destinado a la salud. Con la adopción de la Ley Orgánica de la Salud a finales de la década de los noventa, fue posible revertir la tendencia del gasto en salud, sobre todo a partir de 1992.

La mencionada "contrapartida" de reducción en las transferencias a las partidas de salud, como se demuestra en el cuadro 7, no era obligatoria, ya que había por lo menos 20% de "colchón" en los gastos, los cuales podían, incluso, llenar otras prioridades que el pago del EPU, o las amortizaciones y varios cargos. Además, al final del año de 1993, el saldo acumulado de la previsión era de 1 146.9 millones de dólares. Este valor, según Médici y Marques (1994), cubría sólo 4.3 meses de transferencia a salud. Pero en el afán de crear "superávits", esta cantidad no fue transferida, lo que sólo

hizo aumentar la deuda de la salud. La "solución" fue, con el decreto del Estado de "calamidad pública" en la salud, un préstamo del Fondo de Amparo al Trabajador (FAT) (de CR35 trillones) por seis meses, con intereses de 5% anuales (Medici y Marques, 1994).

El gasto total y el número de prestaciones evolucionaron en sentido contrario, por lo que el gasto promedio mensual por prestación sufrió una reducción considerable entre 1982 y 1993 (cuadro 8). En un movimiento continuo de caída, con alguna recuperación en 1986, alcanzó en 1990 su valor promedio más bajo (de 82 dólares estadounidenses mensuales por prestación), lo que representó tan sólo 49.4% del gasto medio de 1982. Esto permite concluir que *el valor promedio de las prestaciones pagadas por la Previsión Social brasileña se redujo a la mitad a lo largo de la década.*

En valores constantes, los gastos en todos los tipos de prestación presentaron tasas de crecimiento negativas en-

Cuadro 7. Previsión Social: gastos por categoría de prestaciones (millones de reales-agosto 1994, 1990-1993) (a)

Años	Total (1)	Prestaciones (2)	Transf. Inamps (3)	(2)/(1)(b) %	(3)/(1) %
1990	30 099	15 449	6 170	51.33	20.50
1991	28 153	16 199	7 895	57.54	28.04
1992	24 646	17 632	3 626	71.54	14.71
1993	29 148	23 722	1 324	81.38	4.54

(a) Valores constantes convertidos a reales por la URV promedio del mes de junio de 1994 y deflacionados mes a mes por el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC).

(b) Rubro creado a partir de 1991, incluyendo pagos por asistencia médica (contratos y convenios, AIH/ortesis/prótesis, SUS) y personal (activo e inactivo) del INAMPS; hasta 1990 se refiere a asistencia médica.

Fuente: INSS, MPS/SPS, en *Informe da Previdência Social*, vol.6, 9, septiembre de 1994.

Cuadro 8. Gasto promedio en prestaciones 1982-1993
(millones de dólares, diciembre 1990)

Año	Número de beneficiarios (x mil)	Gasto total	Gasto promedio		Número índice (%)
			dólares/año	dólares/mes	
1982	9 140	18 168	1 988	166	100.0
1983	10 215	16 151	1 581	132	79.5
1984	10 207	14 145	1 386	115	69.7
1985	10 700	14 505	1 356	113	68.2
1986	11 033	16 020	1 452	121	73.0
1987	11 446	11 877	1 037	86	52.4
1988	11 033	10 979	995	83	50.1
1989	12 123	12 330	1 017	85	51.2
1990*	12 474	12 272	983	82	49.4
1991*	12 635	13 412	1 061	88	53.4
1992*	13 304	14 439	1 085	90	54.6
1993*	14 185	18 252	1 286	107	64.7

Fuente: DATAPREV/Síntesis.

* Años con Indicadores IESP.

tre 1986 y 1990 (cuadro 9). Las jubilaciones, que representaban más de la mitad de ese gasto, vieron sus valores reducidos en 21.3% en ese periodo. En esta categoría fueron las jubilaciones por vejez las que sufrieron la mayor reducción. En peso en el total del gasto, le siguen las pensiones, que también presentaron una disminución del orden de 22%. El apoyo a enfermedad y las RMV registraron reducciones del mismo orden de magnitud. Pero lo que más llama la atención en el comportamiento de las prestaciones es la violenta reducción en el salario familia, tanto en términos de gasto en este rubro (que cae en 81% en el periodo) como en términos de la participación relativa en el total del gasto, que pasa de 4.9% en 1986 a 1.1% en 1990 (cuadro 9).

Al analizar la participación relativa de cada una de las modalidades de jubilación en el año de 1990 (cuadro 10), se

observa que las jubilaciones por vejez, mayoritarias en términos de número (casi 45%) son las que menos recursos consumen, sólo 23% del total del gasto en jubilaciones. Las jubilaciones por invalidez, en segundo lugar en importancia numérica (32%), representan 26% del total del gasto en jubilaciones, lo cual confiere a este riesgo un valor monetario mayor que el que representa la vejez. Este conjunto de prestaciones es responsable del mayor índice de fraudes en el sistema de previsión.

Finalmente, las controvertidas jubilaciones por tiempo de servicio, minoritarias en términos de volumen, representan 44% del gasto en jubilaciones y 24% del gasto total en prestaciones (cuadro 9), con lo que esta prestación se coloca en el primer lugar dentro de los gastos individuales. Ade-

Cuadro 9. Gasto en prestaciones por tipo y participación relativa en el gasto total 1986-1990 (millones de dólares, diciembre 1990)

<i>Beneficios</i>	<i>Valor del gasto</i>		<i>Cambio</i> <i>1986-1990</i>	<i>Participación</i> <i>relativa</i>	
	<i>1986</i>	<i>1990</i>		<i>1986</i>	<i>1990</i>
Jubilaciones	8 947	7 043	-21.28	56.24	54.22
Invalidez	2 403	1 844	-23.26	15.11	14.20
Vejez	2 144	1 625	-24.24	13.48	12.51
Tiempo servicio	3 788	3 086	-18.53	23.81	23.76
Pensiones	2 334	1 822	-21.94	14.67	14.03
Apoyo enfermedad	1 093	888	-18.81	6.88	6.84
Salario familia	777	146	-81.15	4.88	1.13
Renta mensual Vit.	837	646	-22.79	5.26	4.97
RMV inválidos	446	330	-25.95	2.80	2.54
RMV > 70 años	390	315	-19.18	2.46	2.43
Prest. accidentales	632	503	-20.35	3.97	3.88

más, el valor promedio de ese tipo de jubilaciones, que rebasaba cuatro salarios mínimos, representa más del doble del valor promedio en el sistema (Azeredo, 1993:24). Un dato importante es que 60% de los jubilados en este régimen tiene menos de 55 años en el momento de su jubilación (Azeredo, 1993:24). En principio, este tipo de jubilación debería beneficiar a una población de bajo ingreso, casi siempre sometida a condiciones de trabajo más desgastantes, además de haber entrado a la fuerza de trabajo en edades más tempranas. Pero las cifras comprueban que la mayoría de los beneficiarios de la jubilación por tiempo de servicio no es de bajo ingreso. El argumento (muy utilizado) de que ese tipo de jubilación existe en muy pocos países no sería convincente si, en las condiciones de profunda desigualdad brasileña (también comparable a las de un número muy reducido de países), ese beneficio fuera más progresivo, en el sentido de beneficiar a aquellos sectores de la población que, además de ingresar más temprano a la fuerza de trabajo, tienen condiciones de trabajo desfavorables y bajos niveles de ingresos a lo largo de su vida activa.

Por último, los cuadros 11 y 12 dan fe de los bajos niveles de las prestaciones de la previsión brasileña, además del carácter regresivo de su distribución. La primera división es entre prestaciones urbanas y rurales. El valor pro-

Cuadro 10. Participación relativa en las principales modalidades de jubilación, 1990

<i>Jubilación</i>	<i>(%) Número de jubilaciones</i>
Por vejez	44.75
Por invalidez	32.32
Por tiempo de servicio	22.93

Fuente: Ministério da Previdência Social y DATAPREV/Síntesis.

Cuadro 11. Distribución de las prestaciones de la Previsión Social por categorías de salarios mínimos y rural/urbano (diciembre de 1992)

Prestaciones urbanas

<i>Categorías de salarios mínimos</i>	<i>Porcentaje de beneficiarios</i>		<i>Porcentaje en valor de las prest.</i>	
	<i>Porcentaje</i>	<i>Acumulado</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Acumulado</i>
0-1	63.12	63.12	31.08	31.08
1-3	19.64	82.76	18.54	49.62
3-5	8.23	90.99	16.64	66.26
5-10	8.51	99.50	30.15	96.41
> 10	0.50	100.00	3.59	100.00

Prestaciones rurales

<i>Categorías de salarios mínimos</i>	<i>Porcentaje de beneficiarios</i>		<i>Porcentaje en valor de las prest.</i>	
	<i>Porcentaje</i>	<i>Acumulado</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Acumulado</i>
0-1	99.08	99.08	98.15	98.15
1-3	0.77	99.85	1.18	99.33
3-5	0.11	99.96	0.43	99.76
> 10	0.00	100.00	0.00	100.00

Prestaciones urbanas y rurales

<i>Categorías de salarios mínimos</i>	<i>Porcentaje de beneficiarios</i>		<i>Porcentaje en valor de las prest.</i>	
	<i>Porcentaje</i>	<i>Acumulado</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Acumulado</i>
0-1	74.23	74.23	43.79	43.79
1-3	13.81	88.04	15.25	59.04
3-5	5.72	93.76	13.57	72.61
5-10	5.90	99.66	24.48	97.09
> 10	0.34	100.00	2.91	100.00

Fuente: Ministério da Previdência Social, Informe da Previdência Social, enero de 1993.

Cuadro 12. Distribución de las prestaciones de la Previsión Social por categorías de salarios mínimos (diciembre de 1993)

<i>Categorías de salarios mínimos</i>	<i>Porcentaje de beneficiarios</i>		<i>Porcentaje en valor de las prest.</i>	
	<i>Porcentaje</i>	<i>Acumulado</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Acumulado</i>
0-1	73.61	73.61	43.34	43.34
1-3	13.89	87.50	15.22	58.55
3-5	6.09	93.59	14.39	72.54
5-10	6.13	99.72	24.73	97.27
> 10	0.28	100.00	2.73	100.00

Fuente: Ministerio de la Previsión Social.

medio de las primeras es significativamente superior: las urbanas, que representan cerca de dos terceras partes del volumen de prestaciones del sistema, consumen cerca de 80% de las sumas pagadas (Azeredo, 1994:23). La casi totalidad de las prestaciones a poblaciones rurales (99.1%) está situada en la categoría de 0 a 1 de salario mínimo (cuadro 11). Esto incluye a las jubilaciones por vejez (40%), por muerte (24%), y por invalidez (9.9%), sin diferencia significativa en el valor promedio entre ellas.

La regresividad entre las prestaciones a áreas urbanas se da en términos de los valores pagados: 63% se sitúan en la categoría de hasta un salario mínimo, absorbiendo sólo 31% de este gasto, mientras que 66% es absorbido por prestaciones a categorías salariales de hasta cinco salarios mínimos, mismas que representan 91% del total de prestaciones en áreas urbanas (cuadro 11). Este último grupo está básicamente representado por las jubilaciones por tiempo de servicio. En diciembre de 1992 (cuadro 11), 74% de las prestaciones (urbanas y rurales) se encontraba en la cate-

goría de 0-1 SM, consumiendo tan sólo 44% del valor total pagado por estas prestaciones. La distribución de las prestaciones prácticamente no se alteró en diciembre de 1993 (cuadro 12): 87.5% del total de prestaciones, situado en la categoría de hasta tres salarios mínimos, recibían 58.5% de los recursos.

LA EVOLUCIÓN DE LAS PRESTACIONES EN LOS AÑOS DE LA DÉCADA DE 1990

El cuadro 13 representa la evolución de las prestaciones asistenciales de 1980 a 1997 que pasaron de contar con 7.8 a 17.8 millones de beneficiarios, un incremento de 128% en ese periodo. Esto se explica, en parte, por el aumento relativo en el otorgamiento de estas prestaciones pero, sobre todo, por el mayor tiempo de permanencia de los beneficiarios en el Sistema de Previsión. Sin embargo, estas prestaciones asistenciales no fueron responsables del aumento general, y tampoco lo fueron los apoyos. El incremento de 46% (573 000 beneficiarios) en la categoría de asistenciales se explica por la existencia (en 1997) de 635 mil beneficiarios que ya estaban recibiendo algún amparo asistencial, por lo que ese grupo aumenta, a pesar de la reducción en el número de beneficiarios de las RMV en cerca de 80 mil.

Interesa en este análisis subrayar que el número de beneficiarios de las RMV fue recortado en cerca de 180 000 beneficiarios. Por otro lado, el número de prestaciones asistenciales existentes para esta categoría en 1997 se sumó sólo a 88 000. Esto significa que al sumar las RMV por edad (500 813) con los amparos asistenciales a los ancianos existentes en 1997 (88 085), el total de 588 898 personas cubiertas por esta prestación es todavía inferior al de 1980 (679 581). Cabe aquí mencionar que la población de personas de más de 70 años en Brasil ciertamente creció en ese periodo, dado el crecimiento promedio de la expectativa de

vida. En 1996 ese grupo (5 175 332) representaba 11% de la población. El rubro de prestaciones económicas que bajó en 38% durante el periodo tampoco fue responsable del aumento en el número de beneficiarios. Finalmente, el salario familia presenta un cuadro de reducción extrema en el periodo (de 7 455 a 13) manteniendo un rango entre 6 500 y 7 500 hasta 1991, y entrando en caída libre a partir de 1992. No queda claro, por la nota de la tabla de la DATAPREV, si la serie entera está sin el dato del Salario Familia de Previsión. La retirada estatutaria del salario familia a partir de noviembre de 1996 explicaría el tamaño de la reducción (de 99.82 por ciento).

Todas las prestaciones analizadas vieron reducida su participación en el total de prestaciones. La categoría de Apoyos para situaciones de enfermedad, muerte del pariente, o reclusión (prisión), responsable de 10% de las prestaciones de 1980, vio su participación reducida a 2.7% en 1997. La categoría de los apoyos asistenciales se amplió un poco en términos absolutos pero redujo su participación de 16 a 10% del total de prestaciones. En esta categoría las RMV presentaron una reducción todavía mayor (de 16 a 6%), con una disminución de las RMV por edad de 8.7% a 2.8%. Sumando las RMV por edad y el amparo asistencial al anciano, obtenemos sólo 3.5% del total de prestaciones otorgadas en 1997.

Al analizar la evolución de los apoyos económicos se constata que entre 1980 y 1997 todos vieron reducida su participación en el gasto previsional (cuadro 14). La proporción de los apoyos, al igual que la de las prestaciones, bajó de 9.8 a 2.9%. Los montos de las prestaciones asistenciales bajaron su participación en 50% del total de las prestaciones. En 1997 su valor quedó en 5.7% de este total. Entre estas prestaciones, el valor de las RMV disminuyó de 7.3% a 3.6%, sobre todo la RMV por edad que pasó de 4% a 1.6% del valor total. Las prestaciones asistenciales que tenían un peso relativo de 3.5% en el total de prestaciones bajaron a 1.2% del

Cuadro 13. Previsión social: distribución de los beneficiarios de las prestaciones asistenciales (diciembre 1980-1997)

Año	Apoyos (1)	Salario familia (2)	Apoyos asistenciales	Rentas mensuales vitalicias (2)	RMV por edad	Amparos (3) asistenciales	Amp. Asist. al > 70 años	Total de beneficiarios
1980	778 681 (10.00%)	7 455 (0.09%)	1 245 779 (16.00%)	1 245 732 (16.00%)	679 581 (8.73%)	0	0	7 783 899 (100.00%)
1981	757 067 (8.79%)	7 605 (0.08%)	1 303 636 (15.13%)	1 303 587 (15.13%)	689 709 (8.00%)	0	0	8 611 370 (100.00%)
1982	758 072 (8.29%)	7 098 (0.07%)	1 354 782 (14.82%)	1 354 732 (14.82%)	697 460 (7.63%)	0	0	9 139 823 (100.00%)
1983	873 751 (8.89%)	6 999 (0.07%)	1 356 081 (13.79%)	1 356 030 (13.79%)	675 143 (6.87%)	0	0	9 826 936 (100.00%)
1984	802 381 (7.86%)	6 917 (0.06%)	1 393 904 (13.65%)	1 393 904 (13.65%)	687 744 (6.73%)	0	0	10 207 668 (100.00%)
1985	763 861 (7.13%)	7 309 (0.06%)	1 433 735 (13.39%)	1 433 568 (13.39%)	704 255 (6.58%)	0	0	10 700 212 (100.00%)
1986	694 144 (6.29%)	7 344 (0.06%)	1 439 581 (13.04%)	1 439 397 (13.04%)	701 265 (6.35%)	0	0	11 032 833 (100.00%)
1987	737 049 (6.41%)	7 411 (0.06%)	1 443 843 (12.61%)	1 443 645 (12.61%)	695 640 (6.07%)	0	0	11 446 005 (100.00%)
1988	566 216 (4.89%)	7 222 (0.06%)	1 439 451 (12.42%)	1 439 248 (12.42%)	686 298 (5.92%)	0	0	11 582 602 (100.00%)
1989	623 891 (5.14%)	7 152 (0.05%)	1 447 855 (11.94%)	1 447 647 (11.94%)	682 628 (5.63%)	0	0	12 123 205 (100.00%)
1990	570 253 (4.57%)	6 942 (0.05%)	1 452 021 (11.64%)	1 451 514 (11.63%)	674 995 (5.41%)	0	0	12 473 738 (100.00%)

1991	524 003 (4.14%)	6 597 (0.05%)	1 429 346 (11.31%)	1 427 399 (11.29%)	649 326 (5.13%)	0	0	12 635 571 (100.00%)
1992	542 775 (3.96%)	4 048 (0.02%)	1 443 869 (10.53%)	1 439 370 (10.49%)	659 654 (4.81%)	0	0	13 709 767 (100.00%)
1993	542 791 (3.59%)	2 977 (0.01%)	1 437 394 (9.50%)	1 428 309 (9.44%)	648 025 (4.28%)	0	0	15 122 135 (100.00%)
1994	517 413 (3.28%)	1 145 (0.007%)	1 403 058 (8.90%)	1 390 754 (8.82%)	623 601 (3.95%)	0	0	15 763 180 (100.00%)
1995	494 921 (3.06%)	636 (0.004%)	1 347 152 (8.32%)	1 333 034 (8.24%)	590 705 (3.65%)	0	0	16 176 587 (100.00%)
1996	496 136 (2.93%)	6 (0.00%)	1 598 466 (9.45%)	1 253 805 (7.41%)	546 166 (3.22%)	328 705 (1.94%)	40 262 (0.23%)	16 912 493 (100.00%)
1997	482 552 (2.71%)	13 (0.00%)	1 819 009 (10.22%)	1 166 045 (6.55%)	500 813 (2.81%)	635 040 (3.56%)	88 085 (0.49%)	17 791 587 (100.00%)

(1) Los apoyos son los *Auxilios*, una de las modalidades asistenciales para situaciones de enfermedad, muerte y reclusión de los asegurados y sus familiares.

(2) A partir de noviembre de 1996 los salarios familia desaparecieron, considerando su valor mínimo (R\$0.15), y porque la mayoría de los beneficiarios estaba recibiendo pensión por defunción.

(3) El decreto 1744 de 18 de diciembre de 1995, extinguió las rentas mensuales vitalicias a partir del 1 de enero de 1996. En la misma fecha tuvo inicio la concesión del Amparo Asistencial (incluido dentro de las prestaciones de asistencia social).
Nota: El cuadro original de DATAPREV incluía alrededor de 18 000 Rentas Mensuales Vitalicias (concedidas en 1982 y 1989 respectivamente a las víctimas del síndrome de Talidomida y a los *seringueiros*, o personas que extraen el látex para preparar el caucho) que no fueron incluidos en este cuadro.

Fuente: DATAPREV, Sistema de Beneficios, Síntesis y Tabulador de DICI.E.

Cuadro 14. Porcentaje de gastos en prestaciones asistenciales del total de gastos de la previsión social (diciembre 1980-1997)

Año	Apoyos	Salario familia	Prestaciones asistenciales	RMV	RMV edad	Amparos asistenciales	Amp. As. > 70 años	Total
1980	9.76	0.01	7.28	7.28	3.97	0	0	28.30
1981	9.26	0.03	6.69	6.69	3.54	0	0	26.21
1982	8.44	0.00	6.34	6.34	3.26	0	0	24.38
1983	8.73	0.00	5.90	5.90	2.94	0	0	23.47
1984	7.59	0.00	5.88	5.87	2.90	0	0	22.24
1985	6.63	0.00	6.04	6.04	2.97	0	0	21.68
1986	6.30	0.00	5.83	5.83	2.84	0	0	20.80
1987	6.78	0.00	5.85	5.85	2.82	0	0	21.30
1988	4.93	0.00	5.77	5.77	2.75	0	0	19.22
1989	4.29	0.00	4.30	4.30	2.03	0	0	14.92
1990	3.78	0.00	4.22	4.22	1.96	0	0	14.18
1991	3.38	0.00	8.54	8.54	3.88	0	0	24.34
1992	3.39	0.00	6.57	6.57	2.99	0	0	19.52
1993	3.51	0.00	6.30	6.30	2.82	0	0	18.93
1994	3.11	0.00	5.64	5.64	2.49	0	0	16.88
1995	3.06	0.00	5.14	5.14	2.23	0	0	15.57
1996	3.03	0.00	5.53	4.29	1.87	1.13	0.14	15.99
1997	2.91	0.00	5.73	3.64	1.56	1.98	0.27	16.09

Cuadro 15. Distribución de los amparos asistenciales otorgados¹ (1996-1997)

Años	Número de beneficiarios		Montos mensuales (R\$)			
	Total	Discapacitados	> 70 años	Total	Discapacitados	> 70 años
1996	385 068	339 217	45 851	42 543 972	37 531 792	5 012 180
1997	310 451	260 684	49 767	36 024 810	30 180 122	5 844 688

¹ El amparo asistencial es una prestación creada con base en la Ley 8.742/93 que contiene las disposiciones sobre la asistencia social. Su instrumentación se inició en 1996 con la publicación de la Orientación Normativa INSS/SSNF 14. DE 22/12/95. Fuente: DATAPREV, Sistemas de Prestaciones. Síntesis.

Cuadro 16. Previsión Social: prestaciones asistenciales urbanas y rurales (julio de 1988)

Clase de beneficio	Número de beneficiarios			Montos en R\$				
	Rurales	Urbanos	Total	%	Rurales	Urbanos	Total	%
RMV Total	426 252	588 646	1 014 898	5.67	55 504 918	79 182 588	134 687 506	3.17
Total otras categorías	5 535 936	11 364 294	16 900 230	94.33	725 850 305	3 391 652 015	4 117 502 320	96.83
Total	5 962 188	11 952 940	17 915 128	100.00	781 355 223	3 470 834 603	4 252 189 826	100.00
<i>Número de beneficiarios</i>								
(1) LOAS discapacitado	0	597 679	597 679	80.10	0	78 039 489	78 039 489	80.12
LOAS > 70 años	0	148 486	148 486	19.90	0	19 360 695	19 360 695	19.88
Total LOAS	0	746 165	746 165	100.00	0	97 400 184	97 400 184	100.00
<i>Montos en R\$</i>								

(1) LOAS: Ley Orgánica de Asistencia Social. Las filas de este rubro son el residuo de prestaciones antiguas en esa modalidad. Fuente: DATAPREV, Sistemas de Beneficios, Síntesis.

gasto total en este rubro. El valor promedio tanto de la RMV por edad como de las prestaciones asistenciales al anciano equivalen, al final del periodo, al valor exacto del salario mínimo en la época: R\$120.00.

Este comportamiento confirma la tendencia a la caída arriba señalada para este conjunto de prestaciones cuyos beneficiarios, en el caso de los beneficiarios de los apoyos y de la RMV, aunque formen parte de la población en estado de pobreza, no pueden, en rigor, ser considerados fuera del sistema de previsión, dado que, en algún momento de su vida activa, contribuyeron a este sistema. Si se considera que este grupo presenta una frágil inserción en el mercado formal de trabajo (condición que atribuye un carácter asistencial a esos beneficios), parece evidente que ha ocurrido un proceso de exclusión del sistema de gran parte de esta población. Falta analizar si los amparos asistenciales, todavía incipientes en términos de cobertura, pueden configurarse en una alternativa para esta población excluida. El cuadro 15 muestra que el ritmo de otorgamiento de nuevas prestaciones relativas a amparos asistenciales disminuye entre 1996 y 1997, tanto en número de beneficiarios como en el valor de dichas prestaciones.

Por otro lado, las prestaciones asistenciales de julio de 1998 (cuadro 16) abarcaron a cerca de un millón de beneficiarios, o 5.67% del total de prestaciones en ese mes.⁸ Para ello fueron desembolsados cerca de R\$135 millones, equivalentes a 3.17% del gasto mensual total. Esos resultados, cuando se comparan con el total de prestaciones en 1997, significan una reducción en gasto de cerca de R\$ 5 239 millones.

⁸ Cifras proporcionadas en *Perfil dos Benefícios Emitidos pela Previdência Social*, 37, julio de 1998 (en: mpas.gov.br/7d1.htm).

UN PROBLEMA ACTUAL: EL SEGURO DE DESEMPLEO

Brasil es uno de los pocos países de América Latina que tienen un seguro de desempleo. Sin embargo, dada la recesión que ha provocado una elevación sin precedentes en los índices de desempleo, mantener esta prestación se ha vestido de dificultades, lo que ha significado una serie de restricciones para su utilización. En junio de 1999, 4 881 866 cotizantes solicitaron seguro de desempleo, mientras que el total de asegurados era de 4 765 787, la mayoría de ellos (72.6%) ganando hasta tres salarios mínimos.⁹

LAS PROPUESTAS DE REFORMA

La primera fase: los cambios en la legislación en función de la Constitución de 1988

Los avances en la legislación constitucional en el área de Previsión fueron precedidos por importantes cambios durante el periodo 1985-1987. Por un lado, se amplió la cobertura de las prestaciones mediante la elevación de los pisos en las áreas urbanas, la reducción de plazos legales de cotización y la extensión de algunos tipos de prestaciones en el área rural, reduciendo de esta manera el grado de desigualdad entre los derechohabientes urbanos y rurales. Por otro, se realizaron importantes alteraciones en la estructura, principalmente la descentralización de la gestión administrativa federal hacia las regiones y localidades. A su vez, la mayoría de los cambios constitucionales en el área de Previsión no se llevaron a cabo de inmediato, aun aquellas que no dependían de reglamentación. Aunque la aprobación de

⁹ En 1999 el salario mínimo era de R\$130.00 mensuales o cerca de 70.00 dólares estadounidenses.

las leyes de Costeo y Organización de la Seguridad Social y del Plano de Prestaciones de la Previsión Social se ratificó casi dos años después del plazo especificado por el Acta de las Disposiciones Constitucionales Transitorias, la reglamentación de las prestaciones y de las fuentes de financiamiento solamente se llevó a cabo seis meses después de la aprobación de conformidad de estas leyes por el presidente de la República.

El Plan de Prestaciones introducido por la nueva legislación en 1991 correspondía a las proposiciones formuladas por el grupo de trabajo para Reestructuración de la Previsión Social formado en 1986, que se incorporaron en el anteproyecto de Ley de Directrices y Bases de la Seguridad Social de 1987. Ese documento introducía modificaciones que corregían antiguas inequidades, como la diferencia de tratamiento entre asegurados urbanos y rurales. Así, se igualaban para todos los cotizantes del sistema, tanto los riesgos cubiertos como los montos mínimos y máximos de las prestaciones. También se eliminaba la exigencia de plazos legales de cotización para riesgos no previsibles, como prisión y muerte. Mientras tanto, en caso de apoyo a enfermedad, el plazo legal de cotización fue rescindido para enfermedades laborales, además de las especificadas por el Ministerio de la Salud (como el sida). Para la jubilación por invalidez, el requerimiento de ser pobre se eliminó en los casos de accidentes (de cualquier naturaleza).

El plazo de cotización para jubilarse por edad, por tiempo de servicio, por jubilación especial y por abono de permanencia en servicio pasó de 60 meses en 1991-1992 a 180 meses a partir del 20 de diciembre de 1992. Aquí se observa una diferencia en relación con el grupo de trabajo de 1986, que especificaba una cotización de 189 meses para la jubilación por tiempo de servicio, aumentando paulatinamente el tiempo de cotización para la jubilación por edad. No especificaba tiempo de cotización para el abono por tiempo de ser-

vicio. La extensión de las prestaciones estaba prevista para todos los cotizantes del sistema, con excepción del salario familia, que no se aplicaba al trabajador doméstico ni al trabajador eventual asegurados, sino al jubilado por invalidez o por edad. Conforme con lo previsto en la Constitución, la pensión por viudez fue concedida también al hombre en caso de muerte de la esposa asegurada. El valor de la pensión para el cónyuge del asegurado fallecido pasó de 50% a 80% del salario de cotización. En situaciones de terminación de derechos por parte de un beneficiario, como un hijo que llega a la mayoría de edad, su parte en las prestaciones sería transferida a los demás dependientes. Además, estaban previstas las siguientes modificaciones con base en el nuevo Plan de Prestaciones:

- Introducción de la jubilación proporcional al tiempo de servicio para mujeres.
- Reducción del valor de la jubilación proporcional al tiempo de servicio para hombres de 80 a 70% del salario. Además, el incentivo monetario por permanencia en servicio para el que se quedaba trabajando aún después del plazo legal de jubilación sería concedida a los 35 años de servicio (en vez de 30 años anteriormente), pasando su valor de 20 a 25% del salario.
- Introducción de focalización para los apoyos a funeral y nacimiento y para el salario familia.
- Reducción de la edad para el hombre trabajador rural de 65 a 60 años en el derecho a jubilación por vejez, e introducción de la jubilación a los 55 años para la mujer trabajadora rural.
- Queda prohibido acumular jubilación, salvo en el caso de tener las jubilaciones anteriormente a la Reforma.
- Creación de una especie de “reserva de mercado” para los trabajadores con discapacidades físicas o con al-

gún tipo de rehabilitación física (prótesis, etcétera). Las empresas con hasta 200 empleados tendrían la obligación de reservarles 2% de sus puestos; las de 201 a 500 empleados, 3%; las de 501 a 1 000, 4%; y las de más de 1 000 empleados, 5 por ciento.

- Ampliación del plazo de cobertura para el desempleado a 12 meses, o a 24 meses si ha cotizado 120 meses consecutivos, a condición de que su situación de desempleado se haya registrado en el órgano propio del Ministerio del Trabajo y de la Previsión Social.

Las prestaciones en este Plan eran sujetas a un piso mínimo de un salario mínimo (como previsto en la Constitución) y un techo equivalente a 10 salarios mínimos, al cual el asegurado podía agregar. Se preveía además, implantar una nueva forma de cálculo del monto de la jubilación basada en las cotizaciones de los últimos 36 meses, con valor corregido por inflación. También estaban previstos aumentos en los pisos y techos para los apoyos por enfermedad, hospitalización, jubilación por invalidez, jubilación especial, así como aumentos en el techo para la jubilación por edad y tiempo de servicio.¹⁰

La segunda fase: el inicio de la Revisión Constitucional

En enero de 1992 fue creada, en la Cámara de Diputados, la Comisión Especial para Estudio del Sistema de Previsión, con el objetivo de promover "un amplio estudio del sistema de Previsión brasileño, tanto en lo tocante a su estructura como a su régimen de costos y de beneficios, y proponer soluciones viables para su funcionamiento conforme a las re-

¹⁰ Para algunas categorías como los militares y jueces.

glas y el cumplimiento de su destino social e institucional".¹¹ En su relatoría, la Comisión reconoció que "sin reformas estructurales, la Previsión pronto resentir[ía] los efectos corrosivos de las prestaciones sin cobertura asegurada o del agotamiento de las fuentes de financiamiento".¹²

Entre sus recomendaciones para la reforma de la previsión social, la Comisión apuntó que se deberían utilizar los recursos de las cotizaciones sobre salarios sólo para pensiones y jubilaciones, considerando problemático que los recursos que deberían destinarse a esos rubros fueran utilizados para financiar actividades que, "dado su carácter universal y no contributivo [tendrían] que ser asumidas por toda la sociedad, a través del presupuesto fiscal".¹³ La Comisión consideró también indispensable que la asistencia social se limitara a actividades que, "independientemente de la contribución por parte de los ciudadanos, son aseguradas en casos de pobreza extrema, y subordinadas a rigurosos criterios de focalización, como las prestaciones a funeral y maternidad, los ingresos mensuales vitalicios para los mayores de 70 años, la protección a discapacitados sin condiciones de sustento", que continúan aguardando la reglamentación de los dispositivos constitucionales. Otra recomendación fue la extinción del FINSOCIAL y de la cotización sobre los dividendos de las empresas con reducción de las contribuciones empresariales sobre la nómina.

La Comisión concluyó que, en el nuevo sistema, la fuente de financiamiento de las actividades de salud y asistencia social no podía ser la cotización de las empresas, dejando para estas áreas los recursos fiscales. El grupo de trabajo que examinó la cuestión del financiamiento propuso la crea-

¹¹ *Acta de la Mesa Directora*, 1992, Anexo 1.

¹² *Idem.*

¹³ *Idem.*

ción de la contribución sobre transacciones financieras.¹⁴ La Comisión recibió dos propuestas alternativas para ser examinadas y definidas dentro del conjunto de las medidas de la reforma tributaria en estudio: la primera consistía en responsabilizar el presupuesto fiscal nacional por la cobertura de los gastos públicos federales en salud y asistencia social. La segunda abogaba por transferir definitivamente las actividades de salud y asistencia social a los municipios y estados, con la consecuente creación de fuentes propias de ingreso para ese fin, ya sea en el ámbito estatal o en el municipal, cabiendo a la federación sólo la constitución de un fondo para atención a las regiones menos prósperas del país. Sin embargo, el propio informe apuntaba dos dificultades en la instrumentación de esta última propuesta: la interposición de un fondo federal de uniformización frente a las disparidades regionales y, en el caso específico de la salud, la necesidad de concentración regional de los recursos tecnológicos, humanos y materiales para la atención médica de nivel secundario y terciario.

Otra propuesta de reforma fue la creación de un Sistema Complementario de Previsión, tanto público como privado. La Comisión aquí afirmó la necesidad de estimular la existencia simultánea de un "sistema público, social y básico" y de un "sistema complementario —público y privado— a la disposición de los que quieran y puedan realizar ahorro para pensiones y jubilaciones adicionales". Por tanto, se recomendó que el gobierno encaminara al Congreso la nueva reglamentación del Sistema Complementario de la Previsión, con la creación de la Previsión Pública y la adopción

¹⁴ Actualmente ya implantada por las siglas CPMF, Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (Contribución Provisional sobre el Movimiento Financiero), pero conocida como el "impuesto sobre el cheque", por incidir sobre todas las operaciones bancarias.

de todas las medidas ya en estudio que harían viable y estimularían la previsión complementaria privada, abierta o cerrada. Otra recomendación fue mantener el límite de diez salarios mínimos, tanto para las cotizaciones como para el nivel de prestaciones de la previsión social. No se aceptó ni la sugerencia de la reducción de este techo ni la “presión fiscalista” para que, siendo limitadas las prestaciones, fuera ilimitado el nivel de cotización, con lo que hubieran podido aumentar significativamente los ingresos de la previsión, además de haberse introducido un fuerte mecanismo redistributivo en el sistema. La Comisión optó por mantener los anteriores niveles de cotizaciones y prestaciones de diez salarios mínimos, hasta que “[creciera] en términos reales el salario mínimo, y pueda reevaluarse periódicamente la decisión”. La Comisión recomendó, además, el fin del subsidio de la previsión social al sistema gubernamental de pensiones y jubilaciones de los empleados públicos civiles y militares.¹⁵

Tercera fase: la implantación de la reforma

La posición gubernamental. Una de las primeras medidas adoptadas por el gobierno de Fernando Enrique Cardoso fue proponer modificaciones radicales en la Constitución de

¹⁵ Otras recomendaciones hablaban acerca del fin de la acumulación de las jubilaciones y otras ventajas especiales; la revisión de la jubilación por tiempo de servicio, recomendando la exigencia de edad mínima, además del tiempo de cotización; la redefinición de las jubilaciones especiales; mayor selectividad en la concesión de beneficios; la adopción de procedimientos más rigurosos en el otorgamiento de la jubilación por invalidez; una profunda revisión del sistema de prestaciones por accidentes de trabajo; la creación del registro nacional del trabajador; la municipalización de la Asistencia Social; y la descentralización inmediata de los recursos fiscales para la salud.

los derechos de Previsión de los trabajadores. En marzo de 1995 fue enviada al Congreso la Propuesta de Enmienda Constitucional 33/95, ampliamente divulgada como la Reforma de la Previsión. Esta propuesta fue aprobada por la Cámara de Diputados en dos vueltas de votación, y se remitió al Senado a finales de agosto de 1996.

El texto sustitutivo aprobado en el Senado federal en octubre de 1997, y aprobado por la Cámara de Diputados en enero de 1998 rescató, en su aspecto central, la enmienda propuesta por el gobierno de Cardoso en marzo de 1995, misma que había sido sustancialmente modificada por la Cámara. Fue con la aprobación de la Enmienda Constitucional 20 sobre la reforma de la previsión, promulgada el 15 de diciembre de 1998, cuando realmente se inició la instrumentación de la reforma. Para los asegurados esa enmienda tenía las siguientes consecuencias:¹⁶

- Los ya jubilados o pensionistas no serían, al principio, afectados por la reforma (aunque la corrección de sus prestaciones ya no se haga con base en el salario mínimo, como en la legislación previa, sino en reajustes definidos por el gobierno.
- Los que todavía estaban trabajando pero habían cumplido antes del 16 de diciembre de 1998 con los requisitos para pedir su jubilación integral o proporcional, podían jubilarse, cuando quisieran, conforme las reglas anteriores a la reforma o de transición.
- Aquellos que no habían cumplido con esos requisitos tenían que optar por las reglas de transición.
- Los que ingresaban al mercado de trabajo una vez promulgada la reforma, podrían jubilarse a los 60

¹⁶ Destacamos aquí tan sólo las más importantes, a excepción de algunas que todavía volvieron a la pauta del Congreso por iniciativa del Ejecutivo.

años de edad y 35 de cotización para los hombres, o respectivamente 55 y 30 para las mujeres.

- Sería concedida la jubilación especial, sin exigencia de la edad mínima, solamente a quienes comprobaran que habían trabajado exclusivamente en condiciones especiales, es decir, aquellas que perjudican la salud y la integridad física, conforme a lo definido en la ley complementaria.
- Quien se jubile como empleado público, deberá probar por lo menos 10 años de actividad en el servicio público, y cinco en el cargo en que se le daría la jubilación.
- Las jubilaciones y pensiones de los empleados públicos no podrían rebasar el tope definido en la ley. En el sector público, los montos de las pensiones de jubilación serían reajustados en la misma proporción y en las mismas fechas que los reajustes para los empleados en actividad. También serían extendidos a los jubilados todas las prestaciones o ventajas concedidas a los empleados en activo.
- Se creaba una norma que establecía la cobranza de impuestos a los jubilados y pensionistas del sector público.
- Se permitía la acumulación de jubilación del sector público sólo con salario en la iniciativa privada.

A comienzos de 1999 se presentó una serie de problemas en la instrumentación de la Enmienda Constitucional que, según el gobierno, estaba “entorpeciendo” el camino del proceso de reforma. Estos problemas estaban siendo planteados, en su mayoría, por los partidos de oposición al gobierno federal, en un intento por modificar algunos puntos de la reforma considerados cruciales (tanto por la oposición como por el gobierno). En un informe publicado en septiembre de 1999, el Ministerio de Previsión Social mani-

festó la siguiente posición oficial contra los referidos planteamientos.

Reforma de la Previsión: puntos votados por separado. La propuesta de Enmienda Constitucional de reforma de la previsión es un todo equilibrado, cohesivo y consistente, resultado de un largo proceso de perfeccionamiento técnico y de negociación política, que pierde sentido en caso de que alguna de sus partes sea modificada. En la Cámara de Diputados la aprobación de la reforma dependió del rechazo de los llamados Puntos Destacados para Votación por Separado (DVS), que neutralizaron puntos cruciales de la referida propuesta (cuadro 17).

Cuadro 17. Puntos votados por separado en la reforma de previsión

DVS 1	Bancada PPS [oposición]	Suprime la reducción de la jubilación de los empleados públicos de salarios > R\$ 1 200.
DVS 2	Bancada PL [partidarios del gob.]	Mantiene la jubilación especial de los magistrados.
DVS 4	Bancada PSB [oposición]	Suprime la edad mínima en la regla permanente.
DVS 5	Bloque [oposición] PT-PDT-PC de B	Suprime la limitación de las cuotas de las patrocinadoras públicas a los fondos de previsión complementaria.
DVS 6	Bloque [oposición] PT-PDT-PC del B	Mantiene la diferenciación de las reglas de reajustes de los beneficios de los amnistiados.
DVS 7	Bancada PFL [partidarios del gob.]	Suprime la edad mínima en la regla de transición.
DVS 8	Bloque [oposición] PT-PDT-PC del B	Suprime la edad mínima en la regla de transición.
DVS 9	Bloque [oposición] PT-PDT-PC del B	Suprime el aumento de 40% en el tiempo de contribución en la regla de transición para la jubilación proporcional.

Reducción de la jubilación de los empleados públicos de altos salarios (DVS 1)

En el servicio público brasileño el monto promedio de las pensiones de jubilación es mayor que el de los salarios. Es un privilegio que no tiene correspondencia en cualquier parte del mundo. La reducción hasta de 30% de la pensión de jubilación de los empleados públicos que ganan más de R\$1 200 mensuales es un intento por uniformizar las reglas, dado que en la iniciativa privada las jubilaciones son, en promedio, cerca de 30% menores que en el sector público. Sin embargo, los empleados públicos no aportan a la previsión lo suficiente para compensar esta diferencia. En 1997 la recaudación de las aportaciones de los empleados públicos fue de R\$2 700 millones, contra un gasto de previsión de R\$19 500 millones, lo que significa un déficit de R\$16 800 millones en ese rubro. Aun cuando la federación aportara al sistema la cantidad equivalente a lo que las empresas privadas aportan a la previsión social (cerca de 22% de la nómina), seguiría habiendo un déficit del orden de R\$11 500 millones. Por tanto, reducir la jubilación del empleado público que gana arriba de R\$1 200 es una forma de corregir las desigualdades entre sector privado y público sin penalizar a los empleados públicos de menor ingreso. En el gobierno federal, 54% de los empleados no serían afectados por esa medida. Para los que ganan más de R\$1 200 mensuales, hay la atenuante de que entre menor sea el salario y mayor el tiempo de servicio, menor sería la reducción aplicada. En el gobierno federal, sólo 4% de los servidores es afectado por una reducción de 30%. Aun con ella, las pensiones de jubilación de los empleados públicos que ganan salarios elevados seguirán siendo mayores que los topes para las jubilaciones en el servicio público de Alemania (3 500 dólares), Francia (4 000 dólares) o España (2 300 dólares).

La jubilación especial de los magistrados (DVS2)

En el Poder Judicial, los valores promedio de las pensiones de jubilación son de 147% del salario, en comparación con 70% en el INSS. La uniformidad de las reglas es uno de los principios básicos de los sistemas previsionales. Si determinada categoría obtiene un tratamiento diferenciado sin haber contribuido lo suficiente, el sistema como un todo estará pagando la cuenta, porque los recursos tendrán que ser retirados de lo que corresponde a otros contribuyentes. De la misma forma, la previsión no puede ser utilizada para compensar bajos salarios, pues entre mayor sea el gasto destinado a los inactivos, menor será la disponibilidad de recursos para mejorar la situación de los que están trabajando. Se trata de un ciclo vicioso que perjudica principalmente a los usuarios, mismos que sufren con el deterioro de los servicios.

Edad mínima para la jubilación en las reglas permanentes y de transición (DVS 4, 7 y 8)

La institución de una edad mínima para la jubilación es el eje fundamental de la reforma de la previsión. La ausencia de límite de edad ha beneficiado a una pequeña minoría que se ha jubilado precozmente por tiempo de servicio con, en promedio, 48.9 años de edad. De los 2 356 906 nuevos pensionados autorizados en 1998, 279 328, u 11.9%, hubieran sido afectados por la institución de un límite de edad de 53 años para los hombres y 48 para las mujeres. Poniendo un límite de 60 años para los hombres y de 55 para las mujeres, 375 569, o 15.9%, se verían afectados por la medida. La minoría de trabajadores que se jubila por tiempo de servicio proviene, en gran parte, de puestos de trabajo de mejor calidad, con salarios más elevados y una vida laboral

más estable, lo cual facilita la comprobación de haber satisfecho los requisitos para la obtención de la jubilación. El valor promedio de su pensión de jubilación es de R\$510.

En el otro extremo están los trabajadores que se jubilan por edad con, en promedio, 62.8 años. Ellos tienen menor poder adquisitivo y dificultades para comprobar el tiempo de servicio debido a la mayor inestabilidad de sus vidas laborales. Sus puestos de trabajo son más precarios, caracterizados por alta rotatividad, baja calificación y bajos sueldos. El límite de edad para este segmento ya existe desde hace 40 años, y el monto promedio de su pensión de jubilación, de R\$145, es casi 3.5 veces menor que el monto promedio de la pensión de jubilación por tiempo de servicio.

De esta forma, se ha configurado un sistema de solidaridad a la inversa, donde los trabajadores más ricos se jubilan más temprano (47.8 y 49.2 años para mujeres y hombres, respectivamente), reciben un beneficio mayor (R\$510), por más tiempo (29.3 años para mujeres y 24.8 para hombres). Además, ellos suelen seguir en el mercado de trabajo, por lo que el beneficio se vuelve un mero complemento del ingreso. Los trabajadores más pobres se jubilan por edad más tarde (61 años las mujeres y 65.6 años los hombres), reciben un beneficio menor (R\$145) y por menos tiempo (19 años para mujeres y 13.9 años para hombres). Conforme con los datos de febrero de 1998, cinco millones de beneficiarios, o 49% de los jubilados del Régimen General de la Previsión Social (RGPS), reciben jubilaciones por edad, consumiendo R\$720 millones cada mes, o el 28% del gasto total en jubilaciones. A la inversa, tres millones de beneficiarios, o 30% del total de los jubilados, reciben jubilación por tiempo de servicio, con un gasto mensual por esta modalidad de R\$1,550 millones, equivalente a 59% del total de los gastos de jubilaciones.

Los trabajadores más pobres no tienen expectativa de jubilarse por tiempo de servicio y nada tienen que perder

con la fijación de la edad mínima. Al contrario, la garantía de la viabilidad financiera de la previsión social es condición *sine qua non* para la preservación y el aumento del valor de sus beneficios. Es falaz el argumento según el cual el límite de edad perjudica a los más pobres porque ellos comienzan a trabajar más temprano y tienen expectativa de vida menor que los ricos. La expectativa de vida de los pobres es baja debido a la elevada mortalidad infantil, condicionada por la insuficiencia de los servicios de salud y educación, los graves problemas de desnutrición y el bajo acceso al saneamiento básico. Sin embargo, los que logran sobrevivir a las malas condiciones de los primeros años de vida tienen una esperanza de sobrevida más elevada en las edades que siguen. Para la previsión, el indicador más relevante es la esperanza de sobrevida en las edades más avanzadas. Si un hombre llega a los 50 años, vivirá, en promedio, hasta los 74 años y la mujer hasta los 77.6, independientemente del ingreso. Los estudios demográficos demuestran también que en edades avanzadas no hay grandes diferencias entre hombres y mujeres en la expectativa de sobrevida. Además, a pesar de que los más pobres comienzan a trabajar más temprano, lo hacen en el mercado informal y, por tanto, ese tiempo no cuenta para la jubilación. Actualmente, los pobres que comienzan a trabajar más temprano no logran jubilarse por tiempo de servicio, debido a la mayor inestabilidad de sus vidas laborales. Dichos trabajadores suelen jubilarse por edad, por lo que no se verán afectados por esta reforma de la previsión.

Fondos de Previsión Complementaria (DVS 5)

Los Fondos de Previsión Complementaria de las empresas estatales presentan una insuficiencia de recursos del orden de los R\$22 000 millones. La mayoría de estas empresas efectúa contribuciones bastante elevadas para sus propios

fondos de pensión, a menudo arriba de 20% de la nómina, límite superior de los aportes para las empresas privadas. Esto repercute en lucro y competitividad menores, y los perjuicios son pagados por toda la sociedad. Los aumentos en los aportes de las empresas patrocinadoras son una forma de socialización de los costos de los privilegios de determinadas categorías laborales que no contribuyeron lo suficiente para garantizar sus pensiones.

Amnistiados¹⁷ (DVS 6)

El reajuste de beneficios de acuerdo con la variación salarial es un mal negocio para los amnistiados. En junio de 1998 el reajuste de los beneficios fue de 7.76% y la variación del salario promedio fue prácticamente nula. O sea, los amnistiados no tendrían aumento en caso de que sus beneficios fueran reajustados por la variación salarial. Entre septiembre de 1994 y junio de 1997, al tiempo que se realizó un reajuste acumulado de 77% en las prestaciones, el salario promedio aumentó en 68.2 por ciento.

El "Peaje" en la regla de transición (DVS 9)

La jubilación proporcional agrava las distorsiones del sistema de prevención porque permite una precocidad todavía mayor en la obtención de la jubilación. La institución del llamado *peaje* permite una transición gradual entre la regla antigua y la nueva regla. Con eso, el tiempo trabajado hasta el retiro es contado de acuerdo con las reglas anteriores y el retiro se aplica únicamente al tiempo que falta para la jubilación. En caso de que no se aplicara el *peaje*, el lími-

¹⁷ Se trata de los que fueron amnistiados de las condenas que sufrieron en la dictadura militar.

te de edad de la regla permanente de 60 años para los hombres y 55 años para las mujeres sólo valdría para las personas que ingresan en el mercado de trabajo posteriormente a la reforma, lo cual atrasaría 40 años los efectos de la reforma.

El 13 de septiembre de 1999, el Poder Ejecutivo envió al Congreso el Proyecto de Ley 1 527, de 1999, que establecía el cálculo del monto de la pensión sobre la base de la aportación a la previsión del contribuyente individual. Esta ley altera las leyes 8 212 y 8 213, ambas del 24 de julio de 1991. El ejecutivo, en su justificación, argumentó que la presentación de la propuesta tenía por objetivo dar continuidad al proceso de reglamentación de la Enmienda Constitucional 20, de 1998, buscando perfeccionar el sistema de previsión de los trabajadores de la iniciativa privada. La redactora del Proyecto de Ley¹⁸ de la oposición hizo hincapié en las principales modificaciones introducidas por ese Proyecto de la manera siguiente:

- 1) Reducción del número de categorías de asegurados de siete, que incluye a empleados, empleados domésticos, trabajadores eventuales, empresarios, trabajadores autónomos, equivalente a autónomo y asegurado especial, a cuatro (empleados, empleados domésticos, contribuyentes individuales y asegurados especiales). Las categorías de empresarios, trabajadores autónomos, equivalentes a autónomo y trabajadores eventuales están incluidas en la categoría denominada Contribuyente Individual.
- 2) Modificación en la prestación de salario maternidad por medio de:

¹⁸ Diputada federal Jandira Feghali, del Partido Comunista de Brasil.

- 2.1) La ampliación de la cobertura de beneficio salarial maternidad que incluye a todas las aseguradas de la previsión social, a diferencia de lo que ocurre hoy, donde son cubiertas por ese beneficio las empleadas aseguradas, empleadas domésticas, trabajadoras eventuales y las aseguradas especiales.
 - 2.2) La institución da un plazo mínimo para el pago de la prestación. La justificación es que “un plazo mínimo de pago de las cotizaciones es una institución que necesariamente debe estar presente en cualquier sistema de previsión, y ser estipulada para cualquier prestación”.
 - 2.3) Un cambio en la fuente pagadora de la prestación: se transfiere la responsabilidad del pago del salario maternidad (que hoy es realizado por la empresa) a una compensación en el cobro de las cotizaciones sobre la nómina realizado por el INSS.
- 3) El condicionamiento del pago del salario-familia a la comprobación de asistencia del hijo a la escuela. En la actual legislación el pago de esta prestación está condicionado sólo a la presentación del acta de nacimiento y la cartilla de vacunación.
 - 4) El tratamiento diferenciado entre el contribuyente fraudulento y el meramente incumplido. Según el proyecto, “el incumplido es aquel que, no disponiendo de recursos para pagar su contribución, declara la cantidad que debe en la GFIP, haciéndose conocido. El contribuyente fraudulento es el que, disponiendo o no de recursos para saldar sus deudas, no los declara, dejando no solamente de cumplir la obligación principal, sino también de que ésta sea conocida”. De esta forma, el proyecto propone mejorar en 100%

- los porcentajes de recaudación previstos en la Ley 8 212 de 1991, y reducir en 50% los incumplidos.
- 5) La redefinición de los criterios de cálculo del monto de las pensiones, es el aspecto considerado por el gobierno como uno de los cambios más importantes. La propuesta modifica el periodo en el cual se basa tal cálculo, ahora de julio de 1994 hasta el momento de la jubilación. Se subraya aquí, que anteriormente, el periodo de cálculo permitía un margen de 20%, en vez del 33% actual. Según el mensaje expresado por el gobierno, el aumento del "periodo de cotización computado para calcular el salario de beneficio no es más que un ajuste de la legislación brasileña a la tendencia internacionalmente vigente de extensión del número de años sobre los cuales se basa la determinación del monto de la pensión".
 - 6) La introducción de otros factores en el cálculo de la pensión. Entre los componentes para ser tomados en cuenta en la nueva fórmula sobresale el "factor de previsión" que considera la expectativa de sobrevivencia en la fecha de la jubilación, el tiempo de cotización hasta la fecha de la jubilación, la edad en el momento de la jubilación y el nivel de cotización.

LOS ACTORES SOCIALES FRENTE A LA REFORMA DE LA PREVISIÓN

Los miembros del panel que trataba de las propuestas de reforma a la previsión social¹⁹ conformaban tres grandes grupos. Un primer grupo, al que pertenecían el empresariado y los sectores ligados al Partido y al Instituto Liberal, proponía una reforma más radical, en la línea del modelo chileno. Un

¹⁹ Véase *Propuestas de Reforma de la Previsión Social*, en MPAS/CEPAL, Brasilia, 1994.

segundo grupo defendía, esencialmente, el modelo de la seguridad social consagrado por la Constitución de 1988. Éste incluía a los partidos políticos de oposición al gobierno de Cardoso, algunas centrales sindicales y sectores de trabajadores y jubilados organizados, los empleados públicos, la Iglesia católica y otras entidades de la sociedad civil organizada, como la Orden de los Abogados, y la Asociación Brasileña de Prensa. Otro grupo, intermedio entre estos dos, proponía una reforma del sistema actual sin caer en la línea del modelo chileno, con modificaciones. En lugar de transformar todo en previsión privada, se crearía una previsión complementaria (privada, en este caso). Nótese que los actores sociales “reales” no siempre encuadraban perfectamente en esas tres posiciones, pero seguían sus líneas fundamentales.

LAS PROPUESTAS PATRONALES

La Federación de Industrias del Estado de São Paulo (FIESP)

La FIESP, que representa el más importante y poderoso grupo de empresarios del país, ha sido una interlocutora privilegiada de los diversos gobiernos en torno a las reformas en discusión. Desde el primer intento de Reforma Constitucional en 1992, ya se manifestaba claramente cuál sería su propuesta de reforma para la Seguridad Social. Para esto propuso la creación de una Red de Protección Social al Trabajador, que incluiría esquemas separados de previsión social, asistencia social y salud, siendo estos dos últimos financiados exclusivamente con recursos del presupuesto fiscal. Es decir, los recursos contributivos serían exclusivamente destinados a la previsión (manteniendo, por ende, su carácter de seguro). De esa forma, la FIESP se oponía totalmente a la propuesta de seguridad social prevista en la Constitución, que unificaba esos tres sectores, incluso en términos presupuestarios. Esta

propuesta tiene como tela de fondo la idea de “mínima interferencia gubernamental” debiendo restringirse la actuación del Estado a la recaudación de recursos, fiscalización y distribución de *vouchers* de servicios básicos para ser prestados “competitivamente” por los sectores privado y público. Su objetivo era perfilar la “ineficiencia del sector público”, sin eximirlo de la responsabilidad de garantizar la protección social. La propuesta para la previsión social preveía la existencia de un Seguro Social reducido en relación con lo que es hoy, con un sistema de financiamiento totalmente individualizado, y funcionando conforme al régimen de capitalización. Para los trabajadores que desearan beneficios superiores al mínimo estipulado para la previsión pública (que sería reducida a un tope de tres Valores de Referencia de la Seguridad VRS)²⁰ habría la posibilidad de contratar un plan de previsión complementaria que, junto con las instituciones de previsión privada, sería regulado y fiscalizado por el Estado. El sistema de seguro contra accidentes de trabajo sería privado, cabiendo al empleador el pago obligatorio a las aseguradoras privadas (tal como en Chile). Las fuentes de financiamiento serían una cotización obligatoria de 10% del salario a cuentas individualizadas cuyo límite sería el de tres VRS. Las empresas dejarían de contribuir, siendo su parte de cotización en el sistema actual transferida a los salarios. El sistema sería “autofinanciable”, sin necesidad de aporte de recursos del Tesoro.

La Confederación Nacional de la Industria (CNI)

La CNI, al congregar a las grandes federaciones de la industria brasileña, es la gran representante del empresariado y,

²⁰ El rubro Valores de Referencia de la Seguridad (VRS) sería calculado con base en el salario mínimo anterior a la creación del nuevo sistema, corregido mensualmente por la inflación.

por tanto, del patronato. Su posición con respecto a la Reforma de la Previsión en muchos puntos es, como la de la FIESP, más radical que la del propio gobierno, en el sentido de querer ampliar todavía más el espacio de la previsión complementaria privada y reducir la previsión pública a “beneficios mínimos para los más pobres”. Esta posición está claramente expresada en uno de sus boletines de evaluación del proceso legislativo con respecto a la reforma de la previsión:

la viabilidad de la Previsión Social a largo plazo requiere una reforma todavía más amplia, contemplando, entre otras, la participación de empleadores y trabajadores en su administración y para el Estado la responsabilidad por la concesión de prestaciones mínimas que representen seguridad para los más pobres. Por arriba de ese límite, la responsabilidad por el pago de las prestaciones debe ser dejada a la Previsión Complementaria, representada por Fondos de Previsión Privada, fiscalizados por el Estado y administrados por las propias empresas, o entidades especializadas (*Agenda Legislativa da Industria*, 17, 1999).

Evidentemente, la CNI quería exonerar todavía más a los patrones de sus cotizaciones que consideraban “exageradas”. En este sentido, definió una posición contra cualquier otra propuesta de reforma tributaria que pudiera crear nuevos tributos para la seguridad social. Los recursos del gobierno debían ser destinados exclusivamente a los sectores más “carentes”, por medio del corte y de la reprogramación del gasto público, descentralizando los servicios públicos hacia los estados y los municipios.

LAS PROPOSICIONES LIBERALES

El Instituto Liberal

El Instituto Liberal, entidad privada de la sociedad civil, elaboró una propuesta basada en el modelo chileno. Ade-

más de la eliminación de la seguridad social, proponía la reubicación de sus gastos. La previsión social sería organizada conforme un sistema específico con base en cotizaciones, los accidentes de trabajo serían amparados por seguros privados, la asistencia médica sería financiada por una contribución adicional del trabajador, y la asistencia social vía el presupuesto fiscal general. El delineamiento básico de la propuesta de este grupo para la previsión era el siguiente:

- Un sistema privado, basado en el régimen de capitalización en cuentas individuales.
- El Estado asume un papel asistencial complementario para aquellos trabajadores que no logran acumular un ahorro suficiente durante la vida activa, de forma de garantizarles un ingreso mínimo en la fase inactiva.
- La edad para la jubilación sería de 65 para los hombres y 60 años para las mujeres. Con el fondo acumulado, el jubilado compraría un seguro de ingreso vitalicio con una aseguradora, cuyo monto dependería del cálculo actuarial de la aseguradora de acuerdo con la expectativa de sobrevivencia del asegurado y de su grupo familiar.

En esta propuesta, el nivel de las pensiones no sería definido *a priori*, sino que dependería de los planos de cotización definidos y de la rentabilidad del fondo.²¹ El individuo contribuiría sólo al financiamiento de su seguridad social: con 10.5% para la jubilación, 2.5% para el seguro de invalidez o muerte, y 4% para el seguro de salud. Sería creado un Fondo de Financiamiento de la Previsión Social (FFPS),

²¹ Según estimaciones (algo optimistas) del II, una contribución de 10.5% del salario con una rentabilidad de 6% al año garantizaría al individuo una jubilación de 70% de su ingreso en activo.

administrado por el Estado, constituido por la transferencia del patrimonio actual del INSS; por las cuotas de aquellos que no alcanzarían un ahorro suficiente para garantizar un ingreso mínimo; por dividendos de las empresas estatales y por impuestos generales. El paso hacia el nuevo sistema sería obligatorio. El financiamiento de los ya jubilados sería garantizado por el FFPS. Para los actuales contribuyentes, se crearía un bono de “derechos adquiridos”, tal como en el modelo chileno.

LAS PROPOSICIONES DE LOS SINDICATOS

La Central Única de los Trabajadores (CUT)

La Central Única de los Trabajadores (CUT) es la central sindical más importante en el ámbito nacional. Ella ha asumido una postura crítica frente a la política económica de los gobiernos desde el inicio de los años noventa. En agosto de 1995, en el momento en que ya estaba en discusión la Reforma de la Previsión, la CUT publicó un documento que aclaraba su propuesta para una “Nueva Previsión Social en Brasil” (CUT, 1995). En este documento no negaba “la necesidad de ajustes, indispensables para la mejoría de la calidad de la cobertura de previsión prestada”... y proponía “impedir que, una vez más, el Estado brasileño sea objeto de negocios sospechosos que sólo tienen como fin favorecer el sistema financiero nacional y extranjero”.

Los cambios que la CUT consideraba necesarios apuntaban hacia una previsión social pública general, única para todos los trabajadores, sean ellos rurales o urbanos, del sector público o privado, civiles o militares. Ésta sería basada en la idea de que el sistema de previsión era “un sistema mantenido por la sociedad para proteger y dar seguridad a los ciudadanos, objetivo que no es permeable a tratamientos diferenciados. En él todos deben ser igualmente protegi-

dos". Este sistema cubriría los daños por enfermedad, invalidez, muerte, vejez y hospitalización; incluyendo también aquellos resultantes de accidentes de trabajo o enfermedad profesional; protección a la maternidad; protección al trabajador en situación de desempleo involuntario y ayuda a la manutención de los dependientes de los asegurados de bajo ingreso; además de otras prestaciones que busquen la protección social y la supervivencia digna de los brasileños. La CUT consideraba que la previsión debía ser contributiva, entendiendo, empero, que en determinadas situaciones singulares ese carácter no debía anteponerse al principal sentido de la previsión, que es la protección de aquellos que no pueden, por cuenta propia, enfrentar las dificultades antes señaladas. La CUT entendía también que los trabajadores rurales, aun cuando contribuyeran al sistema, no podían hacerlo en las mismas condiciones que los trabajadores urbanos. En este caso, consideraba justo que la Previsión asumiera un "subsidio social" para los trabajadores del campo. En cuanto a las prestaciones, la CUT proponía que se mantuviera lo estipulado por la Constitución. Proponía, además, elevar el tope de prestaciones a 20 veces el piso establecido, y que las cotizaciones no tuvieran tope.

*El Departamento Intersindical de Asesoría
Parlamentaria (DIAP)*

El DIAP fue fundado el 19 de diciembre de 1983 con el fin de actuar frente a los poderes de la República, normalmente el Congreso Nacional, y excepcionalmente las cámaras de concejales,²² para lograr la institucionalización y la transformación en normas legales de las reivindicaciones predominantes, mayoritarias y consensuales de la clase trabajadora. Se considera un instrumento de los trabajadores.

²² Asambleas Legislativas de los Estados.

El DIAP está constituido por cerca de 800 sindicatos de trabajadores, conjuntando centrales, confederaciones, sindicatos y asociaciones distribuidos en todos los estados y territorios del país, de los cuales 60 radican en Brasilia. El mando político sindical del DIAP está ejercido por las entidades afiliadas que constituyen la Asamblea General y se reúnen periódicamente en forma estatutaria. El DIAP tiene una Dirección Técnica que actúa frente a la Dirección Ejecutiva y coordina las reuniones de técnicos y consultores, la emisión de opiniones, el control de proyectos, la actuación sobre los parlamentarios y la información y orientación a las entidades sindicales. Dispone también de asesores permanentes que supervisan la elaboración de los boletines, periódicos y otras publicaciones.

Además de la correspondencia que mantiene con sus 800 afiliados, el DIAP edita de manera regular el *Boletín Informativo* y el *Periódico del DIAP* que se distribuyen a las 8 000 entidades sindicales de trabajadores, a los senadores, los diputados, los órganos gubernamentales, y la gran prensa en Brasilia. El material del DIAP es reproducido por la prensa sindical y por diversos periódicos.

LOS PARTIDOS

El Partido de los Trabajadores (PT)

Desde la primera campaña de su candidato a la presidencia de la república en 1994, Luiz Inácio Lula da Silva, el PT, principal partido de la oposición, tenía una propuesta para la previsión en Brasil. En varias ocasiones manifestó su oposición al proyecto gubernamental de reforma de la previsión por medio de su bancada en la Cámara de Diputados, denunciando insistentemente el hecho de que esa propuesta no se configuraría "en una efectiva y verdadera reforma

de la Previsión social en Brasil, y constitu[ía] un intento ilegítimo e injustificado de supresión de derechos".²³

Durante el proceso de reforma constitucional en el Congreso Nacional, sin embargo, el PT no se había negado a negociar las alternativas que juzgaba más cercanas a su programa partidario. De esta forma, además de insistir en las movilizaciones de aquellos que se consideraban perjudicados con la reforma, siguió en las negociaciones con el Ejecutivo y con el Congreso Nacional en torno a las propuestas que consideraba necesarias para una reforma más profunda. Los puntos esenciales, de los cuales no se ha desistido, son, sintéticamente, los siguientes:

- 1) Fortalecimientos de la previsión pública: el elemento clave es la centralización de la recaudación de todas las contribuciones sociales federales bajo el control del propio INSS.
- 2) La gestión pública no debe ser meramente estatal como hoy. Explicitar en la actual enmienda una gestión cuatripartita con trabajadores, jubilados, empresarios y Estado.
- 3) Régimen básico universal: derechos y obligaciones iguales para todos, incluso empleados públicos y militares, en la categoría salarial comprendida entre uno y 10 salarios mínimos.
- 4) Previsión complementaria: pública o privada en las categorías salariales arriba de 10 salarios mínimos. En el caso de los fondos de pensión estatales, preservar la relación 2/1 en las cotizaciones patronales empleados.

²³ "Reforma da Previdência", elaborado en agosto de 1997 por la Asesoría Técnica del Liderazgo del Partido de los Trabajadores en la Cámara de Diputados, y actualizada en mayo de 1998.

- 5) El financiamiento de la seguridad sólo puede ser pensado en combinación con la reforma tributaria ((Dain, Tavares y Castilho, 1993).
- 6) Transición: necesidad de una transición más gradual que sea viable política y jurídicamente, para evitar cometer injusticias.

Además de esos puntos estratégicos, otros puntos exigen mayor discusión, por ejemplo, la necesidad de preservar, aunque de manera reformulada, la jubilación por tiempo de servicio²⁴ y la necesidad de llegar a una fórmula que no perjudique a los trabajadores más pobres como sucede hoy. El PT juzga necesario introducir el factor ingreso como criterio. Para los trabajadores de bajo ingreso, debe haber exigencias menores de tiempo de servicio, de cotización y de edad. Para los trabajadores de ingreso más elevado debe haber mayores exigencias.

La Conferencia Nacional de los Obispos (CNBB)

La Conferencia Nacional de los Obispos de Brasil es el órgano representativo máximo de la Iglesia católica en el país. Viene acumulando, principalmente en las últimas tres décadas, un importante acervo crítico expresado en innumerables documentos y publicaciones, movilizándose y organizando a la sociedad civil, particularmente los sectores más populares y los "excluidos" según su propia definición.

El CNBB ha tomado una postura crítica frente a la política económica adoptada desde principios de la década de 1990. Su posición en relación con las reformas del gobierno de Cardoso y, específicamente, la reforma de la previsión, queda clara en los textos a continuación:

²⁴ Corresponde a la propuesta de reforma del gobierno de Cardoso.

La reforma de la previsión y la reglamentación de los planes de salud afectan la vida de millares de personas. Se está caminando en dirección de una previsión y asistencia médica restringidas a las elites privilegiadas, las que son capaces de contribuciones, y [se deja los contribuyentes] a la merced de las leyes inexorables del mercado financiero... Las decisiones políticas están restringidas al ámbito del Congreso Nacional, de las articulaciones entre gobierno, ministros del área económica y financiera y liderazgos políticos que le dan sustento. Queda lejos una discusión amplia y democrática que incluya a todos los segmentos de la sociedad. No hay demostración clara de que el Congreso y el gobierno no existan para acentuar las diferencias sociales, sino para disminuirlas, en este país campeón de concentración de ingresos y falta de equidad (CNBB, 1998).

En este punto, la CNBB centra la atención en el tipo de negociación política que tiene lugar en el Congreso, la cual queda restringida a las articulaciones entre el gobierno y los liderazgos políticos que lo sostienen, dejando fuera aquellos sectores afectados por esas reformas.

CONSIDERACIONES FINALES

La reforma de la previsión, que en el caso brasileño pasa por la reforma de la seguridad social, no puede verse aisladamente de un contexto mayor de reformas, que a su vez se sitúan en un proceso de ajuste estructural aún más amplio. Este proceso de ajuste posee determinaciones e implicaciones económicas y políticas. Las de naturaleza económica son las más evidentes, y son la base para los principales argumentos sobre la necesidad de la reforma por parte del gobierno. Éste ha venido afirmando de manera sistemática, por medio de documentos oficiales y por los medios de comunicación, que la reforma de la previsión era absolutamente

fundamental para la estabilización económica, considerada como prioridad absoluta por el entonces presidente de la República y por las autoridades económicas. La reforma se revistió de un fundamento técnico, presentado por los tecnócratas de la previsión, pero, sobre todo, por los del ministerio de Hacienda (los economistas), mediante fórmulas y ecuaciones en extremo complicadas, prácticamente incomprensibles para la gran mayoría de la población (como es el caso del recién inventado "Factor de Previsión" cuya ecuación es presentada como la fórmula mágica que resolverá todos los problemas de la previsión). El corolario político de esa postura era evidente: el Congreso debía aprobar la reforma de la previsión propuesta por el gobierno, sin la cual el país correría enormes riesgos, y la sociedad debería comprender y aceptar esa reforma, sin pretender modificarla. Cualquier manifestación contraria a la reforma era considerada prácticamente una "traición" a la patria. En este sentido, los movimientos sociales organizados contra la reforma, apuntados en este trabajo crearon un reducidísimo —casi nulo— margen de maniobra en las negociaciones con el gobierno en esa materia. La presión de esos movimientos sobre el Congreso, por otro lado, chocó contra la mayoría partidaria del gobierno que apoyaba, con algunas excepciones, la propuesta reformista oficial. Para tal caso, el ejecutivo utilizó todos los recursos políticos y materiales, unos legítimos y otros no tanto (por ejemplo, las denunciadas "compras de voto" de los parlamentarios), para hacer aprobar todas las reformas consideradas esenciales.

Al analizarse la reforma en el marco propuesto por los organismos internacionales, Brasil estaría adoptando un sistema mixto, al mantener una previsión pública básica, y abrir espacio para una previsión complementaria predominantemente privada. Sin embargo, la aplicación mecánica de esos modelos, en la mayoría de los casos, no toma en cuenta la evolución histórica ni la composición estructural

de cada sistema de seguridad social que son las especificidades de cada país. Brasil es excepción a esa regla.

La previsión social brasileña es el sistema de seguridad social más importante de América Latina, con la mayor cobertura tanto urbana como rural. Además, desde la década de los años setenta, pero, sobre todo, a partir de la Constitución de 1988, tiene características completas de seguridad social, al incorporar la salud (con un sistema de acceso universal, único en América Latina) y la asistencia social, con programas también de base universal. Con esto, el sistema de previsión brasileño posee, desde su conformación, un cuerpo de beneficios sociales de naturaleza asistencial muy importante para una alta proporción de la población brasileña no asegurada. De esa forma, la previsión representa hoy un poderoso instrumento de política social para los amplios sectores desfavorecidos en Brasil. En innumerables ciudades pequeñas y medianas, las prestaciones de la Previsión, sobre todo las jubilaciones, son hoy la principal o única fuente de ingreso de las familias de bajo ingreso.

El modelo mixto, empero, aparentemente tan claro y tan lógico, se reviste en la compleja realidad brasileña de múltiples interrogantes e indefiniciones. No es por casualidad que el proceso de reforma todavía no logre terminarse. Las principales cuestiones que todavía constituyen puntos problemáticos en esa reforma son:

- El tamaño de la previsión pública: cuál debe ser el alcance de la previsión estatal y su cobertura. Si se mantienen los actuales topes (de cotización y de prestaciones) en 10 salarios mínimos, la cobertura se mantendrá más o menos como está hoy, o sea, con un alcance todavía considerable, dada la distribución salarial de la población empleada, pero sin cumplir un papel redistributivo en la medida en que sólo reproduce la actual estructura salarial. En caso de

que esos topes sean rebajados, la previsión pública se volvería excluyente al reducir su cobertura y excluir una proporción importante de la clase media, lanzándola a brazos de la previsión complementaria privada (aunque tenga cada vez menos posibilidades de pagar un seguro privado).

- ¿Cuál sería el precio pagado por la sociedad, en términos de subsidios e incentivos fiscales para financiar la expansión de la previsión complementaria privada?
- La baja tasa de contribución a la previsión: hoy, escasamente la mitad de la población ocupada en Brasil cotiza en la previsión, lo que tiende a agravarse con el aumento de la informalidad y el desempleo.
- La cuestión del financiamiento: dadas las tendencias apuntadas de aumento de la informalidad y del desempleo, no se puede mantener el financiamiento de la Previsión con base casi exclusiva en la nómina. El principio de multiplicidad y diversidad de fuentes, combinando recursos contributivos con recursos fiscales, ya apuntado en la Constitución, no está previsto en la actual Reforma.
- El recorte de las prestaciones, más allá de no resolver el problema estructural del financiamiento, trae consecuencias sociales graves, sobre todo en momentos de crisis y de recesión.

Para concluir: todas esas cuestiones, lamentablemente no han encontrado canales de expresión ni foros de debate políticos eficaces, en la medida en que el Congreso, principal *locus* de discusión y decisión (formal) en torno a la reforma, se ha encontrado, hasta la victoria electoral del PT, controlado y manipulado por un Ejecutivo poco dispuesto a reconsiderar las reformas instrumentadas.

V. BALANCE DEL SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES DE CHILE

CAROLINA TETELBOIN HENRION*

En el presente capítulo me propongo realizar un balance de la situación del sistema de pensiones chileno a fin de ponderar su significado en relación con los beneficiarios y los diversos intereses comprometidos en su desarrollo. Por tratarse de un sistema relativamente reciente, y por tanto inmaduro, ofrece dificultades para realizar una evaluación definitiva. Sin embargo, existe una serie de elementos que hacen posible una aproximación a sus resultados, especialmente los necesarios para permitir una ponderación conceptual sobre sus características a la luz de los años transcurridos.

Con el mismo objetivo de esclarecer la situación actual del sistema chileno de pensiones, parece sugerente incluir en esta tarea consideraciones sociohistóricas que ayuden a entender esta experiencia en el largo plazo, fijando sus antecedentes y algunas líneas estratégicas posibles hacia el futuro. Particular importancia tienen, en ese sentido, las actuales gestiones que ya ha iniciado la sociedad chilena para entender los sucesos acontecidos en las últimas décadas. Desde luego, esta situación es de gran trascendencia en la medida que mueve la discusión de un terreno exclusivamente técnico y macroeconómico (Tetelboin, 1999) a otro

* Universidad Autónoma Metropolitana, México.

vinculado a la comprensión del tipo de política social que se desarrolla y sus consecuencias.

La línea argumental que sigue la exposición empieza describiendo el sistema de seguridad social conocido como el “antiguo sistema”, sus orígenes y características. Luego, presenta las condiciones y características que hicieron posible la creación del llamado “nuevo sistema”. Posteriormente, y de manera central, se examinan sus principales resultados en relación con aspectos como su organización, sus objetivos, y sus resultados en el plano económico y social. Finalmente se plantean algunas conclusiones y perspectivas.

El antiguo sistema, independientemente de su capacidad de resolución que más adelante comentaré, estaba inspirado en los sistemas de seguridad social que han regido los ordenamientos de los países más avanzados, socialmente destinados a dar seguridad a los ciudadanos como derecho (Ramírez, 1999). El actual, en cambio, se basa en la capacidad individual de comprar protección contra riesgos en un esquema de mercado. Para el primero el objetivo era garantizar el reconocimiento a la protección como obligación social, incluso en los esquemas limitados como fue el caso de Chile, por medio del equilibrio de intereses que combinaba las necesidades sociales con el aporte del capital, del trabajo, y del Estado.¹ Para el actual, en cambio, su objetivo fue contribuir, en el marco de otras reformas más generales, a la resolución de la crisis económica, innovando las funciones atribuidas a espacios sociales que habían estado hasta ese momento al margen del mercado. De esta manera, una importante masa de recursos que hasta entonces

¹ Estos esquemas restrictivos para el caso de las pensiones se complementaban con los servicios públicos generales como los que prestaba el Servicio Nacional de Salud al conjunto de la población.

había estado fuera de los circuitos de la capitalización entró a éste para otorgar importantes ganancias a los particulares que administran el sistema. Entre los resultados se encuentra la acumulación de una masa de fondos de pensiones de alrededor de 30 mil millones de dólares, con una participación de alrededor de 40% del PIB.² Junto a esta importante cifra, un dato revelador del sentido del crecimiento económico del país es una concentración del ingreso nacional sin precedente, que otorga a 10% de la población más rica el control sobre 40% de los ingresos (Zapata, 1997). ¿Es posible afirmar que existe una relación entre estos dos procesos?

LA CONSTRUCCIÓN Y LAS CARACTERÍSTICAS DEL "SISTEMA ANTIGUO"

Los antecedentes que permiten entender los rasgos del sistema antiguo antes de su desaparición en 1980 pueden ser ubicados en ciertas coyunturas o periodos especiales directamente vinculados con momentos políticos trascendentales comprendidos entre los años 1924 y 1980. El inicio está representado por la época en que se empieza a legislar en materia de trabajo.³ A su vez, este periodo puede verse divi-

² Entrevista a Julio Bustamante, superintendente de la Asociación de Fondo de Pensiones (AFP), en Revista *Cosas*, abril 1998.

³ La capacidad del Estado hasta ese momento había dado algunos frutos, entre ellos, algunas iniciativas de vivienda y salud, especialmente la formulación del Código Sanitario en 1918 y de educación, como el establecimiento de la obligatoriedad de la educación en 1901. Sin embargo, prevalecían las deficientes condiciones y la explotación, que eran denunciadas por proletarios con gran capacidad orgánica para presionar por el establecimiento de nuevas relaciones. Hasta ese momento no existían convenios colectivos o escritos, reglamentaciones de la duración del trabajo, siendo común el dominical, en general extenuante, el trabajo

dido entre dos subperiodos, uno comprendido entre 1924 y 1973, y el otro entre 1973 y 1980. Durante el primero, la sociedad chilena sigue una ruta de continuidad ascendente en la construcción de los sistemas de seguridad social en el contexto de un proceso de gradual democratización política y participación social; en el segundo se presencia un proceso de contracción y freno al sistema, coincidente con las circunstancias políticas del país, y que corresponde a la preparación del proyecto de reemplazo de un sistema por otro.

La primera coyuntura directamente asociada con la seguridad social ocurre durante los sucesos que culminaron en la promulgación de las leyes sociales en 1924 y la formulación de la Constitución de 1925. El marco general es la resolución de la crisis de empate político en el sistema parlamentario que avalaba la Constitución vigente desde 1833. En las condiciones de ese momento, la alternancia en el poder ejecutivo y en las cámaras de dos grupos conservadores —la Alianza Liberal y la Unión Nacional— impedía cualquier posibilidad de conducción política. Tal situación no sólo invalidaba la capacidad de gestión del ejecutivo, reflejada en la caída permanente de sus ministros, sino también impedía la expresión de los nuevos grupos que emergían en la escena política y social del país, especialmente aquellos que impulsaban iniciativas en relación con un conjunto de leyes sociales (Galdames, 1995; Arellano, 1988).

Los nuevos grupos emergentes en el escenario político eran: la clase obrera, de ideas socialistas y anarquistas; los intelectuales y profesionales que asimilaban las corrientes científicas y humanistas en boga, incluido la bismarkiana; y finalmente, el movimiento de la oficialidad y de la tropa, influenciado también por las ideas socialistas. Estos últi-

mos llevaron a cabo, en ese periodo de gran inestabilidad, diversas asonadas que, en una historia de sucesivos cambios entre el poder civil y el militar, terminaron con el poder en turno, buscando destrabar las condiciones que impedían el avance y la promulgación de las leyes que beneficiaban su condición y la de los trabajadores. Simultáneamente, los otros grupos adquirirían identidad y peso orgánico e institucional para representar sus intereses.

Este periodo de inestabilidad empezó con la elección de Alessandri en 1920, y terminó con la promulgación de la Constitución de 1925. Alessandri vislumbró el creciente poder de los nuevos grupos y la necesidad de encabezar mejoras sociales a su condición. La plataforma política que lo llevó al poder estaba constituida por la alianza con estos grupos. No obstante, esto no fue suficiente para la adopción de leyes socialmente progresistas. El ejército tuvo que intervenir en lo que se llamó el "movimiento militar del 5 de septiembre" de 1924, formado para exigir el cumplimiento del programa de reformas y la organización de la asamblea constituyente que renovarían el régimen político. Desde un puesto ministerial, éstos presionaron al Congreso, y obtuvieron la aprobación de todas esas leyes sin debate alguno (Galdames, 1995).⁴ Este conjunto de leyes sería completado

⁴ Las leyes aprobadas, fueron:

Ley 4053, sobre Contratos de Trabajo, que fija en ocho horas la jornada de trabajo, limita el trabajo femenino e infantil, crea la inspección del trabajo y reglamenta los contratos colectivos. Concede a la mujer derechos sobre el salario del marido alcohólico.

Ley 4054, del Seguro Obrero. Establece el seguro obligatorio contra accidentes, enfermedades e invalidez. Contribuye a la formación de la Caja del Seguro Obrero con aporte tripartita: patrón, obrero y Estado.

Ley 4055, sobre accidentes del trabajo que establece el riesgo profesional; se equiparan las enfermedades profesionales a los accidentes; se fija la responsabilidad del patrón; y se amplía el número de personas protegidas.

más tarde. En 1931 se dictó el Código del trabajo que las integraba.

Resuelta la crisis política y reinstalado Alessandri, se promulgó la Constitución de 1925. En ella se plasman importantes avances para la construcción democrática del país: las libertades públicas y los derechos individuales que ya habían sido incluidas en la Constitución de 1833; el fortalecimiento del poder ejecutivo, acotando el derecho de veto a la gestión presidencial por parte de las cámaras; el establecimiento del voto directo; el impulso y la tecnificación de la administración pública; la separación de la Iglesia y del Estado; y el establecimiento de la libertad de conciencia y de culto.

Tal como correspondía a un Estado liberal, la Constitución de 1925 reconocía la propiedad privada, pero la limitaba en función del mantenimiento y el progreso del orden social, pudiendo la ley imponer obligaciones y servicios públicos en favor de los intereses generales del Estado, de la salud de los ciudadanos y de la salubridad pública (Arellano, 1988:526-527). Al mismo tiempo, la Constitución se pronunció por "la proclamación al trabajo, a la industria y a las obras de previsión social, especialmente en cuanto se refieren a la habitación sana y a las condiciones económicas de la vida, en forma de proporcionar a cada habitante un mínimo de bienestar, adecuado a la satisfacción de sus necesidades personales y las de su familia. También estableció los

Ley 4056, crea las juntas permanentes de conciliación y arbitraje.

Ley 4057, establece los sindicatos industriales con participación en las industrias y los profesionales.

Ley 4058, sobre las sociedades cooperativas.

Ley 4059 sobre la Caja de Empleados Particulares que establece el derecho de la libre asociación, formación por parte del patrón de un fondo de previsión y ahorro para cada empleado y la gratificación y feriado anual obligatorios.

principios de la descentralización administrativa que, sin embargo, no se aplicaron en la práctica hasta 1952.

A partir de ese momento, la cuestión social dejó de resolverse por medio de la caridad para convertirse en asunto de justicia, con el Estado como su administrador. De ahí en adelante se inició un proceso ascendente del gasto social que se quintuplicó entre 1920 y 1930, sobre todo en el rubro de la educación (Arellano, 1988:29). Éstos fueron los gérmenes de la construcción de la sociedad moderna que establecieron las bases de operación para los siguientes cincuenta años y asentaron una nueva concepción de desarrollo social centrada en la preocupación por el mejoramiento de las condiciones de vida de las masas trabajadoras. A la vez, se introdujeron prácticas del quehacer público orientadas a la creación de servicios de atención, prevención e higiene pública. Durante los siguientes veinticinco años, estas leyes, por medio de la creación de diversas instituciones, fueron constituyendo las condiciones para un desarrollo que incluía y ampliaba el radio de acción de las masas.

El segundo momento de la construcción de este proceso se centró en los sucesos en torno a la segunda presidencia de Alessandri (1932-1938) y el gobierno de don Pedro Aguirre Cerda (iniciado en 1938), en los cuales se continuó con la aprobación y puesta en práctica de leyes sociales. Al primero le correspondió aprobar en 1937 las leyes sobre salario mínimo y vital para los empleados del comercio y la industria, y en 1938 la ley de medicina preventiva,⁵ destinada a los trabajadores, empleados y obreros. Para estos últimos los servicios se extendieron también a las madres e hijos. Después de la formación del Sistema Nacional de Salud (SNS) en 1952, se hizo extensivo a la familia. Se estableció la con-

⁵ Esta iniciativa corresponde al doctor Cruz Coke, destacado salubrista que impulsó las iniciativas públicas, colectivas y preventivas de la salud.

servación del salario en caso de enfermedad (Galdamez, 1952). También se creó la Caja de la Habitación Popular. En la previsión se incorporaron nuevos grupos y beneficios como la asignación familiar, el subsidio de cesantía y el de maternidad. A Aguirre Cerda le correspondió dirigir un gobierno con apoyo de las capas medias y de los grupos populares. Él impulsó el desarrollo de las tareas sociales y la reconstrucción del Estado, para lo cual creó importantes industrias e instituciones relacionadas con el fomento del desarrollo del país, como la Corporación de Fomento de la Producción (CORFO) para el fomento industrial. También expandió el sistema de educación pública, tarea a la que dio un especial impulso por su papel en el desarrollo. En ese marco se presentó al Congreso Nacional (siendo Salvador Allende presidente de la Comisión de Salud, Previsión, Asistencia Social y Trabajo) la Reforma a la Ley 4.054 sobre el Seguro Obrero, cuya autoría propuesta en 1924 era disputada por los parlamentarios conservadores, radicales y socialistas. La coyuntura preelectoral permitió su aprobación unánime inmediata, lo que significaba un avance sin precedente en los derechos de los trabajadores.⁶

⁶ Entre los grandes logros de la nueva ley, se pueden mencionar las siguientes protecciones:

Cubre a todos los obreros asalariados de cualquier edad, y también a los independientes con una renta no mayor del sueldo vital en Santiago.

Atención médica: cubre a cotizantes y pensionados, sus esposas, hijos legítimos, adoptivos e ilegítimos.

Subsidios: de enfermedad: desde el cuarto día hasta el año y medio, prorrogable. Cien por ciento del salario, descontándose 15% de imposiciones y 15% si es hospitalizado.

Medicina preventiva: igual que el de enfermedad; Maternidad: igual que el de enfermedad, dura 12 semanas cubiertas por el seguro; Lactancia: mientras amamanta; alimentos suplementarios o 25% del subsidio bruto por enfermedad.

La población cubierta hacia 1935 era de 900 mil personas (Arrellano, 1988:35). En un diagnóstico realizado en 1939 sobre la situación de la salud, Salvador Allende ofrece una visión útil para conocer el estado de la seguridad social de entonces. Para ese momento, la seguridad social estaba integrada por las tres cajas que este diagnóstico describe, probablemente no las únicas pero las más importantes (tal como lo fueron hasta el final de ese sistema). Llama la atención que para entonces estas cajas todavía contaban con sus propios servicios de atención médica y de aplicación de las leyes de medicina preventiva.

Por su tamaño y cobertura, la Caja de Seguro Obrero era la principal de este sistema. En un análisis de su información, se establece que el presupuesto "destinado a servicios médicos [era] muy superior al aporte patronal que la ley disponía para este objetivo" (Arrellano, 1988), y la diferencia se completaba con los aportes de los obreros destinados a otros objetivos. De allí, el autor infiere que la morbilidad obrera "requiere cantidades mucho mayores a las calculadas por el legislador" (Arrellano, 1988: 158). Ade-

Invalidez: absoluta: incapacidad de ganar 30% del salario de un trabajador sano; Parcial: incapacidad de ganar 60% del salario de un trabajador sano. Con mínimo de 50 semanas de imposiciones, pensiones reajustables, pensión entre 50 y 70% del salario, 25 y 35% en invalidez parcial, más 10% del salario por cada hijo menor de 15 años.

Vejez: desde los 65 años, mínimo 800 semanas de imposiciones en hombres y 500 en mujeres, monto igual al de invalidez absoluta, reajustables.

Muerte: cuota mortuoria: salario, pensión. Pensión temporal para viuda casada menos de 12 meses; vitalicia para mayores de 12 meses, con 50% del salario de pensión y 50% pensión de invalidez absoluta más 20% del salario pensión por cada hijo menor de 15 años, reajustable.

Cesantía: seguro destina hasta 5% de los excedentes anuales a préstamos de cesantía.

más, destacan los bajos salarios que sirven de base al cálculo de los subsidios, cuyos aportes eran todavía más bajos que los destinados a atención médica que era el más importante de todos los egresos en esa Caja. En cuanto a instalaciones médicas, la Caja contaba con policlínicas de distribución urbana y rural,⁷ y según la apreciación de Allende, superiores en personal, modernidad y organización, a las de otras instituciones. Para ese momento, las inversiones más rentables del seguro obrero eran las propiedades agrícolas. Los bonos en cambio que constituían gran parte del activo tenían escasa capacidad de valorización. Para 1939 los bonos y títulos correspondían a 47.1% del capital, en tanto los bienes raíces representaban 49.4% de éste.

La Caja de Empleados Particulares, segunda en importancia, también tenía servicios médicos con base en la obligatoriedad que le fijaba la Ley de Medicina Preventiva, instrumentada en siete de las ciudades más importantes del país. Además, contaba con dos sanatorios y una casa de reposo. En 1939 el presupuesto ordinario para atención médica fue de \$5 000 000, suma considerable en relación con el tamaño reducido del Seguro Social en el que este rubro sólo representaba 3.8% del presupuesto.

La tercera, en orden decreciente de importancia, era la Caja de Empleados Públicos y Periodistas que tenía servicios médicos en cuatro ciudades. En 1938 su presupuesto alcanzaba \$2 800 000, pero para el año siguiente, con la entrada en vigencia de la Ley 6.174 de medicina preventiva, disminuyó a \$2 500 000, equivalentes a 1.9% de la atención médica de la Caja del Seguro Obrero.

Un tercer momento importante para el desarrollo de la seguridad social en el país ocurrió en 1952, con la formación

⁷ Estas últimas más escasas por la baja densidad de la población rural y las grandes distancias.

del Sistema Nacional de Salud (SNS). Éste surgió de la sistemática crítica vertida por diversos sectores durante los veinte años anteriores sobre la dispersión y duplicación de las instituciones de salud en el país. Éstas, en adelante, se unificarían en este nuevo organismo público, incluyendo las cajas, que darían atención en adelante al obrero y su familia, a los cotizantes de las cajas y a quienes no tenían cobertura de previsión. De este modo se fusionaban las instalaciones, el personal y los recursos, que desde el nivel central iniciaban un proceso sin precedente de racionalización, extensión y cobertura de salud. Así, las cajas cambiaban su operación y "compraban" o "pagaban" servicios a una entidad pública para la atención de sus beneficiarios y sus familias. Esto significó, en una época en que no se establecían claramente los costos, que no había una clara identidad diferenciada entre estos organismos de seguridad social y la tarea pública del Estado. Fue el inicio de una historia plagada de desventajas para el SNS, que recibía irregularmente los fondos correspondientes al costo de los servicios prestados tanto al Estado como a las cajas, pero tenía que dar oportunamente la atención de la población y mejorar los indicadores de salud. Sólo más tarde se redimensionaría y alcanzaría otras proporciones este problema, conforme las más recientes concepciones de control de costos y eficiencia, sin alterar su aplicación en los marcos de los mismos objetivos.

Durante este periodo se produjo una expansión significativa de la población afiliada a las cajas que, en 1955 alcanzaba 1 600 000 personas (alrededor de 65% de la población activa), así como un mejoramiento sustantivo de las prestaciones. Esta cifra representa un crecimiento de 69% entre 1935 y 1955 en el caso de los obreros, de 180% para los empleados públicos y de 220% para los empleados del sector privado. Se estima que el aumento de la cobertura generó un gasto cercano a 100% del gasto público social, y

que aumentaron los beneficios por persona en cerca de 150%, en términos reales (Arrellano, 188:35). La previsión y la salud se financiaban con los aportes obligatorios y crecientes de empleadores y trabajadores y con contribuciones estatales.

Finalmente, el último periodo significativo fue el de la dictadura militar, desde el Golpe de 1973, hasta 1981, año en que entró en vigor el nuevo sistema de pensiones. Durante este periodo, se mantuvieron las cajas sin variaciones importantes, excepto que el desempleo y las bajas en los ingresos afectaron significativamente las condiciones de los cotizantes y de las cajas,⁸ impulsando la política de freno a lo público y lo social del régimen militar. Al final del periodo existían alrededor de 35 instituciones diferentes que manejaban la previsión. Se han señalado, como razones que motivaron los cambios en esta situación, la dispersión institucional, las prestaciones diferenciales de cada Caja y los beneficios superiores de los empleados en comparación con los de los obreros, objetos originales de las políticas sociales. También se ha señalado la complejidad de las erogaciones, las cuales se financiaban por medio de leyes especiales que proveían 5% del aporte estatal (Arrellano, 1988:42). Una cuestión importante en la evaluación del nuevo sistema es si lograba, efectivamente, igualar los beneficios medios que se habían recibido en el viejo sistema. En primer lugar, es discutible la dispersión del antiguo sistema, en la medida que la Caja principal, el Servicio del Seguro Social, amparaba a la masa obrera, e incluía a alrededor de 98% del total de afiliados para 1980. En efecto, si las condiciones y los beneficios diferían entre cajas, también es cierto que la con-

⁸ Cabe recordar que producto de la aplicación de la política de *shock* que buscaba controlar el déficit fiscal, los rangos de desempleo llegaron a niveles de 18 por ciento.

quista de un nuevo beneficio en una establecía una nueva meta en las demás para lograr mayor afiliación. En ese sentido, el sistema funcionaba conforme una relación de competencia por conseguir nuevos beneficios en favor de los trabajadores. Desde luego, la mayor diferencia siempre fue entre obreros y empleados, estos últimos generalmente asociados a grupos de poder público y con mayor capacidad de negociación, en tanto los obreros debían usar su capacidad política de negociación, sus organizaciones y los instrumentos que permitían que tuvieran una presencia significativa en el escenario nacional.

LA CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA

La existencia de las Asociaciones de Fondos Previsionales (AFP) no puede entenderse fuera del marco del régimen militar durante el cual fueron creadas, y de las "siete modernizaciones" que se lanzaran con la entrada en vigor de la Constitución de 1980. El objetivo de ésta fue dar sustento al régimen en lo político y establecer mecanismos que garantizaran su continuidad en regímenes venideros. Entre ellos, se puede citar la permanencia del general en jefe en la vida política del país, y la yuxtaposición de un Congreso elegido con un cuerpo de senadores designados, procedimientos tendientes a mantener la correlación de fuerzas y evitar el cambio constitucional. Por el otro lado, al establecer la economía de mercado para la asignación de los recursos, se creaban las condiciones para dar legitimidad a las mencionadas "modernizaciones".

El discurso de los expertos fue complementario del oficial cuando éstos plantearon como objetivo cambiar el sistema de la seguridad social, con el objetivo de transformar una situación de deterioro de las pensiones, incapacidad de capitalización del sistema, burocracia del mismo e imposibilidad para los cotizantes de conocer la situación indivi-

dual de sus depósitos. Esta argumentación inicial escondía, empero, parte de las verdaderas motivaciones de la propuesta. Más tarde el tema sería retomado por los escasos grupos de investigación del país, que añadieron nuevos argumentos en torno a su necesidad en los años siguientes. Aunque desde posiciones independientes al régimen, estos trabajos avalaban la reforma de la seguridad social, centrando su postura en la crisis de solvencia de ésta. Desde esta perspectiva, la crisis se debía a la madurez de los sistemas que señalaba el fin de la "etapa fácil de la seguridad social", entendida ésta como el largo periodo durante el cual hubo prácticamente sólo aportes de ingresos y pocos gastos. Adicionalmente, se señalaba la complejidad que habían alcanzado su estructura "sobreponiendo nuevos regímenes y programas" que habían creado "desigualdades muchas veces injustificadas" (Arellano, 1988, cap. II). También se decía que al asumir los nuevos compromisos, el empleador ampliaría su política de contratación (Arrellano, 1988:42). Argumentaciones posteriores en otros países han vinculado las reformas más claramente con necesidades de formación de ahorro nacional.⁹ No obstante, debe tenerse presente, independientemente de los motivos detrás de los cambios, que mientras el gasto social se había triplicado entre los años treinta y los cincuenta, las recaudaciones tributarias sólo se habían duplicado (Arellano, 1988:39).

Mucho más allá de entenderse como un cambio administrativo, o destinado exclusivamente al beneficio de los cotizantes, el cambio del sistema previsional debe entenderse como un cambio de la lógica y del significado de las

⁹ En reformas posteriores como la mexicana, en 1992 con el Seguro de Ahorro para el Retiro (SAR), y en 1995 con la Reforma a la Ley del Seguro Social, se establece explícitamente su relación con objetivos directamente relacionados con el ahorro y la dinamización de la economía tendiente a resolver la crisis (Escobar y Ulloa, 1996).

relaciones entre el Estado y los particulares, en el marco de una sociedad sometida. Dado este nivel de control estatal, se prefiguraba un modelo prácticamente puro de relaciones que privilegiaban al capital. El modelo fue desarrollado por un grupo de expertos que fue dando coherencia general a las ideas elementales y dispersas a las que suscribía al inicio la Junta de Gobierno, inspirada en la ideología de la necesidad de limitar el Estado. La matriz que surgió de esa intención, en vez de obedecer a los limitados intereses de grupos particulares, como parecía que iba a ocurrir en los primeros cuatro años después del golpe de 1973 (especialmente en beneficio de las capas medias que habían apoyado el golpe y luego al régimen, como los médicos, los camioneros, y las mujeres), por el contrario mantuvo una orientación distante a esos intereses. El equipo de planificación y de orientación política y económica del sistema, instalado en la Comisión Nacional de Reorganización Administrativa (CONARA) y la Oficina de Desarrollo y Planificación Nacional (ODEPLAN), produjo finalmente un esquema articulado de reformas que representaban una reestructuración de los sistemas de política social y laboral.

La nueva dinámica se basaba en la creación de instituciones privadas para el desarrollo de servicios que anteriormente había desarrollado el sector público o social, y que habían dependido de cuantiosos fondos ya acumulados, como en el caso de la previsión, o basados en dinámicas de rápida circulación, como en el sector de la salud. Quienes se beneficiaron de esta participación fueron, primero, el gran capital criollo, e inmediatamente después, por medio del proceso de licitación de los bienes nacionales, los altos mandos de las fuerzas armadas y sus familias, y tercero el capital externo.

No podía centrarse la elaboración de tan importante esquema únicamente en el corazón de la dirección política del Estado (es decir del general Pinochet y la Junta de Gobier-

no), cuya labor se abocaba preferentemente al control político del país, elemento fundamental para establecer la posibilidad de las transformaciones planteadas. Los intelectuales colocados en los organismos del Estado se inspiraron, desde luego, en el conservadurismo político representado en aquel momento por los gobiernos de Margaret Thatcher en Gran Bretaña y Ronald Reagan en Estados Unidos, pero sobre todo en las corrientes neoclásicas de la economía de la llamada escuela de Chicago representada por Milton Friedman, y en el pensamiento de la nueva derecha, representada por pensadores como Hayek.¹⁰

Tras el desgaste que se había producido en las cajas, producto de la política económica de deterioro del salario y del empleo implantada desde 1973, y con el descrédito inducido sobre las "ineficiencias y la burocracia" de su operación, se anunció en 1980 la creación de las Asociaciones de Fondos Previsionales (AFP). La imagen de estas nuevas instituciones se regía por patrones de mercado, donde el cotizante parecía adquirir condición de ciudadano, produciendo un espejismo no despreciable. Adicionalmente a ello, se ofrecía, con cualquier afiliación, un descuento inmediato otorgando una cotización de un monto menor al correspondiente al salario. Este conjunto de elementos hizo que se trasladaran al nuevo sistema cerca de tres millones de afiliados. Sin embargo, se trataba de un grupo de población selecto, en la medida que se les exigía un plazo superior a diez años para jubilarse, y niveles mínimos de salario. Con ello, de modo natural, se quedaban en el antiguo sistema

¹⁰ Tomás Moulian ha recordado que con ocasión de su visita a Chile en 1977, Hayek dio "el espaldarazo teórico a las propuestas del ejecutivo en materia de orden democrático. En realidad, más que algún testaferrero, consideró a Hayek un imitador de Pinochet, en vez de ver en Pinochet a un glosador de Hayek". Véase al respecto Moulian, 1997.

los cotizantes de menores ingresos, los que tenían menos de diez años para jubilarse, y quienes voluntariamente habían decidido no cambiarse. Empero, el sistema antiguo quedaba restringido, en la medida en que no podía incorporar a nuevos afiliados, quedando en el largo plazo el sistema de las AFP como único y obligatorio.

EL SISTEMA CHILENO DE PENSIONES: SUS CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES Y SUS RESULTADOS

Para diciembre de 1997, los fondos de pensiones acumulados habían alcanzado 30,587 millones de dólares (Riesco y Parra, 1998), aproximadamente 38% del Producto Nacional Bruto. Esta cifra permite ubicar la importancia del tema y las razones que motivaron su creación en 1980 mediante la Ley 3.500: se trataba de incorporar nuevos recursos en el mercado privado de capitales hasta entonces protegidos, según la idea de una liberalización de los agentes participantes. En estas condiciones se traspasó una masa de recursos espectacular a la administración de grupos privados sin necesidad de protección en contra del riesgo ni encaje financiero en sus inicios. Sin embargo, en esta nueva relación entre las partes quedaban incorporados actores con atributos desiguales: por un lado, las grandes empresas que se hicieron acreedoras de la administración de estos nuevos y frescos fondos, y por otro, los cotizantes individuales. Durante prácticamente 17 años a partir de la creación del sistema, estos últimos no tuvieron capacidad jurídica para objetar los criterios ni la normatividad implantados por las empresas. Recién en 1988 se formó la Superintendencia de AFP para reglamentar las acciones de estas empresas y establecer cierta protección para el cotizante.

Para iniciar esta revisión tomaremos como referencia los propios elementos que el sistema de AFP ha considerado

como sus fortalezas, además de otros aspectos propios de su estructura. Existen trece AFP, de las cuales cuatro (Habitat, Provida, Cuprum y Santa María) controlan 60% de los fondos, es decir, 60% de los aproximadamente 250 millones de dólares que ingresan mensualmente al sistema.¹¹ Existen problemas de registro de la información, particularmente en relación con cifras claves para la evaluación del sistema, como el monto del seguro de invalidez y sobrevivencia, o los ingresos por comisiones que publican la Asociación de AFP, el Balance Consolidado, la Superintendencia de Fondos de Pensiones (en su *Boletín Estadístico*), o la Superintendencia de Sociedades Anónimas. Las cifras se presentan excluyentemente en unas u otras fuentes. A partir de 1988, el balance consolidado de AFP registra el total de ingresos por comisiones y el seguro de invalidez y sobrevivencia. Entre 1982 y 1987, los ingresos por comisiones reportados son netos del seguro de invalidez y sobrevivencia. Un tema más relevante todavía se refiere a las interpretaciones sobre los valores negativos que ha experimentado la capitalización, que podría deberse a motivos contables derivados de la forma de registrar el valor de las inversiones del sistema en papeles de renta fija. Según esta interpretación, se esperaría que al bajar la tasa de interés y ascender la bolsa de valores, el sistema se recuperara (Riesco y Parra, 1998: 10).

El primero de los temas por revisar es la no sustentabilidad de crecimiento del Fondo. Cabe recordar que uno de los argumentos para cambiar el sistema era la incapacidad de las cajas para garantizar las condiciones de rentabilidad a futuro de los fondos. La administración de los fondos de pensiones por las AFP permitiría, en cambio, un crecimiento sostenido. Sin embargo, no ha ocurrido así. Aunque duran-

¹¹ Entrevista a Julio Bustamante, Superintendente de AFP (Riesco y Parra, 1998:29).

te los primeros 13 años las AFP tuvieron un crecimiento espectacular y sostenido (a excepción de la caída de 3.6%, en 1984, producto de la paralización del mercado inducida por una política de endeudamiento privado sin respaldo), en 1997 se produjo, por primera vez, un crecimiento negativo de -2.5%, haciendo evidente la fragilidad de los fondos al depender de las fluctuaciones en el mercado. Durante los dos años siguientes se repitió el mismo fenómeno, revirtiéndose para 1999.

Veámoslo en detalle. De la cifra de 30 587 millones de dólares alcanzada por los fondos en diciembre de 1997, se produjo, para septiembre de 1998, una rentabilidad negativa de -7.08%, dando una rentabilidad acumulada para 1998 de -9.58%. En esas condiciones, el tamaño total del fondo se redujo durante ese periodo de 30 587 a 26 807 millones de dólares, es decir en 3 779 millones de dólares. La situación es todavía más grave si se considera que en ese mismo periodo se abonaron cotizaciones netas totales por un monto superior a los 2 000 millones de dólares, lo cual aumentó la pérdida a 5 779 millones de dólares (Riesco y Parra, 1998: 1).

Un segundo problema es la confiabilidad de las cifras sobre los niveles de rentabilidad del Fondo que se han publicado. Al respecto, Riesco y Parra (1998) han demostrado que "la rentabilidad promedio publicitada por el sistema que corresponde efectivamente al promedio simple de las rentabilidades anuales del fondo de pensiones no consideraba: 1) el tamaño del fondo afecto a la rentabilidad de un año determinado, ni tampoco 2) las comisiones descontadas por el sistema de AFP por administrar los fondos" (Riesco y Parra, 1998:2). El ajuste del cálculo para el periodo 1982-1997 con la aplicación de estos criterios para el primer caso reduce la rentabilidad promedio anual de 11.67% a 9.4%. Para el segundo caso, el ajuste da por resultado que la rentabilidad promedio anual fluctúa entre 4.68% y 6.37%, cifras que posteriormente corrigieron los autores, debido a la

polémica que desataron (especialmente en relación con la inclusión del seguro de invalidez y sobrevivencia que no estaba contemplado en la fuente de origen), para llegar a la cifra de 6.64 por ciento.¹²

Otro elemento relevante es el rango de oscilación superior de las pensiones, ubicado alrededor de 4%, el porcentaje real de capitalización de los fondos. Esta cifra coincide con otras internacionales que muestran que los países más desarrollados y con sistemas de seguridad social consolidados, como Suiza, Inglaterra y Estados Unidos, tienen márgenes de rentabilidad de los fondos de sólo 2.8%, lo cual abre nuevas interrogantes sobre la naturaleza del caso chileno y sus motivaciones. En efecto ¿se trataría de un sistema pensado para resolver un problema relacionado con las condiciones de la población, o se ubica en el nivel estricto de los negocios? De ser este último, estaríamos frente a la necesidad de replantear su rentabilidad.

En relación con las cuentas individuales, los resultados del llamado Índice CENDA, que aquí se comenta, coinciden con los obtenidos en otros estudios, a pesar de haberse realizado éstos sobre bases distintas.¹³ Mientras que para el primero la rentabilidad es de -0.9% en el periodo mayo 1997-

¹² El ajuste consistió en el cálculo de la rentabilidad mes por mes y según el costo respectivo en U.F., calculando los depósitos netos efectuados en el sistema de AFP, para lo cual se sumaron todos los depósitos efectuados en el sistema por los cotizantes o por cuenta de ellos y se restaron todos los beneficios recibidos por los afiliados. Se agregaron los fondos iniciales y finales, y la información se basó en los datos del *Boletín Estadístico* de la Superintendencia de Fondos de Pensiones. Véase la metodología empleada para la corrección y el resultado (Riesco y Parra, 1998:6).

¹³ En el caso de la Superintendencia de AFP (SAFP), el cálculo se realiza con base en afiliados de diferentes niveles de ingresos. Riesco y Parra, 1998, p. 7.

abril 1998, para el otro es de -0.89% en el tramo de ingreso de \$124,395.

Una segunda diferencia de apreciación sobre la capitalización de las AFP se refiere al aporte de la revalorización del fondo respecto del acumulado. Mientras algunas fuentes atribuyen 40% del fondo a las cotizaciones y los aportes de los afiliados y 60% a la revalorización, otras estiman que la relación es inversa: 62.8% de los recursos tendrían su origen en las cotizaciones y 31.5% solamente en la revalorización durante el periodo 1982-1997.¹⁴ Establecer la veracidad de estas estimaciones es fundamental para pensar en alternativas adecuadas y realistas.

En relación con los costos de administración expresados en "comisiones netas de AFP", éstas equivalen a 1.7% del tamaño promedio del fondo para el periodo 1982-1997. Las comisiones netas pagadas al sistema entre 1982 y 1997 fueron de 4 143 millones de dólares. Sólo en 1997 y en 1998 correspondieron a 500 millones de dólares. Esta cifra es 8.5 veces mayor que el costo del sistema de pensiones de Singapur, y ocho veces superior al estadounidense. Según los estudios citados, el costo por cotizante en 1996, una vez descontado el seguro de invalidez y sobrevivencia del sistema chileno, es de 172 dólares, en tanto el de seguridad social que presta un servicio similar en Estados Unidos cuesta 20 dólares (Riesco y Parra, 1998). Los gastos, por otro lado, han tenido una tendencia a un crecimiento significativo. Así, en relación con las remuneraciones de las llamadas fuerzas de ventas, crecieron como parte de los gastos operativos de 11.01% en 1990 a 33.2% en 1996. Los gastos relativos a comercialización también subieron en el mismo periodo de 2.38 a 4.26% que, sumados con el gasto operativo, lo incre-

¹⁴ Referencia a una información de la AFP recogida en el periódico *El Mercurio*, sin fecha, y el Índice CENDA. Citado en Riesco y Parra, 1998, p. 8.

mentaron de 13.39% a 37.47% (Quijano, 1998). Éste también es un tema polémico. El nuevo sistema, al registrarse por el mercado y la "competencia" entre las distintas asociaciones, tiene un costo de propaganda y comisiones a promotores y vendedores que se carga a la cuenta del cotizante, no obstante que la lógica del mercado supone que la competencia disminuye los costos.

Las medidas correctivas se tomaron cuando los gastos aumentaron de manera alarmante a 180 millones de dólares por concepto de traspasos (Quijano, 1998). Los traspasos son también problemáticos, aunque se planteen como un derecho legítimo de los cotizantes. Desde una visión más amplia, este tema ilustra la perversidad del sistema que hace que los sujetos individuales tengan que garantizar sus condiciones futuras por medio de la elección entre distintas AFP, en vez de poder ejercer su capacidad de elegir entre un sistema de reparto intergeneracional y uno individual. En todo caso, el fenómeno está creado y tiene para las empresas un comportamiento preocupante en la medida que los traspasos han aumentado en relación inversa con las afiliaciones. Hacia 1996 los traspasos habían llegado a tener una participación por cotizante del 50.9% (Riesco y Parra, 1998).

Las utilidades netas obtenidas por las AFP hasta 1997 suman 749.2 millones de dólares. Entre 1997 y 1998 fueron de 76.3 millones de dólares. Como se ha mencionado anteriormente, cuatro de ellas se llevan 60% de las cotizaciones y las ganancias correspondientes. Cabe recordar, al respecto, que a fines de la década de los años setenta, el control de 53% de los bienes de las 250 empresas más importantes del país ya se había concentrado en unos pocos grupos económicos (Zapata, 1997). Para 1996, diez empresas acumulaban 36% de las utilidades correspondientes a las mil más importantes del país (Riesco y Parra, 1998: 51). A pesar de las bajas en la rentabilidad durante el ejercicio financiero de 1996, las principales AFP patrimonialmente y como socieda-

des anónimas de propiedad de inversionistas privados, siguieron percibiendo las comisiones variables fijas que, de acuerdo con el D:L: 3.500, pueden cobrar por su gestión, para cubrir gastos y utilidades por la administración de fondos. Según la información entregada a la Superintendencia de AFP al final de ese año fiscal, Provida obtuvo utilidades líquidas por 24 675 mil dólares en pleno periodo de 1995, con pérdidas de 2.5%, y en pleno periodo de 1996, también obtuvo ganancias por más de 25 millones de dólares (Riesco y Parra, 1998: 79).

Tal vez uno de los problemas más dramáticos del sistema se refiere a la responsabilidad exclusiva del trabajador respecto de su futuro previsional. El chileno es el único sistema reformado en el cual el trabajador asume completamente el pago de su cotización para jubilación y para salud. No sólo se perdió la solidaridad entre los miembros sociales sino, además, el capital olvidó el compromiso de asumir el riesgo de la explotación de manera compartida. El único rubro donde existe participación patronal es en el de accidentes de trabajo con una cotización patronal de 0.9% del salario por este riesgo.

Si se consideran algunos de los datos con los que opera el sistema, resultan ser limitadas las garantías para las personas que obligatoriamente permanecen en el sistema de AFP con el objeto de obtener una jubilación al término de su vida, o una pensión en caso de contingencia por accidente o enfermedad. Los requisitos para tener el derecho de jubilación establecen una cotización al sistema superior a 240 meses. Esto significa que se requiere tener alta permanencia laboral y altos niveles de ingresos, cuando en la realidad es baja la proporción de los trabajadores afiliados que regularmente cotizan. En junio de 1998, por ejemplo, estaban registrados alrededor de 5 843 492 afiliados, de los cuales sólo cotizaban 2 628 463, es decir, el 45%. Esta tendencia ha permanecido durante toda la vida del sistema, lo cual

indica que una proporción no despreciable de trabajadores aporta sólo ocasionalmente, sin la seguridad de ver, en algún momento, retribuida su inversión, ni siquiera con la pensión mínima equivalente a 100 dólares al mes. Así, la relación entre cotizantes y afiliados en 1983, dos años después de iniciado el nuevo sistema, era de 75.92%, decreciendo sistemáticamente a 55.25 en 1996 (Quijano, 1998).

Es mínima la capacidad de defensa de los cotizantes en el sistema. La creación en 1988 de la Asociación de Afiliados a AFP (AAFP) refleja esta situación. Esta organización ha hecho demandas judiciales contra diversas AFP cuyos niveles de jubilaciones estaban por debajo de los que otorgaba el viejo sistema, creando una situación que sienta precedentes para el futuro de estas empresas. La AAFP ha argumentado que los trabajadores fueron afiliados al sistema en condiciones de manipulación en un entorno no democrático.

Una consideración que sin duda permite explicar el éxito del sistema nuevo durante los primeros años, es que prácticamente sólo tuvo ingresos durante los diez primeros años, al menos en cuanto a pensiones de vejez. Esto significa un periodo de capitalización privilegiado, en la medida que los egresos fueron limitados a otras causales.

Finalmente, una reflexión sobre el costo para el Estado. La deuda contraída por el Estado por permitir el traspaso al nuevo sistema ha sido enorme. En la actualidad éste paga anualmente \$2 251 millones de dólares al año a los pensionados que están en el Instituto de Normalización Previsional (INP), para cubrir estos traspasos hasta el año 2038. Este gasto constituye, de lejos, el componente más importante del "gasto social" y, desde luego, una forma de subsidio evidente al sector privado que se beneficia con estas instituciones.

CONCLUSIONES

Una serie de razones planteó la necesidad de reformular el antiguo sistema de pensiones, entre ellas algunas objeti-

vas, y otras de carácter ideológico; tienen sentido objetivo razones tales como el cambio de la composición demográfica de la población, producto de su envejecimiento, o el cambio en la composición y amplitud del mercado laboral. Incluso la propia insistencia en la necesidad de reformar las estructuras burocráticas que amparaba el Estado contiene razones objetivas en el sentido de cambiar el tipo de resolución que se había construido en el contexto de un Estado con participación de la sociedad. En cambio, la visión del mal funcionamiento burocrático como hecho inmanente es pura ideología. Por consiguiente, era necesario, desde muchos puntos de vista, hacer de los beneficios y servicios sociales una cuestión más cercana a los individuos, de manera que éstos pudieran elegir. Pero las soluciones de mercado que se instrumentaron para llenar esta necesidad distan de ser satisfactorias. Por tanto, si bien era necesario recuperar el espacio público por medio de intervenciones privadas, las que se han ejecutado en las últimas décadas, no son, en la opinión de esta autora, las que se requerían.

Hoy están por intentarse experiencias que den a lo privado un nuevo sentido, distinto del que domina y privilegia las necesidades del gran capital. La seguridad social, como su nombre lo indica, supone un conjunto de protecciones sociales a la población, muy distintas de la noción de caridad, sea ésta ejercida por la Iglesia católica, las damas prominentes o el Estado, como en la versión actual de las intervenciones sobre la pobreza. De ahí que una primera conclusión en materia de seguridad social plantea que cuando la atención a los riesgos se individualiza en función de condiciones particulares, se pierde su carácter social. También se pierde cuando los fondos son administrados por entidades privadas con fines de lucro, y cuando la sociedad no tiene (y no busca crear) condiciones que garanticen al conjunto de ciudadanos perspectivas integrales y de derechos compartidos.

Un importante tema de discusiones hoy en día, y que también reafirma la pérdida del carácter social de las reformas, es la composición de las contribuciones al sistema de pensiones. Las tendencias en nuestros países han sido hacia disminuir al mínimo la remuneración al trabajo, intensificar el uso de la fuerza de trabajo, y liberalizar las relaciones laborales. En cuanto a la protección social, la tendencia también ha sido hacia minimizar la participación del patrón e incrementar el aporte del trabajador. Al mismo tiempo se ha cargado al propio trabajador con la responsabilidad sobre los eventos que afectan su salud, muchos de los cuales están lejos de depender de su voluntad.

A pesar de que la situación actual parece consolidada, las perspectivas sobre la seguridad social sufrirán en el futuro modificaciones importantes, en la medida que se crearán nuevos consensos sociales para repensar los sucesos nacionales de los últimos años, durante los cuales los cambios se han producido desde arriba, sin participación ni debate, impuestos como razón técnica indiscutible e incontrovertible. La tendencia actual es hacia crear una nueva razón, basada no en la lógica del costo-beneficio, sino en una orientada hacia resolver los problemas de la sociedad en función de las necesidades humanas. ¿Cómo transformar los procesos de individualización para lograr mayores derechos individuales? Esta cuestión se resolverá a partir de una redefinición de la relación entre Estado y sociedad.

VI. SALUD EN LA AMÉRICA LATINA DEL SIGLO XXI: EL CASO CHILENO

GIORGIO SOLIMANO Y MARCOS VERGARA¹

Si bien los cambios ocurridos en los ámbitos económico y social en las últimas décadas obedecieron a tendencias globales en el nivel mundial, en Chile, hasta 1990, ocurrieron en un régimen autoritario que los hizo rápidamente viables. Derrocado el gobierno de la Unidad Popular, la economía chilena experimentó profundos cambios orientados hacia una economía de mercado. En ese escenario, la reforma del sector de la salud se realizó en torno a dos ejes: *la descentralización*, que incluyó la creación de servicios de salud territoriales descentralizados y la transferencia del nivel primario de atención a los municipios y *la desmonopolización del sistema asegurador* o “captador” de las cotizaciones obligatorias para salud.

A partir de 1990 el primer gobierno democrático incrementó significativamente el gasto social y mantuvo los equilibrios macroeconómicos. Una tarea importante consistió en perfeccionar cambios que se consideraron necesarios mantener por su positivo efecto económico. A consecuencia de ello, en los últimos 15 años se aprecia un incremento anual medio del Producto Geográfico Bruto (PGB) cercano a 8 por ciento, una tasa de inflación con cifras de un dígito, tasas de desempleo cercanas al pleno empleo y un nivel de remune-

¹ Universidad de Chile.

raciones en franca recuperación del poder adquisitivo. Sin embargo, en este periodo, aunque era necesario, no fue posible realizar transformaciones importantes en el sector de la salud, por razones que más adelante se explican.

ANTECEDENTES EVOLUTIVOS DEL SECTOR DE LA SALUD EN CHILE

Servicio Nacional de Salud y Servicio Médico Nacional de Empleados

El sector de la salud en Chile se estructuró muy precozmente, en la década de los cincuenta, con fuerte injerencia del Estado. El resultado fue el Servicio Nacional de Salud (SNS), una amplia red asistencial estatal ordenada en el marco de un modelo sanitario riguroso de amplia cobertura poblacional. Al decir de Miranda (1991), el SNS resultó ser una consecuencia directa del Servicio de Seguro Social creado antes, inspirado por los modelos de seguridad social europeos, y estimulado por las demandas del movimiento obrero creado en la industria del salitre. De hecho, este sistema sirvió sólo a los obreros, aun cuando los programas de salud pública cubrían, en principio, a toda la población.

El siguiente paso se dio en 1968 cuando los empleados fueron autorizados por ley para diseñar una solución propia a partir de la Ley de Medicina Preventiva existente. En efecto, a partir de ese momento, el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) incorporó la medicina curativa para sus afiliados mediante un sistema de libre elección de proveedores de servicios sobre la base de convenios con prestadores privados y públicos. En este último caso se crearon infraestructuras *ad hoc* en los hospitales públicos para atender a pacientes privados denominados "pensionados". El sistema operaba con órdenes de atención (bonos y programas) bonificados y aceptados por los prestadores en con-

venio. Simultáneamente y en el mismo año, se creó un Seguro contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (SATEP) obligatorio para las empresas y financiado por ellas para cubrir a sus trabajadores. Más adelante, fue perfeccionado mediante la incorporación de mutuales de empleadores en la provisión directa del seguro, el mismo que opera sin modificaciones sustantivas en la actualidad.

En resumen, hacia fines de los años setenta, el sistema de salud chileno estaba conformado por dos subsistemas en función de las categorías laborales de los trabajadores: el SNS, organismo estatal creado a partir del seguro de los obreros, y dueño de la mayor parte de la infraestructura de salud del país; y un sistema de atención de salud de libre elección para los empleados, a través del SERMENA que no tenía infraestructura propia y celebraba convenios con médicos, laboratorios, clínicas privadas y "pensionados" de los hospitales públicos. Además, existían los servicios de salud de las fuerzas armadas y atención privada para un grupo pequeño de la población.

Reformas del sistema de salud en el régimen militar

Durante el régimen autoritario, el sentido de los cambios en el sector de la salud estuvo claramente determinado por una visión de la sociedad centrada en el individuo y en la iniciativa privada. Los cambios fueron enmarcados en un contexto de transformaciones sociales importantes y de reducción del tamaño del Estado. El sector salud enfrentó un impulso decidido del régimen, así como la tensión de los cambios que acaecían en lo económico y también en lo sociocultural, para abrirse a la incorporación del sector privado en el financiamiento y la provisión de servicios, y para focalizar el gasto público. En buena medida, el discurso sectorial se modificó desde lo tradicionalmente sanitario hacia

una lógica de “mercados”, haciendo hincapié en la diversificación del consumo de atención médica.

En efecto, con la reforma previsional de 1980 se produjo un ordenamiento distinto de los aportes del Estado para la salud, a partir de los niveles de ingresos y no de las categorías laborales: los trabajadores del país se incorporaron a un mismo sistema, sin distinción entre obreros y empleados. La creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) (26 entidades de salud territoriales, autónomas y con patrimonio propio) se acompañó de la integración del SERMENA dentro del sistema, como una modalidad de libre elección también para los obreros. El transitorio descontento de las clases medias con esta medida que las afectaba se morigeró a partir de 1981, con la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).

El SNSS fue la primera expresión de *descentralización territorial* del sistema de salud en Chile. No obstante, no se traspasaron a las unidades territoriales atribuciones ejecutivas, las que fueron conservadas y potenciadas en el nivel central, en una administración fuertemente determinada por la lógica burocrática militar,² salvo en el caso de la municipalización que más adelante explicamos, y que no estuvo libre de tensiones dentro del gobierno (Miranda, 1991). Por otra parte, la *descentralización funcional* quedó expresada en el Decreto de Ley 2.763 de la época, donde se distinguían funciones y entidades especializadas: *i*) el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), entidad ejecutora, *ii*) el Fondo Nacional de Salud (FONASA), entidad financiera y, *iii*) el Ministerio de Salud, entidad normativa y de supervi-

² Según lo expresaban los actores de la época, la gerencia general del antiguo SNS se instaló en el corazón del Ministerio de Salud, orientándolo definitivamente hacia preocupaciones ejecutivas directas en la provisión de servicios en la red pública.

sión. Sin embargo, en la práctica, esta distinción, basada en la idea de “mercados internos”, no se aplicó.

Con el propósito de profundizar la descentralización, se produjo la transferencia progresiva de los establecimientos del nivel primario de atención a la administración municipal. Esto incrementó la descentralización del sistema, por cuanto los municipios asumieron autónomamente la administración de los establecimientos, con atribuciones reales y flexibilidad para el manejo de los recursos, particularmente en el ámbito laboral. Esta reforma se realizó sin problemas laborales, a pesar de que era precisamente aquél un ámbito significativamente afectado por la misma. Por esta razón, si bien el primer gobierno democrático consolidó este traspaso, las conversaciones con el emergente sindicato de trabajadores de la salud municipal lo llevó a realizar rápida y simultáneamente un ajuste a las condiciones contractuales y al sistema de remuneraciones del personal de salud bajo administración municipal, generándose para ello un estatuto especial.

En el eje de desmonopolización de la seguridad social, fueron creadas las ISAPRE. En la práctica esta estrategia consistía en la creación de “mercados reales” tras el objetivo de estimular el desarrollo de un mercado privado en la provisión de servicios de salud, a partir de la transferencia voluntaria de las cotizaciones obligatorias hacia empresas aseguradoras previsionales privadas, que se crearon para tal efecto. Esta transformación se materializó en condiciones que apuntaban a garantizar su éxito, muchas de las cuales están todavía presentes: la mínima regulación del sistema, que se encargó al FONASA; la indeterminación de los planes de salud, sin coberturas exigibles; el incremento de las tasas de cotización obligatoria para salud; subsidios del Estado para las personas que se traspasaran al nuevo sistema, y una prolongada restricción financiera del subsistema público determinada por una política fiscal de

austeridad que afectó directamente a la red de establecimientos públicos, tanto como a la modalidad de libre elección (ex SERMENA).

Este proceso se produjo en presencia de un Estado con débil capacidad regulatoria. Las tareas de regular el sistema ISAPRE se encargaron al FONASA, dentro de un conjunto de otras funciones que realizaba, y que eran más afines a la concepción de los "mercados internos", mientras que el Ministerio de Salud concentró su preocupación en la administración de la red asistencial pública. Se intentaba evitar "regulaciones excesivas", con el objeto de asegurar el desarrollo y la maduración del sistema. Lo anterior, unido a una indeterminación de la cobertura exigible para los seguros privados (asunto que puede ser considerado también como un error de diseño en el instrumental regulatorio), configuraron el componente cualitativo del marco que favoreció el desarrollo del sistema.

Simultáneamente, entre 1980 y 1985, aumentó el monto de las cotizaciones obligatorias de 4% a 6% de las remuneraciones brutas de los trabajadores, para estabilizarse posteriormente en 7%. Estos incrementos permitieron el rápido desarrollo del sistema de ISAPRE hacia el cual migraron los cotizantes de mayores ingresos, incorporándose además trabajadores independientes de altos ingresos. Por otra parte, la introducción de mecanismos de co-pago en el sistema público, como parte de los esfuerzos de focalización, constituyó también un estímulo a los cotizantes de mayores ingresos para transferir sus cotizaciones a las instituciones privadas creadas. Ello, sumado a los subsidios, maternal y 2% adicional de las cotizaciones deducible del impuesto a las empresas, configuraron el componente cuantitativo del marco excepcional.

Producto del traspaso de los cotizantes de mayores ingresos al sistema ISAPRE, la conservación del nivel de gasto público se logró por medio del citado incremento de cotiza-

ciones y de la introducción de los mecanismos de “recuperación de costos” ajustados al nivel de ingresos de las familias. De este modo, el subsistema público de salud empezó a ser financiado de manera cada vez más importante por las personas, mientras el aporte fiscal se hizo menos importante, disminuyendo de 61.2% a 38.7% como proporción del gasto público, entre 1974 y 1990.

Reformas durante los primeros años de los gobiernos democráticos

A comienzos de la década de los años de 1990 coexistían un subsistema de salud privado en pleno desarrollo y un subsistema público descapitalizado y cada vez más obsoleto. En la práctica, Chile tenía en esa fecha un sistema de salud previsional en plena fase de consolidación que ofrecía soluciones diferentes a las personas, en calidad y costos, según fueran el nivel de ingresos y los riesgos de enfermar de cada cual, situación que no se ha modificado sustantivamente a la fecha.

Durante los primeros dos gobiernos democráticos, se agregaron nuevos recursos al presupuesto del subsistema público de salud. Además, se revirtió la tendencia a incrementar el financiamiento por parte de las personas, que en la actualidad no sobrepasa el 50% del total, tal como se ilustrará más adelante.

No obstante lo anterior, ciertas herramientas específicas fueron desarrolladas dentro del subsistema público, las que, como se verá más adelante, han sido relevantes para la reforma del sistema emprendida por el tercer gobierno democrático: éste es el caso de la reforma financiera del sector, tendiente a profundizar la idea de separación de funciones, y el establecimiento de “mercados internos”. Del mismo modo, fue importante la incipiente introducción de rentas asociadas al desempeño del personal, la práctica

de compromisos de gestión entre el nivel central y los niveles descentralizados y la descentralización de las decisiones de inversión.

SITUACIÓN ACTUAL

Estructura y organización del sistema

El sistema de salud chileno está hoy estructurado sobre un arreglo básico que data de los años cincuenta, y que implica una gran red de servicios de propiedad estatal y de gestión pública, a la cual se agregó, a partir de la década de los ochenta, el sector privado, tanto en los seguros como en la provisión directa de servicios, alcanzando éste una participación importante en los dos ámbitos en la actualidad. Ambos subsistemas se financian con cotizaciones obligatorias de las personas, con un tope. El subsistema público se financia, además, con aportes estatales que provienen de impuestos generales, y operan, por una parte, como subsidios para las personas que no están en condiciones de financiar su atención y que, en consecuencia, no pueden adscribirse a un seguro privado, y por otra, para financiar las acciones de salud pública que benefician a la totalidad de la población.

Sin embargo, dentro de este sistema, la garantía de acceso a la atención no está explicitada. La falta de este elemento ordenador contribuye a explicar las dificultades de integración que se observan entre los dos subsistemas, así como los problemas de cobertura que, como consecuencia de lo mismo, enfrenta la población. Estos vacíos de cobertura se traducen en listas de espera en el subsistema público y en exclusiones, carencias y preexistencias en el subsistema privado de seguros que opera con la lógica de los seguros individuales de corto plazo. Por otra parte, en la medida que las personas pueden comprar con cotizaciones obligato-

rias de tamaño predefinido seguros de salud individuales que no tienen exigencias mínimas de cobertura, el resultado puede conducir a subaseguramiento o sobreaseguramiento, según sean los ingresos y los riesgos de cada grupo familiar. A pesar de que se generan algunas veces "excedentes" entre el plan ofrecido y la cotización, por lo general los planes individuales se ajustan en buena medida a estos ingresos y riesgos.

Por su propia naturaleza, el subsistema asegurador privado (ISAPRE) discrimina a las personas de alto riesgo como las mujeres en edad fértil, los ancianos y los enfermos crónicos, en la medida que ajustan las tarifas a los riesgos y excluyen expresamente riesgos de salud derivados de eventos ocurridos antes de la firma del contrato, o "preexistencias". El subsistema público de salud, por su parte, actúa como un "seguro" de carácter universal, que no impone barreras al ingreso, y que está abierto para recibir a las personas de alta siniestralidad. De este modo, las personas que no son aceptadas o que son desahuciadas por el subsistema privado de seguros son automáticamente acogidas por el subsistema público que concentra el grueso de la "carga de enfermedad" de la sociedad. Esto ha llevado a algunos autores a denominar el subsistema público como el "seguro de último término" o "re-aseguro" de toda la población.

El subsistema público, por su parte, de gran tamaño, fuertemente centralizado en la práctica y operando en el marco de las restricciones propias de la administración pública (inflexibilidad en el marco y en la ejecución presupuestaria, estatutos universales, inversiones fuertemente determinadas por decisiones de la hacienda pública, etcétera), presenta un perfil de problemas generalmente asociados a este tipo de burocracias: colas y listas de espera, trato indiferente o deshumanizado, reiteradas crisis de gran efecto en el público, huelgas frecuentes, entre otros.

En uno u otro subsistema, la población percibe problemas que, siendo formalmente expresión de la naturaleza de cada cual, finalmente son percibidos como desprotección (PNUD, 1998). Por otra parte existe la percepción de que hay un sistema de salud para ricos y otro para pobres, que la pertenencia a cada cual está determinada por la capacidad de pago de las personas, y que el problema de la salud en Chile dejó de resolverse en el colectivo y recayó en el individuo.

Cobertura previsional del sistema de salud

Describiremos y analizaremos brevemente la cobertura previsional del sistema de salud en Chile de final de los noventa, reconociendo que el fenómeno de las “colas de espera” en el subsistema público, tanto como el fenómeno de la cobertura de salud en un contexto de múltiples planes individuales en el subsistema privado, dificultan la tarea de obtener siempre medidas válidas de la misma.

Como ya se señaló, entre los años 1983 y 2003 se produjo un traspaso importante de cotizantes y beneficiarios desde el subsistema público hacia el privado, que disminuyó la importancia relativa del primero de 84% a 68% de la población, y aumentó la participación del segundo de 2% a 18% de la población en el mismo periodo, sin que se aprecie una disminución en la proporción de población sin cobertura. En 1997 el porcentaje de población adscrita al subsistema público alcanza su punto más bajo, un 59 por ciento (cuadro 1).

El desarrollo del sistema de ISAPRE trajo consigo un gran crecimiento de la infraestructura privada de salud en el país. Pero los establecimientos públicos, incluyendo los del nivel primario con administración municipal, conforman todavía la más extensa red de prestadores de salud. De hecho, existen muchas localidades donde los establecimientos públicos son “monopolios naturales” que inducen a la población a permanecer en el FONASA.

Cuadro 1. Número de beneficiarios en el Sistema Previsional de Salud 1983-2003

Año	FONASA (1)		ISAPRE (2)		Otros (3)	
1983	9 892 438	84%	229 844	2%	1 594 487	14%
1984	9 944 240	83%	365 260	3%	1 609 090	14%
1985	9 939 670	82%	545 587	5%	1 636 420	13%
1986	9 743 037	79%	921 294	7%	1 662 699	13%
1987	9 862 812	79%	1 205 004	10%	1 468 552	12%
1988	9 894 189	78%	1 450 175	11%	1 403 843	11%
1989	9 844 496	76%	1 756 169	14%	1 360 355	10%
1990	9 729 020	74%	2 108 308	16%	1 372 292	10%
1991	9 414 162	70%	2 566 144	19%	1 452 039	11%
1992	8 788 817	64%	3 000 063	22%	1 869 196	14%
1993	8 537 786	61%	3 431 543	25%	1 913 442	14%
1994	8 644 479	61%	3 669 874	26%	1 788 039	13%
1995	8 637 022	60%	3 763 649	26%	1 913 976	13%
1996	8 672 619	60%	3 813 384	26%	2 034 606	14%
1997	8 753 407	59%	3 882 572	26%	2 086 055	14%
1998	9 137 599	61%	3 679 835	25%	2 102 303	14%
1999	9 403 455	62%	3 323 373	22%	2 387 706	16%
2000	10 157 686	66%	3 092 195	20%	2 056 749	13%
2001	10 156 364	67%	2 940 795	19%	2 026 541	13%
2002	10 327 218	67%	2 828 228	18%	2 149 065	14%
2003	10 580 090	68%	2 729 088	18%	2 182 575	14%

(1) y (2) Considera a todos los beneficiarios a diciembre de cada año.

(3) Considera a personas particulares y Fuerzas Armadas no asegurados en los seguros públicos y privados antes indicados.

Fuente: Ministerio de Salud: Estadísticas de Prestaciones otorgadas a beneficiarios de Ley 18.469 y Sistema ISAPRE, Chile 1986-2003 (Población Total, Instituto Nacional de Estadísticas, INE, recalculada para el periodo 1992-2002, sobre la base de censo 2002).

Estimación del número de beneficiarios del seguro público de salud y su participación respecto a otros sistemas en la población nacional, número de personas, años 1990 a 2003. Sección Estadísticas en: www.fonasa.cl.

Gasto en salud

Como se aprecia en el cuadro 2, el gasto público y privado han aumentado desde el año 1984 hasta la fecha. Sin embargo, en el caso del gasto público se observa un estancamiento en el periodo de inicio de operación de las ISAPRE, mientras que el gasto privado disminuye significativamente su velocidad de crecimiento a partir de 1998.

Es así como en el año 1984, la proporción que ocupaba el gasto privado del gasto total en salud era de 13%, situación que varió radicalmente en el transcurso de la década de 1980, alcanzando en el año 1990 a 40%, lo que es consecuente con la política del régimen militar tendiente a privatizar el sistema de salud chileno. Este nivel de gasto se mantuvo constante hasta el año 1999 en que empieza a disminuir hasta alcanzar 35% el año 2002. Como se dijo anteriormente este porcentaje está subestimado debido a la falta de información sobre el gasto de bolsillo privado.

Cabe hacer notar que las cotizaciones privadas voluntarias sumaban 9 300 millones de pesos en el 2002, es decir, no más de 0.4% del gasto total en salud. A pesar de esto, su participación en el total del gasto privado en salud ha ido aumentando de forma constante, desde 0.3% del gasto privado en 1990 a 1.3% en el año 2002. Como elemento de contexto, se debe mencionar también que, según datos de FONASA, el gasto público en salud ha aumentado proporcionalmente su participación en el Producto Interno Bruto (PIB) de 2% en el año 1990 a 3% en el año 2002. Por otro lado, cuando se examina el nivel de gasto público en salud (cuadro 3), se aprecia como, luego de la creación de las ISAPRE en el año 1983, la conservación del nivel de gasto público se logró a través del incremento de cotizaciones, así como de la introducción del co-pago en la modalidad institucional ajustado al nivel de ingresos de las familias. De este modo, el subsistema público de salud empezó a ser financiado de

Cuadro 2. Evolución del gasto público y privado en salud en Chile (millones de pesos de 2002) 1984-2003

Año	Gasto público (1)			Gasto privado (2)		
	Millones de pesos	Porcentaje del gasto total	Porcentaje variación	Millones de pesos	Porcentaje del gasto total	Porcentaje variación
1984	390 611	89%		58 969	13%	
1985	372 489	85%	-5%	75 368	17%	28%
1986	389 893	78%	5%	120 184	24%	59%
1987	377 632	73%	-3%	149 056	28%	24%
1988	440 819	70%	17%	196 029	31%	32%
1989	446 611	65%	1%	248 101	36%	27%
1990	447 477	61%	0%	300 602	40%	21%
1991	522 843	60%	17%	352 887	40%	17%
1992	639 999	61%	22%	418 494	40%	19%
1993	751 605	61%	17%	485 993	39%	16%
1994	827 150	61%	10%	543 667	40%	12%
1995	892 570	60%	8%	597 787	40%	10%
1996	972 218	60%	9%	644 924	40%	8%
1997	1 049 390	60%	8%	696 839	40%	8%
1998	1 126 182	61%	7%	722 917	39%	4%
1999	1 188 925	63%	6%	711 800	37%	-2%
2000	1 290 194	65%	9%	712 572	36%	0%
2001	1 411 596	66%	9%	731 027	34%	3%
2002	1 386 191	66%	-2%	737 160	35%	1%
2003	1 472 091	66%	-6%	759 644	34%	3%

(1) Gasto público: Se compone del aporte fiscal, las cotizaciones del sistema público, los ingresos de operación y el co-pago del usuario.

(2) Gasto privado: Se compone del ingreso operacional de las ISAPRE (incluye cotizaciones y aporte de los empleadores) y del ingreso de explotación de los seguros privados voluntarios.

Fuentes: Ministerio de Salud. *Desagregación Gasto Público de salud, Gasto Fiscal, Cotizaciones, Ingresos Propios y Copago Usuario, Total Nacional, años 1990 a 2003*. Sección Estadísticas en: www.fonasa.cl.

Índice información financiera a diciembre 2003. En: http://www.superintendencia.desalud.cl/_temporal/233/r_p_s/Pagina%20web/frame-financiera%202003.html.

manera cada vez más importante por las personas, mientras el aporte fiscal se hizo menos importante, disminuyendo de 55% a 35% como proporción del gasto público entre 1980 y 1989. A partir del año 1990, el fenómeno descrito anteriormente empezó a revertirse, alcanzándose proporciones de aporte fiscal cercanas a 50% en el 2002.

Es preciso señalar, además, que las personas que migraron hacia la solución ofrecida por los aseguradores privados suelen no requerir subsidios del Estado, de modo que, en rigor, la caída que se observa del aporte fiscal es para un grupo poblacional remanente que va cambiando su composición en nivel de ingresos, perdiendo progresivamente en el tiempo a los afiliados que no requieren subsidios y que por lo general co-pagan las prestaciones, es decir, quienes retiran del sistema una proporción mucho mayor de aporte de las personas que de aporte fiscal.

En el cuadro 3 se aprecia que una parte del aporte de las personas provino directamente de los bolsillos (aporte directo de las personas), cifra que si bien es menor comparada con las cotizaciones no es en absoluto despreciable. El denominado Aporte Directo de las Personas (ADP) corresponde a dos rubros principales: los co-pagos o pagos directos de bolsillo que realizan las personas al momento de comprar "bonos" o "programas" para utilizar la modalidad de libre elección y, los co-pagos que realizan las personas cuando se atienden en los hospitales públicos a través de la modalidad institucional, según nivel de ingreso del grupo familiar (ingreso operacional).³

³ El ingreso operacional también incluye el pago de préstamos que las personas reciben al momento de tener que co-pagar en la modalidad de libre elección, pero no incluye las diferencias a cubrir para determinadas prestaciones como el día-cama, cuyos precios están por encima del arancel de la libre elección y que se pagan directamente a los prestadores. Una pequeña parte de estos ingresos operacionales corresponden a re-

Cuadro 3. Evolución del gasto público, aporte fiscal, cotizaciones y aporte directo de las personas para salud (millones de pesos de 2002) 1980-2003

Año	Gasto Público (GP)		Aporte fiscal		Cotizaciones		Aporte directo de las personas	
	Millones de pesos	Porcentaje GP	Millones de pesos	Porcentaje GP	Millones de pesos	Porcentaje GP	Millones de pesos	Porcentaje GP
1980	419 460	54%	228 709	54%	111 964	34%	48 787	12%
1981	492 350	51%	250 725	51%	151 734	31%	89 891	18%
1982	449 453	49%	219 452	49%	144 875	32%	85 125	19%
1983	413 886	45%	186 770	45%	145 750	35%	81 366	20%
1984	390 611	44%	172 669	44%	143 935	37%	74 007	19%
1985	372 489	41%	162 714	41%	137 779	37%	71 996	19%
1986	389 893	39%	153 823	39%	165 167	42%	70 902	18%
1987	377 632	40%	152 032	40%	165 509	44%	60 091	16%
1988	440 819	39%	170 541	39%	188 456	43%	81 822	19%
1989	446 611	35%	156 461	35%	219 535	49%	70 615	16%
1990	447 477	41%	183 024	41%	200 132	45%	64 321	14%
1991	522 843	47%	245 305	47%	209 382	40%	68 156	13%
1992	639 999	51%	326 155	51%	229 903	36%	83 940	13%
1993	751 605	55%	410 098	55%	248 803	33%	92 704	12%
1994	827 150	55%	453 720	55%	265 663	32%	107 767	13%
1995	892 570	56%	499 125	56%	278 124	31%	115 320	13%
1996	972 218	56%	542 805	56%	300 947	31%	128 466	13%
1997	1 049 390	55%	581 549	55%	324 787	31%	143 054	14%
1998	1 126 182	54%	611 940	54%	342 465	30%	171 778	15%
1999	1 188 925	54%	643 910	54%	366 733	31%	178 283	15%
2000	1 290 194	54%	698 110	54%	405 106	31%	186 978	14%
2001	1 411 596	54%	761 917	54%	450 208	32%	199 471	14%
2002	1 386 191	51%	706 518	51%	477 142	34%	202 530	15%
2003	1 472 091	51%	757 171	51%	513 772	35%	201 148	14%

Fuente: Ministerio de Salud de Chile. Sección Estadísticas en: www.fonasa.cl

Con todo, la cifra no es despreciable puesto que en algunos periodos alcanza prácticamente a 20% del total del gasto público, lo que desde el punto de vista de una teórica asignación de presupuesto hacia bienes costo-efectivos podría ser adecuado para el ejercicio de las políticas públicas. Sin embargo, no tenemos evidencia suficiente para pensar que esta reasignación haya ocurrido en el tiempo. El incremento de los co-pagos parece más asociado a una caída real del aporte fiscal, la que se revierte a partir de los años noventa.

FONASA ha determinado el gasto de bolsillo de los chilenos en el periodo 2000-2003; la proporción del gasto de bolsillo respecto al gasto total se mantuvo en 27% del gasto total en todo el periodo (cuadro 4), pero aumentó en 9.6% en

Cuadro 4. Representación del Gasto de Bolsillo en el Gasto Total de Salud (millones de pesos de 2003)

Año	2000	2001	2002	2003	Variación 2000-2003
Copagos prestaciones	246 199	266 171	272 349	265 895	7.4%
Copagos en medicamentos	319 396	327 552	342 676	363 296	- 12.1%
Otros directo(1)	104 611	103 393	100 632	105 557	0.9%
Total gastos de bolsillo	670 206	697 116	715 657	734 748	8.8%
Gasto total del sistema	2 461 114	2 574 954	2 676 465	2 796 250	12.0%
Porcentaje del gasto de bolsillo del gasto total	27.2%	27.1%	26.7%	26.3%	

(1) Otros directo: corresponde al gasto de bolsillo efectuado por quienes no están adscritos a un sistema previsual.

Fuente: Cuentas de Salud de Chile (Estimaciones preliminares), 2004.

caudaciones que realizan los hospitales públicos por atención de no beneficiarios, por ejemplo de beneficiarios de ISAPRE.

Cuadro 5. Porcentaje de población por tramo de edad, sexo y sistema previsional 2003

<i>Hombres</i>							
<i>Sistema Previsional de Salud</i>	<i>0 a 4 años</i>	<i>5 a 19 años</i>	<i>20 a 39 años</i>	<i>40 a 54 años</i>	<i>55 a 69 años</i>	<i>Mayores de 70 años</i>	<i>Total</i>
Público	75.6	74.6	62.0	65.7	74.4	83.6	69.5
ISAPRE	16.9	16.1	19.7	18.6	13.1	5.5	17.0
Particulares y otros (1)	6.7	8.6	16.2	14.4	11.5	9.9	12.3
No sabe, no responde	0.7	0.6	2.1	1.2	1.0	0.9	1.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

<i>Mujeres</i>							
<i>Sistema Previsional de Salud</i>	<i>0 a 4 años</i>	<i>5 a 19 años</i>	<i>20 a 39 años</i>	<i>40 a 54 años</i>	<i>55 a 69 años</i>	<i>Mayores de 70 años</i>	<i>Total</i>
Público	76.9	74.4	71.2	72.6	79.9	84.7	74.5
ISAPRE	15.9	16.8	17.8	17.2	10.6	4.9	15.7
Particulares y otros (1)	6.6	8.1	9.8	9.4	8.8	9.2	8.9
No sabe, no responde	0.7	0.7	1.2	0.7	0.8	1.1	0.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

(1) Incluye particulares, fuerzas armadas y otros.

Fuente: Ministerio de Planificación MIDEPLAN, Departamento de Información Social, Encuesta CASEN 2003.

el periodo. El co-pago asociado a medicamentos representó en todo el periodo alrededor de 48% del gasto de bolsillo total, y es el que más aumentó.

En cuanto al riesgo, observamos en el sistema de salud chileno una marcada segmentación de la población de acuerdo con los niveles de riesgo o gasto esperado. La distribución etárea constituye un buen indicador de este riesgo. Observamos en el cuadro 5 que el subsistema público de salud concentra 84.1% de la población en el tramo de edad de 70 y más años, mientras que el porcentaje de la población-perteneiente a ese tramo de edad en el subsistema de seguros privado es de sólo 4.6%. El subsistema público también concentra un porcentaje más que proporcional de la población-menor de un año —especialmente la recién nacida— y, por ende, de las mujeres embarazadas, a pesar de que el subsidio maternal por reposo pre y posnatal es a cargo del Estado. La decisión de que el subsidio maternal fuese con cargo al Estado fue posterior a la creación del sistema ISAPRE, para facilitar su desarrollo e impedir la discrimina-

Cuadro 6. Porcentaje de población por quintil de ingreso autónomo nacional según Sistema Previsional de Salud 2003

<i>Sistema Previsional de Salud</i>	<i>Quintil de ingreso autónomo</i>					<i>Total</i>
	<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>	<i>V</i>	
Público	91.1	85.4	76.4	60.5	33.6	66.4
ISAPRE	1.6	5.6	11.2	24.0	50.5	19.9
Particulares y otros(1)	6.6	8.0	11.4	14.0	14.7	13.1
No sabe, no responde	0.6	1.0	1.1	1.4	1.2	0.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

(1) Incluye particulares, Fuerzas Armadas y otros.

Fuente: MIDEPLAN, Departamento de Información Social, Encuesta CASEN 2003.

Cuadro 7. Evolución del gasto por beneficiario en FONASA y en ISAPRE (millones de pesos de 2002) 1984-2002

Año	FONASA	ISAPRE	Índice FONASA/ISAPRE
	Pesos por beneficiario	Pesos por beneficiario	
1984	39 280	219 274	0.18
1985	37 475	182 877	0.20
1986	40 018	204 574	0.20
1987	38 288	152 487	0.25
1988	44 553	155 567	0.29
1989	45 367	165 173	0.27
1990	45 994	166 289	0.28
1991	55 538	163 314	0.34
1992	72 820	159 743	0.46
1993	88 033	159 138	0.55
1994	95 464	155 935	0.61
1995	103 342	160 555	0.64
1996	112 102	169 079	0.66
1997	119 884	180 487	0.66
1998	123 247	183 988	0.67
1999	126 435	184 280	0.69
2000	127 017	211 833	0.60
2001	138 986	233 639	0.59
2002	134 227	247 752	0.54

Fuente: Elaboración propia.

ción, lo que no se logró totalmente por los costos asociados al parto, eventos prácticamente ciertos en la edad fértil.

En cuanto a los subsidios cruzados entre distintos niveles de ingreso, se puede apreciar en el cuadro 6 que el porcentaje de la población en el subsistema público es inversamente proporcional al nivel de ingresos, desde 91.1% en el primer quintil a 33.6% en el quintil superior. En el subsistema privado se observa lo contrario; la pertenencia

a éste crece desde 1.6% en el primer quintil hasta 50.5% en el quinto. Esto significa que la seguridad social chilena no logra distribuir los riesgos entre todos los miembros de la sociedad, y tampoco es capaz de generar subsidios cruzados entre distintos niveles de ingreso.

Como es de esperar, el dinero por beneficiario del que se dispone es mucho menor en el seguro público que en el sistema ISAPRE, aunque esta diferencia ha ido disminuyendo en el tiempo (cuadro 7).

SITUACIÓN DE SALUD

En términos generales, la situación de salud de Chile es bastante privilegiada dentro del contexto latinoamericano. El cuadro 8 muestra los principales indicadores sanitarios del país. Es apreciable una mejoría global del nivel de salud de la población en Chile en las últimas décadas. Existe consenso en que estos resultados son también producto de acciones sostenidas del sector salud que se reflejan en plazos largos y donde ha sido muy importante la focalización realizada en el núcleo programático “materno-infantil”, desde la creación del Servicio Nacional de Salud.

En Chile, el riesgo de muerte a cualquier edad se redujo significativamente entre 1970 y 2003. En la actualidad las muertes se concentran entre los más viejos de la población, siendo el Índice de Swaroop de 87.1 en 2003. Como contrapartida, el riesgo de morir en niños menores de un año y la mortalidad materna disminuyeron pronunciadamente desde la década de 1970. La mortalidad infantil en 2003 alcanzó 7.8 por cada 1 000 nacidos vivos. A consecuencia de lo descrito antes, la expectativa de vida al nacer aumentó en más de 12 años en el mismo periodo (cuadro 9).

El perfil epidemiológico de la población, entendido como la importancia relativa de las enfermedades en tanto cau-

Cuadro 8. Indicadores demográficos y del estado de salud 2003

Población estimada	15 773 504
Proporción de población menores de 20 años	35.9
Proporción de población de 65 y más años	7.5
Tasa de natalidad (tasa por 1 000 hab.)	15.7
Tasa de mortalidad general (tasa por 1 000 hab.)	5.3
Tasa de mortalidad infantil (tasa por 1 000 nacidos vivos)	7.8
Mortalidad de 20 a 44 años (por 100 000 hab.)	121.6
Mortalidad de 45 a 64 años (tasa por 100 000 hab.)	595.7
Índice de Swaroop	87.1
Mortalidad por enfermedades circulatorias (tasa por 100 000 hab.)	150.7
Mortalidad por tumores malignos (tasa por 100 000 hab.)	124.9
Mortalidad por enfermedades respiratorias (tasa por 100 000 hab.)	47.1
Mortalidad por causas externas (tasa por 100 000 hab.)	47.0
Mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias (tasa por 100 000 hab.)	11.5
Tasa de egresos hospitalarios por enfermedad isquémica del corazón (por 100 000 hab.)	128.0
Tasa de egresos hospitalarios por enfermedades cerebrovasculares (por 100 000 hab.)	124.7
Tasa de egresos hospitalarios por enfermedades respiratorias (por 100 000 hab.)	1 090.2
Tasa de notificación por hepatitis (tasa por 100 000 hab.)	68.2
Tasa de notificación por fiebre tifoidea (tasa por 100 000 hab.)	3.6
Tasa de notificación por tuberculosis (tasa por 100 000 hab.)	18.4
Prevalencia de malnutrición por déficit menores de 6 años bajo control, diciembre 2004	3.3
Prevalencia de malnutrición por exceso, menores de 6 años bajo control, diciembre 2004	8.1
Prevalencia de hipertensión (PAS \leq 140 o PAD \geq 90 mm Hg) (%)	33.7
Prevalencia de hipercolesterolemia (%)	35.4
Prevalencia de diabetes (%)	4.2
Prevalencia de sobrepeso y obesidad (%)	61.1
Prevalencia de sedentarismo (%)	89.4
Prevalencia de síndrome metabólico	22.6
Prevalencia de tabaquismo (fumador actual) (%)	42.0
Prevalencia de síntomas depresivos en el último año (%)	17.5
Prevalencia de enfermedades respiratorias crónicas (%)	21.1

Fuente: Demográficos: Instituto Nacional de Estadísticas, Anuario de Estadísticas Vitales, 2003 <http://www.ine.cl/12-pobla/pdf/vitales2003.pdf>.

Mortalidad: Departamento de Estadística, Ministerio de Salud; <http://deis.minsal.cl/index.asp>
 Instituto Nacional de Estadísticas: Anuario de Estadísticas Vitales, 2003 <http://www.ine.cl/12-pobla/pdf/vitales2003.pdf>.

Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud: I Encuesta Nacional de Salud, Chile 2003 (3 600 personas mayores 17 años) <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/folletoENS.pdf>.

sas de muerte, motivo de consultas y hospitalización o “carga de enfermedad” —mortalidad más discapacidad—, se ha modificado significativamente respecto de lo observado en la década de los sesenta, evolucionando desde enfermedades y muertes asociadas a estados incipientes de desarrollo a otras asociadas al envejecimiento de la población, a la mayor urbanización y deterioro del medio ambiente y a los denominados “estilos de vida” de las personas. Esto puede ser explicado por los fenómenos de reducción de la mortalidad antes descritos, tanto como por la disminución de la tasa general de fecundidad⁴ (cuadro 10).

Cuadro 9. Tendencia histórica y proyecciones de la esperanza de vida, 1950-2025

<i>Periodo</i>	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
1950-1955	54.80	52.91	56.77
1955-1960	56.20	53.81	58.69
1960-1965	58.05	55.27	60.95
1965-1970	60.64	57.64	63.75
1970-1975	63.57	60.46	66.80
1975-1980	67.19	63.94	70.57
1980-1985	70.70	67.38	74.16
1985-1990	72.68	69.59	75.89
1990-1995	74.34	71.45	77.35
1995-2000	75.71	72.75	78.78
2000-2005	77.74	74.80	80.80
2005-2010	78.45	75.49	81.53
2010-2015	79.10	76.12	82.20
2015-2020	79.68	76.68	82.81
2020-2025	80.21	77.19	83.36

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud.

⁴ Recomendamos recurrir al DEIS del Ministerio de Salud a través de la página www.minsal.cl, sección estadísticas.

Cuadro 10. Mortalidad general, mortalidad infantil y natalidad, 1960-2003

<i>Año</i>	<i>Mortalidad general⁽¹⁾</i>	<i>Mortalidad infantil⁽²⁾</i>	<i>Natalidad⁽¹⁾</i>
1960	12.5	120.3	37.0
1961	11.6	108.9	37.0
1962	11.8	108.0	37.9
1963	11.9	100.2	37.6
1964	10.8	102.9	36.2
1965	10.6	95.4	35.6
1966	10.3	97.7	33.5
1967	9.6	94.3	30.7
1968	9.2	83.5	29.7
1969	9.0	78.7	28.6
1970	8.7	79.3	27.3
1971	8.6	70.5	28.1
1972	8.8	71.1	28.0
1973	8.0	65.2	27.5
1974	7.7	63.3	26.2
1975	7.2	55.4	24.6
1976	7.6	54.0	23.4
1977	6.9	47.5	22.4
1978	6.7	38.7	21.8
1979	6.8	36.6	21.9
1980	6.6	33.0	22.1
1981	6.2	27.0	23.3
1982	6.1	24.0	23.4
1983	6.3	22.2	21.9
1984	6.3	19.6	22.2
1985	6.1	19.5	21.6
1986	5.9	19.1	22.2
1987	5.6	18.5	22.3
1988	5.8	18.9	23.3
1989	5.8	17.1	23.4

Continúa...

...continuación

Año	Mortalidad general ⁽¹⁾	Mortalidad infantil ⁽²⁾	Natalidad ⁽¹⁾
1990	6.0	16.0	23.3
1991	5.6	14.6	22.3
1992	5.4	14.3	21.5
1993	5.5	13.1	20.9
1994	5.3	12.0	20.4
1995	5.5	11.1	19.4
1996	5.4	11.1	19.1
1997	5.3	10.0	18.5
1998	5.4	10.3	18.0
1999	5.4	10.1	17.4
2000	5.1	8.9	17.0
2001	5.3	8.3	16.6
2002	5.1	7.8	16.0
2003	5.3	7.8	15.5

(1) Tasa por 1 000 habitantes. (2) Tasa por 1 000 nacidos vivos.

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud.

Las principales causas de muerte en la actualidad son las enfermedades del aparato circulatorio, los cánceres y los traumatismos y envenenamientos, cuyo riesgo de muerte ha aumentado y en su conjunto explican más de dos tercios de las muertes. Por otra parte, ha disminuido en forma pronunciada el riesgo de muerte por enfermedades respiratorias, perinatales, digestivas e infecciosas y otras asociadas a desnutrición infantil aguda y crónica, tornándose la obesidad y el sobrepeso en el verdadero problema nutricional en la población menor de seis años en la actualidad (cuadro 11).

Una característica de la llamada “transición epidemiológica” es que los problemas emergentes de salud responden a

Cuadro 11. Tendencia de la mortalidad por principales causas 1990-2003. Tasas por cien mil habitantes

Año	Circulatorias	Tumores	Respiratorias	Causas externas	Infecciosas y parasitarias
1990	158.1	108.1	73.5	73.2	18.9
1991	154.8	109.8	61.4	69.4	15.8
1992	155.2	109.6	60.6	65.4	15.6
1993	154.0	111.9	65.1	66.3	15.0
1994	147.2	111.9	61.2	63.6	14.2
1995	146.5	115.6	69.5	62.2	14.7
1996	146.2	116.1	68.0	58.3	14.2
1997	141.8	116.3	68.4	56.6	16.7
1998	148.8	117.9	69.0	54.8	15.4
1999	151.4	119.1	76.4	51.0	14.8
2000	144.4	120.1	54.5	51.0	13.3
2001	147.2	119.4	55.4	49.5	13.0
2002	144.0	122.8	49.3	47.0	11.8
2003	150.7	124.9	47.1	47.0	11.5

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud.

un modelo causal multifactorial cuya prevención es mucho más compleja, por lo cual tienden a volverse crónicos con tratamientos de alto costo. En consecuencia, si bien las actividades de promoción y protección de la salud y de prevención de la enfermedad alcanzan niveles adecuados para el conjunto de la población,⁵ en los niveles de mayor complejidad de la atención, el acceso se restringe, expresándose en imposibili-

⁵ En 1992 la cobertura de vacunación infantil —e implícitamente el control del niño sano— alcanzaba en promedio a 93.2% a nivel nacional y la cobertura de atención institucional del parto —implícitamente las actividades de control de la mujer embarazada que culminan con el parto institucional— alcanzaba a 99.2% de la población maternal.

dad de pago en el subsistema privado y en exclusiones implícitas (cuando no explícitas), pérdida de oportunidad en la atención y problemas de acceso a los servicios especializados para determinados grupos de población en el subsistema público. Aguilera y Concha (1998) demuestran, por lo demás, que los beneficios de la buena situación de salud en Chile se distribuyen en forma inequitativa entre distintos grupos socioeconómicos de población.

PROCESO DE REFORMA SECTORIAL EN CURSO

Recapitulando, la forma en que el gobierno militar diversificó el sistema de salud en Chile presentó, a juicio de los analistas del Taller de Salud de la Fundación Chile 21, tres particularidades que afectaron fuertemente a la sociedad, y que explican las dificultades que se han presentado al momento de construir soluciones a los problemas posdictadura del sector. Primero, la reforma ocurrió en un ambiente autoritario, sin el debido llamado proceso de formación de políticas, y dándose por superados una serie de valores sociales muy arraigados en la población en materia de seguridad social. Segundo, la filosofía y el diseño técnico del sistema ISAPRE redundó en un negocio de gran rentabilidad, lo cual erosionó su legitimidad como componente de la seguridad social. Tercero, la restricción simultánea del gasto fiscal que acompañó al traspaso de los cotizantes de mayores ingresos al nuevo sistema previsional significó que, a los ojos de la sociedad, se estaba desarrollando un sistema —el de las personas de mayores ingresos— en desmedro del otro —el de las personas de menores ingresos—. De este modo, se configuró un juicio social negativo que persiste en la actualidad, incluso por encima de la experiencia personal de quienes se han beneficiado con el nuevo sistema.

El primer gobierno democrático inició en 1990 un proceso de recuperación del subsistema público de salud, al in-

crementar significativamente su presupuesto. Era necesario recuperar la infraestructura, actualizar el nivel tecnológico y mejorar gradualmente las remuneraciones para alcanzar los niveles salariales que se habían perdido. A poco andar, los nuevos gestores del sector ampliaron su visión de los problemas y se hicieron más críticos, planteándose que no sería suficiente allegar nuevos recursos para obtener mejoras apreciables. Se hacía necesario promover la instalación de incentivos permanentes afectando la estructura sectorial, de modo tal que los distintos agentes involucrados modificaran sus comportamientos, y así se lograra hacer más eficaz y más eficiente el subsistema público.

Con ese propósito se inició el desarrollo de instrumental que profundizara en la separación de funciones —regulación, financiamiento y provisión—, desarrollando un “seguro público”, modificando los mecanismos de transferencia de recursos financieros a los servicios así como los estatutos laborales. Es decir, el mejoramiento de la gestión del subsistema empezó a ser visto no sólo como “administrar mejor”, sino como solucionar problemas estructurales. Sin embargo, estas iniciativas traían consigo la “apertura” del subsistema y la eliminación de “barreras proteccionistas” que lo hicieran más competitivo en el medio en que se desenvolvía, caracterizado por el fuerte crecimiento del subsistema privado. Se visualizaba este camino de fortalecimiento institucional como una verdadera alternativa a la privatización del sistema, la que había sido desencadenada a partir de las reformas iniciadas durante el régimen militar. Una vez logrado este fortalecimiento, se estaría en mejores condiciones de iniciar una fase de reformas al sistema de seguridad social de la salud como un todo, que tocara además al sistema asegurador privado.⁶

⁶ Esta reflexión ha sido realizada principalmente en el marco de las actividades realizadas por el Taller de Salud de la Fundación Chile 21.

Estas ideas en desarrollo, empero, no lograron permear en la organización del subsistema no reconociéndose la necesidad de realizar cambios estructurales más allá de allegar nuevos recursos. En ese escenario, las medidas que empezaron a desarrollarse fueron vistas como un continuismo de lo realizado por el régimen militar, y la incompreensión de las mismas hizo pensar en la existencia de "agendas ocultas" de privatización. Tampoco fue posible lograr consenso dentro de los estamentos técnicos del Ministerio de Salud, y ello se acompañó de falta de convencimiento de los más altos decisores del gobierno, quienes percibían como central la falta de consenso en medio de una creciente conflictividad sectorial fuertemente dominada por demandas salariales de los sindicatos y de las agrupaciones de profesionales.

El avance más importante materializado en este periodo fue el fortalecimiento del FONASA, ente financiero del sector, disminuyéndose de este modo de manera significativa la discrecionalidad en la asignación de recursos financieros a los servicios de salud, no obstante el efecto del tamaño relativo de la oferta de servicios, que continúa siendo un factor muy importante en determinar la asignación de los recursos. Otros organismos del sector no lograron materializar de la misma forma sus avances, de tal manera que se hizo particularmente crítico el desfase entre el fortalecimiento del FONASA y la capacidad regulatoria del Ministerio de Salud, la priorización y el desarrollo de programas de salud pública acordes con la nueva realidad epidemiológica, y la ausencia de la capacidad de respuesta modernizadora de los hospitales, esta última fuertemente condicionada por los sistemas de contrato y remuneraciones del personal comunes a toda la administración pública.

Existían, como se comprenderá, muchas expectativas con el retorno a la democracia. De la tensión que se fue generando emergió finalmente la desconfianza. Lejos de crearse

espacios multidisciplinarios de colaboración, surgió una pugna creciente entre las visiones económicas y las de la salud pública, generándose estereotipos que se mantienen fuertemente presentes en la actualidad. La reforma resultó ser la tesis de los economistas preocupados sólo por la gestión, los que ya no se distinguían de los ingenieros comerciales que habían administrado la escasez de los hospitales públicos en tiempos de restricción del gasto fiscal. La tesis de que hacían falta todavía más recursos se transformó en la bandera de lucha de quienes se manifestaban en contra de las medidas que se estaban instrumentando. El sector parecía sin conducción con un ministerio completamente absorto por los problemas internos del subsistema público, y donde la paz gremial comenzó progresivamente a transformarse en un objetivo en sí mismo. Por su parte, los gremios estaban concentrados en saldar la "deuda social", entendida como la pérdida del poder adquisitivo que habían experimentado y la recuperación de posiciones de poder que habían perdido durante el régimen anterior. Esto se planteaba antes de conversar cualquier tema de reforma.

Por otra parte, la promesa de modernización de la gestión pública realizada más claramente por el segundo gobierno democrático, no configuró un marco que acompañara bien a los intentos de modernización del subsistema público de la salud. Chile arrastraba el peso de una burocracia pública permanentemente descalificada, a lo que se sumaba una actitud extremadamente conservadora en muchos campos de la actividad económica, social y cultural, y la ausencia de audacia suficiente para generar las transformaciones elaboradas en el discurso. Muy por el contrario, las iniciativas emprendidas por el sector salud en este ámbito nunca fueron acogidas por la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, para quien el control de la planta de personal en la administración pública y de la escala única de remuneraciones era una herramienta fundamental para

la política fiscal frente a los riesgos de "captura política" a la que está normalmente expuesta la administración pública.

En el marco descrito, la pugna social de la *dicotomía Estado-mercado*⁷ dificultó la realización de una sana discusión acerca del modo apropiado de construir lo público, con mucha o poca participación del Estado y con o sin participación del sector privado. No estuvo claro, durante los dos primeros gobiernos democráticos, hasta qué punto la participación del sector privado en salud, creciente gracias a las reformas del régimen militar, era aceptable. Sólo los temores del delicado proceso de transición a la democracia permiten explicar el cuidadoso equilibrio en que se movieron los primeros dos gobiernos. Cualquier paso en falso podía interpretarse como intentos de estatización o de privatización del sistema, lo que al evitarse generó gran inmovilismo e incertidumbre, y mantuvo a los subsistemas público y privado operando como verdaderos estancos.⁸ Este discurso ambivalente explica también por qué los referenciales solidarios (si es que existentes) no pudieron fortalecerse en el transcurrir de la nueva democracia.

Sin embargo, el gobierno del presidente Lagos se comprometió a realizar una reforma del sector. Desde un comienzo, la reforma recogió el problema de la inseguridad y la desprotección existente en el sistema, y enfatizó la construcción de derechos ciudadanos explícitos, poniendo a la población en el interés central de la reforma. Las prestaciones serían entregadas a la población en determinadas condiciones de oportunidad y calidad por los sistemas de salud público y privado, lo que implicaba una puesta a punto en

⁷ Recurro aquí a un artículo previo publicado por el suscrito en *Estudios Sociales, de la Corporación de Promoción Universitaria*, 108, semestre 2, 2001: "La dicotomía Estado-mercado del Sector de la Salud en Chile".

⁸ El taller de salud de la Fundación Chile 21 argumenta de esta forma en 1997.

ambos. Esto ha significado para el sistema asegurador privado la incorporación de un piso de prestaciones que crecerá en el tiempo, respecto del cual no se podrá ajustar tarifas por riesgos. La idea de una *tarifa plana* no es trivial para instituciones que han operado durante 25 años en un esquema de seguros individuales de corto plazo, y que han tarifado libremente en función de los riesgos, traspasando los costos al consumidor, como cualquier compañía de seguros. Por su parte, para el sistema hospitalario público este cambio implica un desafío por captar una demanda que, de no ser atendida en un plazo establecido, podría concurrir al sistema privado.

Vinculado a lo anterior, la idea de un Fondo Compensatorio de Riesgos⁹ se transformó en un núcleo sustantivo del debate de uno de los proyectos en el Senado.¹⁰ Ideas en torno a la eventual portabilidad de los subsidios públicos y al uso indistinto por parte de las personas de la infraestructura de salud pública y privada, independientemente de su adscripción previsional fueron insinuadas por los parlamentarios de la oposición en la mesa de discusión, ligadas a la idea del Fondo Compensatorio de Riesgos. Sin embargo, estas propuestas no prosperaron;¹¹ esa pieza fundamental

⁹ La compensación por riesgos es una medida elemental dentro de un sistema de seguridad social, respecto de la cual existe consenso mundial. Estos son parámetros esenciales para el juicio de "fairness" sobre los sistemas de salud que la OMS hace en su publicación de 2000 y respecto de los cuales hay plena coincidencia entre los especialistas en la materia.

¹⁰ Al fondo debían concurrir las aseguradoras privadas y FONASA, por cuanto entre esos dos subsistemas —los seguros privados y el seguro público— se producen los diferenciales de riesgo más importantes.

¹¹ Cabe hacer mención aquí de una iniciativa legislativa anterior que contribuyó a ratificar la tesis de la apropiación individual de las cotizaciones para la seguridad social en salud y, en consecuencia, una eventual "inconstitucionalidad" de la idea de destinarlas a un Fondo Compensatorio de Riesgos.

naufregó, reduciéndose a un fondo compensatorio Interisapres, y protegiéndose de este modo los intereses del subsector privado asegurador previsional y, por qué no decirlo, también los intereses del subsector público, política fiscal incluida.

Producto de la contingencia que se generó por el caso de la ISAPRE Vida Plena, una iniciativa de modificación de la ley de ISAPRE se separó en dos: una primera ley, denominada *ley corta*, se tramitó rápidamente y se orientó a la solución del problema de los beneficiarios de la ISAPRE Vida Plena (cuyo retorno al FONASA se quiso evitar)¹² y, tal vez lo más valioso, a la prevención de semejantes problemas en el futuro. Gracias a esta ley, se generaron nuevas exigencias de solvencia, patrimonio y liquidez a las Isapres y se otorgaron nuevas facultades de fiscalización a la Superintendencia. Una segunda ley, denominada *ley larga*, se tramitó posteriormente, completándose así lo contenido inicialmente en el proyecto. Ésta fue la última ley tramitada, y fue precisamente aquí donde se jugó el *partido* de la solidaridad e integración del sistema.

La Ley de Autoridad Sanitaria, promulgada después de la *ley corta* de ISAPRE, produjo transformaciones estructurales y organizacionales importantes en el sistema público: separó la autoridad sanitaria de la gestión de la red pública de prestación de servicios, aislando la función más propia del Estado de aquella más circunstancial o más explicada por razones de *usos y costumbres*. La autoridad sanitaria fue situada, en cada región, en la Secretaría Regional Ministerial de Salud (SEREMI), lo que resultó plenamente consistente con la estructura político-administrativa

¹² No se conocen bien las razones que justifican esta decisión, pues el diseño actual del sistema de salud chileno supone implícitamente que FONASA es el asegurador de última instancia de toda la población.

regionalizada del país. Los Servicios de Salud mantuvieron su número y estructura y se prepararon a gestionar las redes de servicios asistenciales de sus respectivos territorios. Se creó la figura del hospital autogestionado, ente al que se delegan las atribuciones administrativas de la Dirección del Servicio de Salud, y que puede formular su propio presupuesto.

Esta reforma, que separa la función de rectoría y regulación de la de provisión, hace posible que la autoridad sanitaria se posicione sobre la totalidad del sector, público tanto como privado. Consistente con ello, se crearon dos subsecretarías de Salud en reemplazo de la existente —una de Salud Pública y otra de Redes— y se creó también una Superintendencia de Salud con dos Intendencias (respectivamente de seguros previsionales de salud (ISAPRE/FONASA) y de prestadores), en sustitución de la Superintendencia de ISAPRE.

Aun cuando existían ideas más radicales de separación de funciones en el debate de los últimos años que apuntaban a descentralizar fuertemente la gestión de los hospitales y radicar las funciones de financiamiento en FONASA y, desde allí, el ordenamiento de las redes de provisión, estas ideas no prosperaron. La idea del uso de camas hospitalarias públicas por parte de los seguros privados —embrión integrador por el lado de la provisión de servicios— tampoco prosperó. Una primera mirada sobre el resultado de este componente de la reforma permite advertir una pesada burocracia central y muy débiles mecanismos de acercamiento entre la autoridad sanitaria y los ciudadanos.

La Ley del Régimen de Garantías (AUGE), por su parte, da cuenta del elemento que parece central en esta reforma, cual es ofrecer a los ciudadanos una protección universal garantizada sobre la base de 56 problemas prioritarios de salud, cuya solución o tratamiento oportuno estará garanti-

zado y normado bajo guías clínicas y protocolos.¹³ La protección universal se irá produciendo progresivamente en el tiempo a través de un incremento de los problemas a garantizar. Se ha creado una entidad *ad hoc* para producir revisiones cada tres años, a partir de la puesta en vigor, de la totalidad de los problemas de salud considerados. Recientemente ha sido constituido el Consejo Nacional del AUGE, órgano encargado de revisar las garantías trianualmente en la cual participan las universidades.

AUGE se concentra en prestaciones curativas en el ámbito de los bienes de apropiación individual. Del mismo modo, la Ley explicita que el Ministerio de Salud deberá proteger las prestaciones no AUGE por la vía normativa y a través de la fijación de estándares orientados a impedir su menoscabo en los hospitales. En la interfase, AUGE ha permitido a la fecha redefinir el examen de salud preventivo del adulto, el que fue incorporado en la cobertura básica.

Una de las cuestiones que quedó fuera de esta Ley, no obstante formaba parte de la misma, fue el Fondo de Compensación de Riesgos, orientado a hacer transparente la composición de la cartera de beneficiarios de los aseguradores por edad y sexo, a través de un mecanismo de compensación *ex post* basado en una prima comunitaria. La Ley de Financiamiento finalmente se redujo a aprobar un incremento del IVA como fuente de recursos para facilitar la instalación del Régimen de Garantías y la *ley larga* de ISAPRE, a resolver una serie de problemas estructurales del sistema, relativos al incremento de precios de los planes y al tema de la *cautividad* de los cotizantes producida por las carencias y exclusiones, así como a materializar la idea de un Fondo Compensatorio de Riesgos Interisapres, con lo cual

¹³ En el programa de la presidenta Bachellet se habla de extender a 80 las patologías cubiertas por AUGE.

se cerró la puerta a la integración de los sistemas público y privado, ahora por el lado del financiamiento.

DESAFÍOS

Aunque el proceso de implementación de la reforma esté en su fase inicial, es posible vislumbrar desafíos en varios aspectos que pueden resultar determinantes para el éxito de la misma. En esta sección intentaremos abordar aquellos que nos parecen más relevantes. Más allá de la complejidad del diseño de AUGE, una restricción muy importante para operacionalizarlo es la limitada disponibilidad de información, con consecuencias importantes para dimensionar adecuadamente los costos y servicios de salud requeridos. En una visión optimista, la instrumentación de AUGE debiera ir generando una tensión que estimule el mejoramiento de los sistemas de información. El desafío, sin embargo, es considerable, pues los requerimientos de información son muy importantes a nivel del paciente individual y a nivel agregado, para el manejo clínico y financiero, así como para el monitoreo, el control y la evaluación. El horizonte de tiempo en el que se requiere esta información difícilmente puede adecuarse con los actuales sistemas para que logren adaptarse con la velocidad necesaria. Debido a la escasez de recursos, es necesario priorizar y racionalizar, tarea difícil y no exenta de controversia. La discusión conceptual respecto a llevar la priorización de problemas de salud hasta el nivel del individuo excede el alcance de este documento. Sin embargo, cabe señalar que la manera inicial de comunicar el Plan significó que se interpretara como una propuesta de canasta que excluiría las prestaciones no consideradas en AUGE, aspecto que ha desencadenado una campaña de resistencia entre los gremios del sector.

Por otra parte, aun cuando las dimensiones de promoción de salud y participación están consideradas en el plan

de salud pública de la reforma, en la prioridad y los recursos que se asignen a estos programas, están por verse el autocuidado y la preocupación por el vecino, mediante acuerdos entre la ciudadanía y las instituciones del Estado.

Por lo mismo, existe el riesgo de limitar el uso de los recursos disponibles a un cierto número de enfermedades prioritarias, por lo que en la práctica, se excluya a una cierta cantidad de población que padece enfermedades no priorizadas. Para el ciudadano común puede resultar muy difícil entender por qué algunas enfermedades dan derecho a una atención y otras no. La propia experiencia de AUGE enseña que resulta casi imposible para la autoridad resistir la presión de grupos de enfermos para incorporar un determinado problema de salud en el plan garantizado, por rara o poco frecuente que sea su patología.

Siendo correcta la decisión de fortalecer la capacidad regulatoria de la autoridad sanitaria que establece la ley 19.337 para las Secretarías Regionales Ministeriales y Superintendencia de Salud (SEREMI), es importante tener presente las dificultades prácticas asociadas al ejercicio de la regulación. En efecto, existen al menos dos órdenes de dificultades para ejercer dicha regulación: asimetría de información entre regulador y regulado; y costos administrativos o de transacción. Por una parte, la regulación requiere información y, en la práctica, los regulados poseen un mejor conocimiento que los reguladores de sus procesos productivos o condiciones de demanda. La regulación, para alcanzar sus objetivos sociales, depende de la información que recibe. Por otra parte, puede haber costos altos asociados a la instrumentación de los mecanismos reguladores. En la práctica, el proceso de transferencia de las funciones de autoridad sanitaria de las Direcciones de Servicios de Salud a las SEREMI pareciera estar evidenciando que la transferencia de funciones no necesariamente significa la de los recursos para ejercerlas. Existe el riesgo que las nuevas fun-

ciones no puedan ser ejercidas por la nueva instancia y dejen de ser ejercidas por la anterior, situación que se ha reportado en otros procesos de reforma.

Una debilidad de la nueva ley es que no resuelve con claridad cuál es la instancia coordinadora de la red asistencial, porque fortalece el rol del Fondo Nacional de Salud (FONASA) al permitir que actúe directamente con los hospitales autogestionados. En la práctica, este fortalecimiento se hace a expensas de las atribuciones del coordinador de la red, afectando las posibilidades reales de hacer una adecuada gestión de la demanda con criterio sanitario. La determinación de necesidades de atención de salud no compete a FONASA ni a las direcciones de los hospitales. La articulación de la respuesta de la oferta a las necesidades de atención, que previamente ha debido definir, es la tarea de la instancia coordinadora de la red.

El ejercicio de capacidad gestora de red por parte de las actuales direcciones de Servicios de Salud es actualmente limitado. El diseño planteado en la ley 19.937 y el desarrollo de las etapas iniciales de instrumentación no facilita el que estas capacidades se puedan desarrollar y fortalecer. En este mismo sentido, al crearse una nueva instancia central, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, se corre el riesgo de favorecer una mayor intervención del nivel central en la gestión local, disminuyendo aún más las atribuciones que en la práctica pueda ejercer la coordinación de la red asistencial.

Nuestro país, al igual que muchos otros que han experimentado procesos de reforma, requiere contar con recursos humanos suficientes y apropiados a las necesidades actuales y futuras, ámbito que ha sido olvidado o sólo recientemente adquiere la importancia que merece, según lo comprueban diferentes estudios. En concreto se necesitan políticas de recursos humanos adecuadas a las nuevas tareas que se enfrentan. Igualmente importante es definir y

dimensionar los perfiles de la oferta de las instituciones formadoras de personal. La ausencia de un acuerdo en las universidades que compatibilice las necesidades de personal con la oferta puede generar serios problemas en la instrumentación de la reforma, y del AUGE en particular.

Mientras se discutían los proyectos en el Congreso, el Ejecutivo puso en marcha los pilotos del Plan AUGE, lo que demuestra su voluntad política por sacar adelante la reforma. Es probable que aún sea muy pronto para realizar evaluaciones de estos esfuerzos. Algunas evaluaciones no sistemáticas destacan los efectos positivos asociados con el manejo de algunos de los problemas considerados en AUGE (cáncer infantil y terapia antisida, por ejemplo), mientras otras destacan incrementos en las listas de espera de pacientes con algunos otros problemas considerados en AUGE (insuficiencia renal crónica, por ejemplo), o con problemas no considerados en AUGE. Con todo, la instrumentación gradual de AUGE permite ir visualizando los problemas que surgen e ir haciendo las adecuaciones que se requieran. En este sentido, la extensión del plazo para que AUGE se encuentre plenamente instrumentado es una decisión responsable y prudente por parte de las autoridades del sector. La manera en que algunos prestadores hospitalarios van instrumentando los planes pilotos obliga a estar atentos para adoptar estrategias que prevengan estos riesgos, especialmente el traslado de listas de espera desde problemas incluidos en AUGE a problemas no incluidos en AUGE.

No puede dejar de destacarse el que la autoridad haya recurrido a las universidades para procurar acopiar la mejor evidencia sobre la efectividad y costo de las intervenciones priorizadas en AUGE. Pero la evidencia actualmente disponible en las bases de datos de los centros internacionales es bastante menor que lo que generalmente se piensa. Por lo mismo, el nivel de incertidumbre a la hora de tomar decisiones seguirá siendo alto. Deberán establecerse

algoritmos y protocolos de atención, materia en la cual la autoridad sectorial también ha estado haciendo esfuerzos. La evidencia muestra que muchos problemas de salud cuentan con protocolos o guías de manejo clínico, pero que en la práctica éstos no se siguen. En este sentido, un elemento tanto o más importante que los contenidos específicos de las guías es que los profesionales que deben llevarlos a la práctica se sientan comprometidos con ellos, lo que se facilitará en la medida que tomen parte en el proceso de construcción de los mismos. En los discursos de las sociedades científicas médicas predomina un reclamo por una escasa participación de dichos profesionales.

Las soluciones planteadas en las reformas han resultado controversiales. Esto último es esperable, toda vez que en un sistema complejo como el de salud coexisten múltiples actores con intereses diversos y, muchas veces, contrapuestos. En este sentido, el esfuerzo gubernamental por situar a los usuarios de los servicios de salud como eje de la propuesta de reforma, mediante un discurso e instrumentos que intentan aumentar el poder ciudadano es de mucha trascendencia.

Las sociedades organizan sistemas de salud para responder a las necesidades de las personas y comunidades, y son estas necesidades las que deben alinear los intereses de otros actores, sean éstos prestadores o aseguradores. El espíritu de la decisión del gobierno por explicitar derechos y un plan garantizado que pueda asegurarse a todas las personas sin discriminaciones se orienta en la dirección correcta. La opción de diseño por la que se optó, sin embargo, es compleja y difícil de operacionalizar. La información con que se cuenta para instrumentar AUGE es precaria en cantidad, calidad y oportunidad, lo que ya se empieza a evidenciar en las fases iniciales de instrumentación. Sólo en el mediano plazo, cuando AUGE se encuentre operando en régimen y las personas enfrenten la experiencia de ser incluidos o exclu-

dos en los beneficios del plan, se podrá conocer el grado de tolerancia de la sociedad chilena a un diseño de mínimos garantizables. Si las raíces de la seguridad social europea con que se organizó el sector salud chileno siguen presentes en nuestra sociedad, no es descartable que la tolerancia a las exclusiones no sea alta.

Como se ha señalado, la sistematización de la experiencia de los procesos de reforma en otros países ha enseñado que el tránsito del diseño de los cambios a su implementación es generalmente más largo y difícil de lo que previeron los diseñadores. Es evidente que Chile no escapa a esta dinámica. La implementación de los cambios pasa por un proceso que puede ser extremadamente desgastador. Por lo mismo, es la hora de aunar esfuerzos para que, más allá de las legítimas diferencias que se hayan tenido en la fase de diseño de la reforma, los diversos actores técnicos, políticos, gremiales y sociales puedan sentarse a dialogar y buscar solucionar problemas sobre la base de objetivos de bienestar social compartidos por todos los chilenos.

VII. LA REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL EN MÉXICO, 1982-2000

VIVIANE BRACHET-MÁRQUEZ*

El periodo 1982-1999 en México, al igual que en varios otros países de América Latina, ha sido testigo de reformas profundas en el tamaño, el alcance y las funciones de los sistemas de salud y seguridad social, enmarcadas en transformaciones económicas fundamentales. Como consecuencia se han modificado, tanto la capacidad como la voluntad política del Estado de entregar bienes públicos en este sector a la población, como las posibilidades de ésta de prescindir de tales bienes. La paradoja fundamental es que en la era en que se ha afirmado la capacidad del mercado de suplir las funciones del Estado en casi todos los ámbitos, la distribución del poder adquisitivo en la sociedad mexicana se ha sesgado al grado tal que las reformas de los sistemas de salud han tenido que orientarse hacia lograr mayor protección del Estado a una población mayormente pobre.

Este capítulo ofrece, primero, una breve discusión de las condiciones fundamentales que sirvieron de premisas a las reformas y de sus antecedentes políticos, económicos y sociales; segundo, una descripción sumaria de los cambios en las leyes, disposiciones y servicios ofrecidos a la población mexicana, que a la vez que informa al lector del documento, permite una comparación con otras experiencias en la región. Tercero, el trabajo presenta una discusión crítica,

* El Colegio de México.

a la luz de evidencias todavía poco sistematizadas pero muy sugerentes, de algunos de los resultados actuales o previstos de dichas reformas, entendidas prioritariamente desde las perspectivas de los usuarios de los servicios y beneficios ofrecidos.

CONTEXTOS ECONÓMICO, POLÍTICO Y SOCIAL DE LAS REFORMAS

Entre 1980 y 1999 México atravesó tres grandes sacudidas financieras, acompañadas de transformaciones económicas tan profundas como traumáticas. Este proceso se vio asociado con la desagregación paulatina de los pilares institucionales de su estabilidad política legendaria, y con el surgimiento de nuevas fuerzas políticas. Esto significó el debilitamiento del partido de Estado, la caída casi vertical del sindicalismo oficial que lo había sostenido, y el surgimiento de la oposición política. Estas transformaciones son de gran importancia para las reformas del sector salud. Por un lado, las crisis repetidas han significado el deterioro de las bases financieras y sistemas de relaciones humanas en los sistemas de salud y seguridad social, y por otro, los vientos nuevos que empezaron a soplar desde los años noventa en la política económica transformaron hasta la noción de salud pública y seguridad social que se habían creado y fortalecido desde la Revolución de 1910.

Contexto económico: las tres sacudidas

Aunque numerosos analistas de México han demostrado que la crisis de 1982 empezó, en realidad, a fines de los años setenta, cuando la agricultura perdió su facultad de sostener el esfuerzo de desarrollo industrial, es un hecho que hasta 1982 se encontraron formas de matizarla vía deuda o vía auge petrolero. Estalló finalmente en 1982 cuando el

precio internacional de petróleo bajó bruscamente y México tuvo que declarar la moratoria de los intereses de su deuda. Durante ese año los bancos internacionales suspendieron sus préstamos a México, y el país debió pagar 13.3 mil millones de dólares anuales por servicio de la deuda, equivalentes a 47.5% de sus exportaciones (Urquidi, 1988). El crecimiento económico cayó de ocho puntos a -0.5% , y la inflación llegó a 60%. La deuda del sector público alcanzó 18 por ciento del PIB y la externa, de 87.6 mil millones de dólares, presentaba un incremento de 61% con respecto a la cifra de los dos años anteriores.

En diciembre de 1982, cuando el nuevo gobierno introdujo el *Programa Inmediato de Reordenamiento Económico*, un plan de reestabilización de tres años supervisado por el FMI, el documento oficial para presentar el programa identificaba cuatro culpables: 1) La ineficacia del sistema productivo. 2) La generación insuficiente y el uso irracional de divisas extranjeras. 3) La escasez de ahorro interno. 4) Las desigualdades sociales generadas por el proceso de crecimiento (García Alba y Serra, 1984: 73). Para un gobierno (el del presidente López Portillo) que se había presentado como un gran reformador de la administración pública, ésta era una crítica dura.

A cambio de obtener un préstamo del FMI para seguir pagando el servicio de su deuda, México se comprometió a reducir el déficit público a 8.5% de su PIB para 1983, a 5.5% para 1984, y a 3.5 para 1985. Esta reducción sólo podía lograrse mediante el incremento de los impuestos y del precio de los servicios públicos, ambas medidas inevitablemente inflacionarias. En efecto, dicha inflación alcanzó 80% en 1983, mientras que la economía crecía a un ritmo negativo de -5.5% , y los capitales huían del país.¹ Después de una

¹ Se ha calculado que la fuga de capitales en ese momento equivalió a la deuda externa.

ligera mejora en el último semestre de 1984, impulsada por un aumento en el gasto público, volvió a crecer la inflación (alcanzaría tres dígitos al final del periodo), y empezó una nueva ola de fuga de capitales. En octubre de 1985 la tragedia del terremoto hizo más remota todavía la expectativa de una recuperación cercana. Los años siguientes no generarían mejoras sustantivas para la población ni para la economía. Los precios del petróleo seguían cuesta abajo, y la inflación se mantenía alta. A pesar de todas las medidas de austeridad, el déficit público alcanzó 12.4% en 1986. No fue hasta 1987, con el llamado Pacto de Solidaridad Económica, concertado con la iniciativa privada para mantener los precios fijos (más adelante llamado Pacto de Estabilización y Crecimiento Económico, PECE), cuando la inflación empezó a detenerse, y luego a bajar.

Durante todo el periodo de 1982 a 1988, las inversiones públicas bajaron en 50% y las privadas en 15% (Hernández Laos, 1993). Situación que se vio reflejada en el gasto social que pasó de 179 a 79 dólares *per capita* entre 1982 y 1986 (Brachet-Márquez, 1992). El gasto en salud, que en comparación con otros países de América Latina nunca había sido muy alto, bajó todavía más, de 0.4% del PIB en 1980 a 0.1 en 1983, para luego volver a subir a su nivel anterior para 1986 (CEPAL/ONU, 1991).² Es conocido que durante todo ese periodo las instituciones de salud de México sufrieron una baja

² Para fines comparativos, en 1980, Chile gastó 2.1% de su PIB en salud, Brasil 1.3% y Costa Rica 1.6%. En 1983, Chile gastó 3%, Brasil 1.5% y Costa Rica 1%. En 1986, Chile gastó 2%, Costa Rica 0.4, quedando Brasil sin dato (CEPAL/ONU, 1991). Estas cifras son algo distorsionadas por los cambios bruscos en las tasas cambiarias sufridas por la mayoría de los países durante esos años. Sin embargo, las tendencias generales son indicativas de una tendencia regional hacia la baja. Llama la atención el nivel bajo del gasto en salud de México, aun antes de la crisis.

muy considerable en el nivel real de los salarios (como en los demás sectores), y un grave deterioro en el equipamiento.

Desde principios del sexenio siguiente (1988-1994), presidido por Carlos Salinas de Gortari, la inflación se había abatido considerablemente, declarándose el PECE un éxito. En abril de 1988, éste se consolidó como instrumento permanente, y como canal del nuevo protagonismo de las cúpulas empresariales en la política económica. En consecuencia, volvieron los "capitales golondrinos", para aprovechar la estabilidad monetaria y las muy lucrativas tasas de interés (entre 45 y 75%). Cabe anotar que en esa época el alza excesiva de las tasas de interés no afectó a la clase media y a las pequeñas empresas como lo haría más tarde.³ No obstante, la situación económica distaba mucho de ser favorable. La deuda externa había subido a 107 mil millones de dólares, y la capacidad de ahorro interno era casi nula.

La estrategia económica del presidente Salinas de Gortari se concentró en reorientar la economía hacia el exterior, y generar ahorros presupuestarios. Para lograr lo primero renegoció los términos de la deuda externa⁴ y entró en negociaciones para la firma de un Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) entre México, Estados Unidos y Canadá, que se firmaría a fines de 1993, para entrar en vigor en 1994. Para lo segundo, vendió empresas estatales y reprivatizó los bancos que se habían nacionalizado en 1982. Un hecho económico de ese sexenio que también debe incluirse en la historia es la penetración acelerada

³ Esto se explica porque los bancos todavía nacionalizados no otorgaron más créditos de los que podían respaldar, ni emitieron millones de tarjetas de crédito a las clases medias como lo harían sus sucesores reprivatizados.

⁴ Obtuvo solamente una reducción de siete mil millones de dólares en capital, pero de 1.5 mil millones anuales en servicio de la deuda, con la reconversión de parte de ésta en bonos de 30 años (Urquidí, 1995).

de la economía mexicana, a partir de los años noventa, por el narcotráfico, creando cuantiosas fuentes de empleo e inversiones. Su incorporación a un país sin fronteras económicas con el mercado de consumo de drogas más grande del mundo y con fuerzas policiacas y judiciales eminentemente corruptibles era un hecho casi inevitable.

A pesar de las medidas tomadas para resanar la economía e incrementar las exportaciones, el milagro neoliberal salinista empezó a estancarse a partir de fines de 1993 y hasta el final del sexenio en 1994. Abrir las fronteras había llevado a una explosión de importaciones (a pesar de las severas medidas deflacionarias en cuanto a niveles de salarios) que las exportaciones no lograban contrarrestar. Por otra parte, exigir la modernización del aparato productivo implicaba ofrecer condiciones adecuadas de crédito, pero las altas tasas de intereses destinadas a estabilizar la moneda y atraer los capitales extranjeros, obstaculizaban ese proceso. Muchas empresas abandonaron su actividad fabril, convirtiéndose en importadoras de equipos extranjeros. Otras tuvieron que cerrar sus puertas, lo cual incrementó el desempleo. A pesar del crecimiento económico modesto, pero real, que hubo durante los primeros cuatro años del sexenio salinista, el desempleo bajó en menos de un punto (Ciemex-Wefa, 1995). Para parar el déficit creciente de la balanza de pagos, se utilizaron inversiones directas y flujos financieros (Urquidi, 1995). Se esperaba restablecer el equilibrio con la puesta en vigor del TLCAN, resultado que por varias razones no se produjo. El 1 de enero de 1994 había estallado la rebelión zapatista en Chiapas, hecho que empezó a ahuyentar a los inversionistas prospectivos. El miedo a la desestabilización del país se incrementó todavía más con el asesinato en marzo de 1994 de Luis Donald Colosio, candidato a la presidencia para el PRI.

Para paliar la crisis, la Secretaría de Hacienda emitió una nueva variedad de instrumentos de captación de dine-

ro de corto plazo, los llamados tesobonos, cuyo valor era garantizado por el Banco de México contra la posibilidad de pérdidas por trastornos cambiarios. Este instrumento fue muy exitoso, especialmente en Estados Unidos y Canadá. Para que siguiera respaldando la estabilidad monetaria, tendrían que haberse renovado al final de 1994. De lo contrario, saldrían 30 mil millones de dólares en el mes de diciembre de 1994.

A pesar de la aplastante victoria del PRI en las elecciones de 1994, la brecha entre las entradas y salidas de capitales siguió ensanchándose. Apenas tres semanas después de la toma de posesión del presidente Zedillo, el anuncio de un incremento en la banda de flotación del peso (el llamado "error de diciembre") precipitó un pánico financiero. Para enero, el déficit de la balanza de pagos había subido a 8% del PIB, y las reservas en dólares bajado a 3.5 mil millones. Esta segunda gran sacudida financiera llevó al gobierno de México a solicitar un rescate por las instituciones financieras internacionales, y anunciar un nuevo programa de emergencia, llamado Unidad para Superar la Emergencia Económica. Varias instituciones financieras se ofrecieron para rescatar a México con un paquete financiero que creció de un monto inicial de 18 a 25.5 mil millones de dólares. A esta cantidad se agregaron otros 40 mil millones prestados por Estados Unidos y garantizados por las exportaciones de petróleo. Finalmente, tras varios cambios más, un total de 50 mil millones (equivalentes a la mitad de la deuda externa que se tenía entonces) fueron prometidos para salvar a México y acabar con el "efecto Tequila" que amenazaba al sistema financiero global. Los deudores privados no fueron incluidos en ese rescate, ni tampoco los 60 millones de pobres que iban a reembolsar el rescate vía los impuestos al consumo. Gran cantidad de deudores privados, tanto empresariales como privados (sobre todo los detentores de préstamos hipotecarios y tarjetas de crédito), quedó atrapada con el alza

desmesurada de las tasas de interés que se impuso, una vez más, para prevenir una posible hemorragia de capitales. A partir de 1992 las tasas de interés habían bajado, y los bancos otorgaron gran cantidad de créditos. Con la crisis financiera de 1994-1995, la cartera vencida de éstos aumentó vertiginosamente, y también las bancarrotas de las empresas, con los consiguientes despidos masivos de personal.

La tercera sacudida financiera, la quiebra en 1998 del Fondo Bancario de Protección del Ahorro (Fobaproa), lejos de ser inducida por condiciones sistémicas como las anteriores, fue autoinducida por el mismo sistema bancario.⁵ La factura del quebranto se estimaba en 66.63 mil millones de dólares, para ser pagada por toda una generación de causantes mexicanos.⁶

En medio de acusaciones de fraude por parte de los partidos de oposición, se contrató a un auditor canadiense quien rindió su informe a fines de julio de 1999, meses después de haberse tomado la decisión de convertir las pérdidas del Fobaproa en deuda. Las principales conclusiones del experto fueron:

1) Las autoridades hacendatarias y organismos de regulación bancaria (Banco de México y Comisión Nacional Bancaria y de Valores) no actuaron a tiempo, lo que provocó que el costo final fuera más alto. 2) Dichas autoridades prácticamente no regularon ni vigilaron el sector bancario durante todo el periodo desde su reprivatización 1990-1991. 3) De haberse permitido la quiebra de los bancos insolventes

⁵ Los hechos en el escándalo del Fobaproa han quedado en los archivos que, a pesar de los clamores de los partidos de oposición, nunca salieron a la luz del día. La información contenida en este apartado fue recogida de varios periódicos.

⁶ La firma Standard & Proctors estimó esta cantidad en 88.4 mil millones de dólares.

(en particular Banca Cremi y Banca Unión,⁷ insolventes desde 1994), el costo hubiera sido menor, y los otros bancos hubieran tenido menos incentivos para cometer las mismas irregularidades. 4) De los 66.63 mil millones de dólares, sólo 12.6% fue utilizado de manera "irregular" (*sic*), donde dicha "irregularidad" significa autopréstamos, préstamos a empresas ficticias que a su vez hacen donativos cuantiosos a partidos políticos, etcétera. En resumen, la crisis bancaria de 1998 fue 87.4% malas decisiones y 12.6% procedimientos ilegales.

Estos hechos económicos dibujan un contexto en el que las reformas en el sector de la salud y la seguridad social pueden interpretarse a la vez como reacciones a las coyunturas de austeridad fiscal provocadas por las repetidas recesiones, y como intentos de superarlas en el futuro, como en el caso de la reforma al sistema de pensiones. Esto nos permite entender que, contrariamente al discurso eficientista adoptado por los promotores de las reformas sanitarias, que implícitamente liberaba a las autoridades hacendarias de su responsabilidad en los sucesos económicos, la necesidad imperante de mayor eficiencia en el sector fue consecuencia de los repetidos accidentes fiscales que recortaron severamente sus recursos. Aunque siempre existirá un margen de ineficiencia y mal uso de los recursos en el sector, que pueda y deba corregirse, es poco probable que las correcciones factibles sean proporcionales a las escaseces creadas por los errores y accidentes de la macroeconomía mexicana.

*Contexto político: la transición democrática "prolongada"*⁸

Algunos analistas identifican el principio de la transición democrática mexicana en el gran conflicto universitario de

⁷ El ex director de Banco Unión es prófugo de la justicia mexicana por lavado de dinero y por fraude.

⁸ Este apartado está basado en el capítulo V, en Brachet-Márquez, 1996 y en Brachet-Márquez y Davis, 1995.

1968 que terminó en la tragedia de Tlatelolco. Esta fecha representa ciertamente un antecedente importante en el creciente proceso de pluralización política de México. Sin embargo, no puede compararse con el verdadero estallido de movimientos populares, creación de organizaciones no gubernamentales y nacimiento y fortalecimiento de partidos de oposición que aparecieron a partir de los años ochenta, y han ido creciendo desde entonces. Estas transformaciones han tenido gran efecto en la forma en que se hace política en México, y política de salud y seguridad social en particular. En efecto, en el proceso de agendación, debate y adopción de las reformas de la salud y la seguridad social de los últimos 15 años, podemos observar los avances y retrocesos en el proceso de transición entre la tradicional concertación del gobierno a puertas cerradas con los actores políticos incorporados en o asociados con el partido oficial, y las nuevas formas de debate multipartidista más abiertamente conflictivas y públicamente visibles.

Los años de 1982 a 1988 se caracterizaron por una transformación muy rápida de los rasgos más relevantes de la política mexicana: un retroceso de los actores viejos y el surgimiento de interlocutores nuevos. Durante el último año del gobierno del presidente López Portillo (1976-1982) y los primeros del de Miguel de la Madrid (1982-1988), México presenció el nacimiento de las llamadas *coordinadoras*, organizaciones de enlace de las acciones de varios movimientos populares, particularmente la Coordinadora Nacional de Trabajadores de la Educación (CNTE) de los maestros, y la Coordinadora de los Movimiento Populares Urbanos (CONAMUP). Éstas organizaron dos grandes manifestaciones en la ciudad de México en 1983 y 1984 respectivamente, con lo que contribuyeron a crear un ambiente de reivindicaciones que incitó al Congreso del Trabajo a renovar sus demandas (supresión del IVA, congelamiento de las rentas y negociación semestral de los contratos), y a la CTM

a amenazar con una huelga general. A esto, el gobierno respondió por un relajamiento de dichas políticas en 1984, lo cual nuevamente desató la inflación y la fuga de capitales, como se menciona en el apartado anterior. Los movimientos populares se fortalecieron con este recrudecimiento de la crisis, y a partir de octubre de 1985 se concentraron en las demandas de apoyo a los damnificados del terremoto de septiembre.

A lo largo del sexenio de Miguel de la Madrid, el descontento y la oposición partidaria crecieron para culminar con el estallido de oposición electoral del verano de 1988. En el año anterior había nacido un nuevo protagonista de centro izquierda, el llamado Frente Democrático Nacional (FDN) conformado por el ala reformista del mismo PRI y de varios partidos de izquierda, y encabezado por Cuauhtémoc Cárdenas, hijo del legendario presidente de los años treinta. Esta nueva alternativa constituía una amenaza al partido oficial mucho mayor que el Partido de Acción Nacional (PAN), por representar la ideología oficial de justicia social que el PRI parecía haber abandonado. En los comicios presidenciales, Salinas de Gortari, el candidato del PRI obtuvo oficialmente 48.7% de los votos tras un largo paro técnico de las computadoras que hacían el conteo. El FDN obtuvo oficialmente el 30% de los votos, y el PAN 16.2 (Molinar y Weldon, 1990). Este avance de la oposición hizo evidentes las fallas del mecanismo corporativo de control sobre las clases trabajadoras que anteriormente había garantizado la victoria del PRI con un margen mucho más amplio. Por todas estas razones 1988 puede considerarse como el punto de arranque decisivo de la transición democrática mexicana, porque fue el año cuando el descontento sectorial que anteriormente había fluido por canales corporativos se transformó en una oposición electoral directa y masiva, aunque todavía dividida y reprimida por los repetidos fraudes electorales en los niveles tanto nacional como estatal.

Desde los inicios de su gobierno, el presidente Carlos Salinas de Gortari se dedicó a reforzar su posición política. De las presiones y demandas aparentemente irreconciliables de diferentes actores políticos (el empresariado, las clases medias, los sectores populares) emergió una combinación muy peculiar de reformismo político, neoliberalismo económico y asistencialismo social. En primer lugar se contempló destruir las bases corporativas de la política y transformar al partido oficial en un órgano capaz de responder más directamente a las demandas de la población mas no mediante un instrumento que abarcara a toda la ciudadanía, sino de un programa, el Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol), que focalizó a los grupos considerados políticamente vulnerables (Brachet-Márquez y Davis, 1995; Molinar y Weldon, 1994). En realidad el único componente de Pronasol que tuvo una amplia cobertura y no se basó en estrategias electorales fue el de la salud, heredado del programa IMSS-Coplamar, creado a finales de los años setenta para ofrecer atención primaria a la población "marginada" no cubierta por la red de centros de salud de la entonces llamada Secretaría de Salubridad y Asistencia.⁹ El segundo objetivo político fue dismantelar las fuentes de oposición, cerrando, por medio de nuevas leyes electorales, las posibilidades de formar coaliciones electorales como la que había surgido en los comicios de 1988. El FDN tuvo que redefinirse como un partido propio, el Partido de la Revolución Democrática (PRD). El tercer paso fue remover del poder a dirigentes sindicales oficiales ineficaces o rebeldes: Joaquín Galicia, La Quina, líder vitalicio del sindicato petrolero, quien se vanagloriaba de haber financiado la campaña electoral del FDN; y Jonguitud Barrios, dirigente del sindicato magisterial, quien se había mostrado incapaz de acallar la

⁹ Cuyo nombre cambió a Secretaría de Salud en 1984.

así llamada "tendencia democrática" dentro del su gremio. Por su parte, la CTM quedó aún más marginada del poder que durante el sexenio anterior, en favor de la CROC que seguía más fielmente los lineamientos oficiales.

Una vez consolidado el poder presidencial y confirmado el éxito del PECE, pactó con la iniciativa privada para parar la inflación, el gobierno salinista se lanzó a los dos programas clave de su sexenio: la apertura arancelaria y Pronasol, éste como presunto correctivo social de dicha apertura. Ahí es donde se insertó en el discurso oficial la separación entre población pobre sujeta de beneficencia pública, y los demás no pobres, sujetos de procesos de mercado. Conceptualmente, "los pobres" seguían representados por la totalidad de la población por debajo de cierta línea de pobreza abarcando a entre 40% y 60% de la población, según las estimaciones. Esta nomenclatura cambiaría en el sexenio siguiente (1994-2000) cuando se hablaría de los "moderadamente pobres" en contraposición a los "críticamente pobres", donde la totalidad de los programas de combate a la pobreza serían dirigidos a los segundos.

A finales de 1994 el sexenio salinista parecía haber reconsolidado la hegemonía del PRI sobre nuevas bases, y apaciguado las protestas populares que habían ensombrecido el sexenio presidencial de su antecesor. La rebelión zapatista, el asesinato de Luis Donald Colosio, candidato a la presidencia para 1994-2000, y el "error de diciembre" echaron abajo en unos pocos meses el edificio complejo de estas estrategias políticas, hundiendo al país en una nueva recesión. Sin embargo, las elecciones tanto legislativas de 1991 como la presidencial de 1994 fueron ganadas por el PRI, con algunas concesiones a los viejos actores corporativos por su colaboración en el esfuerzo electoral. No sería hasta las elecciones legislativas de 1997, cuando la hegemonía de este partido sería nuevamente retada, llevando a un Congreso dividido entre los tres principales partidos, con el PRI

liderando, pero habiendo perdido la mayoría absoluta, clave del presidencialismo de los seis decenios anteriores.

El proceso político durante los años 1994 a 1999 mostró pocos cambios espectaculares. Por un lado tomó gran importancia el proceso político de los estados de la República, que con la descentralización administrativa y fiscal, y con las mejores garantías de transparencia en las elecciones, había empezado a dinamizarse. A la vez se fue descubriendo la fragmentación política en dichos estados, exacerbada por el multipartidismo, fenómeno que había quedado moderado por los anteriores mecanismos corporativos de agregación de los intereses. Por otro lado, las dificultades para lograr una salida política al conflicto en Chiapas retrasaron el avance en la transición democrática, en el sentido de bloquear las negociaciones entre partidos sobre asuntos no relacionados con el conflicto. A partir de mediados de 1999 todas las fuerzas políticas se empezaron a concentrar en el proceso muy problemático de la sucesión presidencial por medio de un nuevo procedimiento de selección de candidatos por "primaries", siguiendo el modelo estadounidense.

Finalmente, el sexenio del presidente Vicente Fox (2000-2006) a pesar de representar, electoralmente, la prueba de fuego del logro de una transición democrática, fue, institucionalmente, un sexenio de continuidad, pero también de inmovilismo político, debido a las pugnas entre partidos en las cámaras, que paralizaron la capacidad de acción de un equipo gubernamental poco experimentado en la práctica de negociar. Pero también fue un sexenio de innovación en materia de salud pública, como veremos.

Contexto social: pobreza y desigualdad crecientes

Son bien conocidos los efectos sociales de los programas de ajuste y reestructuración del aparato productivo, al grado que los mismos promotores de estas políticas los reconocie-

ron. Un credo fundamental de la perspectiva neoliberal era que sólo serían temporales, mientras se iban adecuando y adaptando los sistemas productivos con los mercados de trabajo, y desaparecerían con el tiempo. Desde esta perspectiva, las políticas sociales, entre ellas las de salud, debían aportar los correctivos necesarios a los efectos negativos provocados por estas transformaciones entre los grupos que, por una variedad de razones, permanecían en la pobreza.

Durante todo el periodo los efectos de las repetidas crisis económicas fueron amortiguados por las estrategias adoptadas por los hogares para defenderse contra las pérdidas en salarios reales, la carestía, y el desempleo crecientes. Por ejemplo, fue sorprendente para los especialistas que entre 1980 y 1984 se haya incrementado relativamente poco la desigualdad del ingreso en México, y que a pesar de una tendencia descendiente en los salarios, se hayan incrementado los ingresos en los hogares (Cortés y Rubalcava, 1991). La respuesta a este enigma es que durante estos años los hogares compensaron con fuerza de trabajo adicional la baja en el empleo y en los salarios. Esto significó un aumento espectacular en la proporción de la Población Económicamente Activa (PEA) en el mercado informal, que pasó de 1.1% en 1982 a 19.4% en 1990, acercándose a 30% para 1999 (Ciemex-Wefa, 1991, 1995, 1999).¹⁰ En dicho mercado se concentra la fuerza de trabajo femenil e infantil, y las remuneraciones más bajas a trabajos de baja productividad. Esto permitió, hasta 1992, un aumento en el ingreso medio en los hogares. Sin embargo, esta media es poco representativa, debido a la gran desigualdad de ingresos entre los hogares. En efecto, aunque la desigualdad quedó estacionaria entre 1980 y 1984, incluso bajó si partimos de 1977 (cuando

¹⁰ Estas tendencias nacionales se ven confirmadas en numerosos estudios regionales y locales, como comenta Cortés, 1995.

el índice de Gini pasó de 0.496 a 0.454), a partir de 1984 fue aumentando el grado de desigualdad, llegando el índice de Gini a 0.509 en 1992 y 0.5137 para 1994.¹¹ A partir de 1994 la desigualdad se incrementó, en la medida en que los grupos de bajos ingresos ya no encontraron soluciones para generar nuevos ingresos, y las actividades económicas de alta productividad no ocuparon una alta proporción de la fuerza de trabajo.

BASES INSTITUCIONALES DE LAS REFORMAS

Las reformas del sector salud mexicano se llevaron a cabo en condiciones institucionales históricamente acumuladas que vale la pena recordar brevemente, aunque usualmente pasan inadvertidas en México por haberse asimilado al grado de no aparecer en forma explícita en los debates. Primero nos enfrentamos a la aparentemente inerradicable fragmentación interna del sector salud, asociada con fuertes inequidades, y que ha resistido, hasta la fecha, todos los intentos de integración interna real bajo un liderazgo unido y efectivo. Esto ha sido la consecuencia de las peculiaridades de una construcción histórica del estado de bienestar que se basó en un proceso de incorporación por etapas de diversos grupos ocupacionales a los beneficios de la seguridad social, mismo que fue interrumpido antes de haber podido incluir a toda la población.

En segundo lugar, en el interior mismo de cada componente del sector, existen rigideces y vicios internos heredados, como la cobertura desigual entre áreas urbanas y rurales, la escasez de mecanismos de referimiento entre

¹¹ Estos datos provienen de las Encuestas Nacionales de Ingresos y Gastos de los Hogares de los años correspondientes. Se encuentran analizados detalladamente en Cortés, 1995, Boltvinik, 1998 y Cortés, 1998.

niveles de atención, o las insuficientes capacidades de gestión en diferentes niveles de la jerarquía federal-local. Por último, y como corolario de lo primero, es necesario recordar que en México, la Secretaría de Salud, aunque formalmente cabeza de sector, *de facto* nunca ha podido desempeñar cabalmente ese papel, debido a la *enorme fuerza fiscalmente (y de allí políticamente)* autónoma de los sistemas de seguridad social apoyados, hasta hace poco, en el sindicalismo de Estado. Por tanto, aunque la Nueva Ley de Salud Pública de 1984 declara la existencia de un Sistema Nacional de Salud encabezado por la Secretaría de Salud, la realidad nos sigue mostrando un sector internamente dividido en feudos irredentistas, encabezado por una autoridad que en algo se parece a los reyes feudales cuya autoridad sobre sus vasallos era más moral que real.

Por estas razones no puede hablarse, en el caso de México, de *una* reforma de la salud, sino de *varias*, tanto sincrónica como diacrónicamente, cada una referente a una institución dada (o un conjunto de instituciones en el caso del sector privado), y al sector de la población que le corresponde. Incluso, para la seguridad social, debemos hablar de tres reformas distintas, una ya consumada, la del sistema de pensiones del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y la (o las), en proceso, del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Para fines de este análisis, cada una se tratará por separado.

¿Qué tanto han sido las reformas de la salud y la seguridad social en México reflejo de la influencia de las agencias internacionales? Basado en las semejanzas claras entre los modelos propuestos por estas agencias y los efectivamente adoptados, los opositores a estas reformas han afirmado *a priori* que todo surgió del Banco Mundial, del Banco Interamericano de Desarrollo, o incluso del Fondo Monetario Internacional. En cambio, los proponentes de las reformas las han presentado como si todas fueran hijas legítimas de su

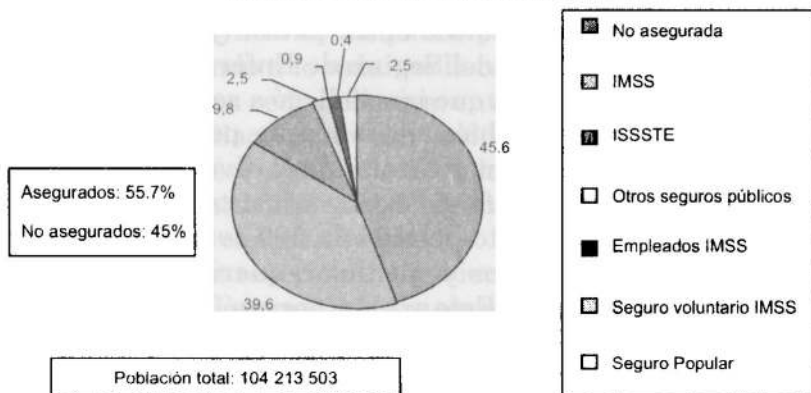
sola imaginación e inspiración. Esta cuestión no puede ser debatida aquí, siendo el interés principal del trabajo exponer en forma concisa lo que se hizo, y con qué consecuencias actuales o a futuro. Sin embargo, es posible afirmar que ningún país adopta un modelo de reforma propuesto desde afuera sin modificación alguna, y que de todos modos los procesos de instrumentación transforman los principios adoptados a tal grado que a veces es difícil reconocer el modelo. Además, las agencias internacionales en cuestión no son tan poderosas como para poder imponer su voluntad en forma coercitiva. Parece más razonable establecer como postulado que, efectivamente, las instituciones en cuestión han tenido, y seguirán teniendo, gran influencia, pero que ésta siempre es mediatizada por estructuras de poder e intereses nacionales que las utilizan, pero no siempre con consecuencias previstas por ellos. Esto deja un espacio a lo inesperado, es decir, tanto lo serendípico como lo perverso y contraproducente. De esta manera, las reformas de la salud y de seguridad social se ven como partes integrantes de una dinámica social y política compleja en la que los sucesos no pueden considerarse como consecuencias lineales de las intenciones de los reformadores, o de las decisiones de planificación. El análisis que sigue se hizo con toda conciencia de que elementos fundamentales en las reformas que se han llevado a cabo provienen de modelos importados, pero a la vez con la convicción de que si algunos de sus elementos nos parecen inadecuados en la situación actual de los países latinoamericanos, nos incumbe argumentarlo y sustantivarlo en un diálogo abierto.

LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

La seguridad social en México se divide entre el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), creado en 1943, que abar-

ca a las actividades productivas de carácter privado; el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), creado en 1959, que abarca a los empleados del sector público (principalmente los maestros); el programa de seguridad social que corresponde a los empleados de Petróleos Mexicanos; y el que cubre a las fuerzas armadas. Para 1997, año en que entró en vigencia la Nueva Ley del Seguro Social que privatizó e individualizó el sistema de pensiones de los trabajadores del sector privado, la seguridad social en conjunto cubría 54.9% de la población (INEGI, 1997), en comparación con 46% en 1980 y 52.6% en 1988 (Mesa Lago, 1991), con 37.1% cubierto por el IMSS, 8.6% por el ISSSTE y 3.9% por los demás sistemas. Para 2003, 55.6% de la población estaba asegurada, con 39.6% cubierto por el IMSS.

Gráfica 1. Distribución de la cobertura de seguridad social en salud. México, 2003



Fuentes: Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe ejecutivo federal al Congreso de la Unión. Junio de 2004. www.imss.gob.mx.

Instituto Nacional de Salud Pública. Evaluación del Seguro Popular. Enero-agosto de 2003. México, 2003.

Banco Mundial. *La pobreza en México*. Julio de 2004. <http://www.bancomundial.org.mx/pdf/estudiosporsector/lapobrezaenmexico>.

Cuando se fundó el Seguro Social no había ninguna infraestructura preexistente de servicios médicos, ni tampoco había fondos públicos disponibles para construirla. La creación del Instituto había correspondido a un momento político particularmente vulnerable para el régimen (Brachet-Márquez, 1996), por lo que las consideraciones financieras de mediano o largo plazo tenían poca prioridad. El fondo de pensiones correspondiente a los Seguros de Invalidez, Vejez, Cesantía y Muerte (SIVCM) que creó la misma institución, fue la única fuente de financiamiento disponible, y con ése se construyó el complejo médico hospitalario de la institución. Esto puede considerarse un primer obstáculo para la solvencia del fondo del sistema mexicano de jubilación. Sin embargo, el problema no estriba en que las instalaciones se hayan financiado con el superávit del fondo de pensiones, sino que este gasto no se haya tratado como una inversión sujeta al pago de intereses o de renta al fondo.

Una segunda fuente de debilidad prácticamente fundacional fue el nivel extremadamente bajo de las cotizaciones para el SIVCM (de 6% entre patrón y trabajadores) que rigió hasta 1990, y del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) de 12.5% que jamás llegó a ser autofinanciable. En este caso, también, el fondo de pensiones fue el paliativo que permitió mantener bajo el nivel de cotización en SEM. Finalmente, el fondo estuvo constitutivamente debilitado por el muy corto periodo de 500 semanas (aproximadamente nueve años y medio) requerido para tener derecho a la jubilación. Esto explica por qué la solvencia del fondo de pensiones del Seguro Social haya sido tan inmediata y profundamente afectada por la primera de las tres grandes crisis que azotaron al país a partir de 1982. Al no haber prácticamente ninguna reserva, funcionaba como un sistema de transferencia directa entre trabajadores y jubilados. Por tanto, al incrementarse la tasa de desocupación, disminuyó automáticamente la capacidad de pago de las pen-

siones. Por añadidura, la misma maduración del sistema empezó a significar, a partir de los años ochenta, que la relación entre incremento de aportantes e incremento de beneficiarios se fuera deteriorando. Mientras que la tasa anual de crecimiento esperada de los pensionados era del orden de 5%, la de los nuevos aportantes no rebasaba 3% (IMSS, 1995). Asimismo, la relación entre activos y pasivos que había sido de 1 a 20 en 1960, había bajado a 1 a 11 en 1983, y a 1 a 7 para 1989 (Bertranou, 1995). En los años ochenta, por consiguiente, el sistema se veía presionado tanto por el desequilibrio entre alzas en el costo de las prestaciones y bajas en el nivel de aportaciones, como por el aumento paulatino del número de jubilados en relación con el de los trabajadores activos. En la misma década, también, empezó a aumentar drásticamente la evasión y la subdeclaración patronales, igualmente fruto de las grandes dificultades atravesadas por los empleadores durante ese periodo de alta inflación y desplome del mercado interno. De hecho, el sistema se había convertido en un gran juego en el que la mayoría de los participantes fungían como *free riders*, reduciendo a lo máximo la capacidad del sistema de repartir en forma redistributiva: entre 1980 y 1988, las prestaciones de jubilación cayeron en 60%, por lo que 85% de las pensiones representaba sólo 35% del salario mínimo, en un momento en que dicho salario apenas alcanzaba para comprar 30% de la canasta básica.

¿Cuál fue la reacción del gobierno y de las autoridades del IMSS ante tal situación? Inicialmente ninguna, salvo abrir la cobertura a varias categorías nuevas de aportantes de ingresos nulos o bajos, como los estudiantes. Como resultado, la cobertura pasó de 46% a 52% de la población. Para cerrar la brecha, se incrementó la aportación patronal, al mismo tiempo que se redujo la estatal. En 1986, se decretó la baja de la participación del gobierno de 12.5% a 5%, y el alza correspondiente de la cuota patronal. Siendo los ochenta

la era por excelencia de los movimientos de reivindicaciones, las protestas del Movimiento Unificado Nacional de Jubilados y Pensionados no se hicieron esperar. Para responder a sus demandas, se fijó en 1989 el mínimo de las pensiones en 70% del salario mínimo, nivel que seguía muy bajo en plena época de alta inflación (que alcanzó hasta 80%). Posteriormente, una reforma de la Ley del Seguro Social establecería la pensión mínima en 80% del salario mínimo, y elevaría la cotización primero a 7.6%, y posteriormente a 8.5% del salario para el de SIVCM (cuadro 1).

A partir de 1990, el gobierno del presidente Salinas de Gortari puso en marcha un proyecto de reforma del IMSS que fue debatido en sus distintas versiones durante meses a puertas cerradas entre los promotores gubernamentales

Cuadro 1. Evolución de las primas del seguro de invalidez, cesantía, vejez y muerte del IMSS, 1944-1996
(Porcentaje de la nómina y porcentaje contributivo)

<i>Periodo</i>	<i>Patrón</i>	<i>Estado</i>	<i>Trabajador</i>
1944-1965	4.50 (75%)	1.50 (25%)	0
1966-1986	5.25 (87.5%)	0.75 (12.5%)	0
1986-1990	5.70 (95%)	0.30 (5%)	0
1991	6.65	0.35	0
1992	(95%)	(5%)	
1993			
1994			
1995			
1996	5.95 (70%)	0.425 (5%)	2.12 (25%)

Fuente: González Pier, 1997 y elaboración propia.

(principalmente la Secretaría de Hacienda y el Banco de México), los empleadores (compañías de seguros, Coparmex), y los sindicatos, quedando el movimiento de jubilados al margen de las negociaciones, pero con cierta presencia. La importancia del proyecto para el gobierno ya no residía exclusivamente en la problemática del IMSS sino en la necesidad de generación de ahorro interno, considerada como el remedio indispensable tras años de hemorragia de capitales. A mediados de 1991 el gobierno presentó al Congreso del Trabajo (CT) un proyecto que contemplaba la creación de un sistema complementario de cotizaciones individuales que sería captado por los bancos, y la privatización gradual del SIVCM. La respuesta obrera fue inmediata: no a la privatización y sí al seguro complementario que no cambiaba el *statu quo*. Dada la proximidad de las elecciones legislativas de 1991 y presidenciales de 1994, el gobierno cedió. De allí nació el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), una reforma parcial e insuficiente, no porque así se haya concebido, sino porque fue el resultado de una negociación entre gobierno y sindicatos en un momento en el que el movimiento obrero todavía constituía un elemento clave en la estrategia electoral del partido oficial. La reforma fue aprobada oficialmente el 24 de febrero de 1992, y se extendió el día siguiente al ISSSTE donde todavía queda vigente. El SAR representa 2% de la nómina, y está enteramente pagado por los empleadores y depositado en cuentas individuales en los bancos escogidos por cada empresa. La ley especifica un rendimiento mínimo de 2% real,¹² y permite retiros parciales en caso de cesantía.

Habría que esperar el siguiente periodo presidencial para que de nuevo se planteara, esta vez con mayor voluntad política por parte del gobierno, la individualización y priva-

¹² Estipulación que no aparecerá en la ley de 1996, como veremos.

tización del sistema de pensiones del IMSS. En un principio, no puede afirmarse que la reforma fuera una respuesta directa a un momento de crisis económica, dado que empezó a conformar la agenda del candidato presidencial del PRI, Ernesto Zedillo, desde temprano en la campaña electoral. Sin embargo, no cabe duda de que la reforma planeada era parte de una estrategia de conjunto para sacar al país del marasmo económico en el que se encontraba al final de 1993.¹³ Con un sistema de capitalización se esperaba lograr mayor autonomía de la economía mexicana con respecto a las inversiones externas de corto plazo, y crear un instrumento de captación del ahorro nacional confiable, para ser canalizado por los bancos nuevamente privatizados. Entre tanto, había surgido la debacle financiera de diciembre 1994, la cual reforzó estos imperativos, y abrió un nuevo periodo de extrema austeridad presupuestaria, cerrando toda posibilidad de paliar el déficit creciente del SIVCM con los métodos habituales de incrementar la deuda externa. Para entonces, la reforma del IMSS se había vuelto más una necesidad financiera que previdencial.

La propuesta de ley fue precedida oficialmente de un *Diagnóstico* publicado en marzo de 1995, documento que exponía las dificultades financieras del sistema de jubilación, afirmando que “en el sistema actual, ni siquiera cotizando al tope máximo durante 40 años se logra formar un fondo suficiente para financiar la pensión mínima de un asegurado casado” (IMSS, 1995). En realidad, las operaciones diagnóstico y reforma fueron simultáneas. El texto de la nueva ley estaba siendo redactado y concertado a puerta

¹³ El muy anunciado milagro salinista no había dado los frutos esperados, a pesar de la firma en 1993 del Tratado de Libre Comercio de América del Norte. En 1993, el crecimiento económico había bajado a 0.4 por ciento.

cerrada al mismo tiempo que se elaboraba el *Diagnóstico*, pudiéndose presentar en la Cámara de Diputados en septiembre de 1995, a escasos seis meses de la publicación de éste. Contrariamente a lo que había sucedido con la propuesta del SAR, el (CT) ya no se opuso, convirtiéndose incluso en el defensor más convencido de la propuesta gubernamental. Pasado el periodo electoral en el que el voto obrero había sostenido al PRI en el poder, la capacidad de regateo del avejentado líder vitalicio de la Confederación de los Trabajadores de México (CTM) estaba poco menos que agotada.¹⁴ Esto no impidió, empero, que la CTM se atribuyera los cambios concedidos en 105 de los 305 artículos del proyecto de ley (incluyendo los que favorecían a los empleadores). En realidad, la mayoría de las propuestas de cambio fueron hechas por la dirigencia del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS), algunas por los diputados del PRD, y otras cuantas por diputados del Partido de Acción Nacional (PAN) (Ulloa Padilla, 1996).

Con el apoyo previamente concertado del CT y de los grupos patronales, la intención gubernamental era que se adoptara el proyecto de ley sin cambios, con la ayuda de la mayoría priista en las dos cámaras. La reacción combativa del SNTSS y la oposición tanto del PAN como del PRD (por distintas razones), sorprendieron al equipo gubernamental. Sería inútil entrar aquí en el detalle de todos los cambios que se negociaron (y que se analizan en Sáenz Garza, 1996). Gran parte de éstos eran intentos por parte de los redactantes del proyecto de ley de recortar derechos, pero se toparon con suficiente oposición para que el gobierno ce-

¹⁴ El referido líder sindical, Fidel Velásquez, había estado a la cabeza de la Confederación Mexicana de los Trabajadores de México desde los años cuarenta, y tenía alrededor de 95 años de edad en 1994. Murió en 1997.

diera. El debate más candente, que se analiza en el próximo apartado, fue sobre los artículos 89 y 213, respectivamente de reversión de cuotas y de subrogación de servicios, que abrían la posibilidad de privatización de los servicios de salud del IMSS. De hecho, la fuerte movilización del SNTSS en contra del proyecto se centró en estos artículos.¹⁵

El segundo tema de gran controversia fue sobre quién manejaría las cuotas obrero-patronales. La iniciativa gubernamental dejaba fuera al IMSS del cobro, administración o distribución de las cuotas, y entregó estas funciones a la iniciativa privada. Mientras tanto, el presidente afirmaba en sus discursos públicos, que el Seguro Social no se privatizaría, lo cual no era del todo inexacto, considerando que lo que se estaba privatizando no era el IMSS mismo, sino el mecanismo de captación y administración de las cotizaciones. El IMSS seguía siendo de dominio público, pero amputado de la mitad de sus atribuciones. Al final, se aceptó que el IMSS se encargara del cobro de las cuotas obrero-patronales, y estatales del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, pero que depositaría dichas cuotas en las respectivas cuentas individuales que los cotizantes tendrían en las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afores).

Lo que quedó, una vez asentado el polvo de las protestas y de los regateos, fue un sistema de pensiones que priorizaba el principio de capitalización pero conserva algunos rasgos de un sistema de reparto. La NLSS consta de seis seguros: 1. Riesgos de Trabajo; 2. Enfermedades y Maternidad; 3. In-

¹⁵ No todas las excepciones a la Nueva Ley del Seguro Social (NLSS) fueron discutidas en el Congreso. Quedó acordado fuera del ámbito legislativo que por contratos colectivos, los trabajadores afiliados al SNTSS que siempre se habían beneficiado (también por contratos colectivos) de condiciones de retiro mejores que las de los trabajadores del sector privado afiliados al IMSS, seguirían recibiendo los mismos beneficios.

Cuadro 2. Componentes de la Ley del Seguro Social y de la Nueva Ley del Seguro Social

<i>Ley del Seguro Social</i>	<i>Nueva Ley del Seguro Social</i>
1. Enfermedades y Maternidad	1. Enfermedades y Maternidad
2. Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte	2. Invalidez y Vida
3. Riesgos de Trabajo	3. Riesgos de Trabajo
4. Guarderías	4. Guarderías y Prestaciones
5. Sistema de Ahorro para el Retiro	5. Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez

validez y Vida; 4. Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez; 5. Guarderías y Prestaciones Sociales; y 6. Gastos Médicos para Pensionados (artículo 11, NLSS). Esto sustituye la estructura anterior que constaba de: 1. Enfermedades y Maternidad; 2. Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (que incluía los gastos médicos para pensionados); 3. Riesgos de Trabajo; 4. Guarderías; y 5. Sistema de Ahorro para el Retiro (cuadro 2). En el primer año de su operación, se ha calculado que los fondos de retiro se sumarían a unos 30 mil millones de pesos, o casi el 2% del PIB, y que para 2010, constituirían el 25% del PIB.

EL SISTEMA DE PENSIONES DE LA NLSS

Un cambio de suma importancia para el nivel de vida futuro de los trabajadores asegurados es el salto de 500 a 1 250 semanas de cotización que condiciona el derecho a la pensión (a los 60 años para cesantía y a los 65 años para retiro). Para la gran masa de los trabajadores sujetos a un mercado laboral tan estrecho y precarizado como mal remunerado, éste es el cambio más restrictivo con respecto al régimen

anterior, aunque sus efectos no serán perceptibles hasta el 2010-2015. En efecto, para los trabajadores afiliados anteriormente a 1997, la NLSS permite optar entre el régimen antiguo y el vigente.

El alargamiento del tiempo de cotización debería dar mayor solidez financiera al sistema conforme el supuesto (poco realista) de que la mayoría de los trabajadores inscritos cotiza en forma cotidiana. Pero representa un reto muy fuerte, quizás insuperable, para la mayoría de los trabajadores en el contexto mexicano actual y futuro próximo. Es todavía difícil pronosticar cuántos años de vida laboral real serán necesarios para acumular 24 años de cotización, pero no es difícil adivinar que una alta proporción de trabajadores, particularmente mujeres, jamás llegará a acumular lo suficiente para obtener una pensión vitalicia.¹⁶

Para abrir posibilidades a los cotizantes de permanecer en el sistema de retiro durante los periodos que estén fuera del mercado formal, la NLSS establece también la opción de afiliación voluntaria, principio que había existido en la ley

¹⁶ En previsión de tales dificultades, la NLSS ofrece la posibilidad de recibir la totalidad de las sumas ahorradas en el momento de la jubilación si ésta tiene lugar antes de haberse cumplido las 1 250 semanas, o 10 por ciento del depósito de 45 días después de cada cesantía, una vez cada cinco años, si se cumplieron por lo menos 250 semanas de cotización. Asimismo, en caso de matrimonio, el cotizante que haya cumplido con 150 semanas de cotización podrá retirar el equivalente de un mes de salario. Aunque los documentos de difusión de la reforma alegan que estas reglas son más justas que las del régimen anterior, porque no dejan sin pensión al jubilado que no cumplió el tiempo de cotización mínimo, no dejan de ser sumamente restrictivas en relación con el mercado laboral actual y pronosticado para los años venideros. Por tanto, es de esperarse que el nivel de pensiones de los asalariados de bajos ingresos que ya no tendrán posibilidad de optar por el antiguo régimen empeorará en el futuro.

anterior, pero que de hecho no se había aplicado más que para algunas categorías laborales.¹⁷

El segundo cambio importante afecta más al IMSS que directamente a los trabajadores. En efecto, la reforma mantiene una estructura solidaria, administrada por el IMSS, para los rubros que desde antes eran deficitarios (el seguro por invalidez y muerte), y crea un sistema de capitalización administrado por bancos y compañías de seguros privadas para los de cesantía y vejez, que tradicionalmente habían tenido un superávit. En el cuadro 3 se detallan los cambios realizados y la proporción de la nómina que corresponde a cada rubro. En la mayoría de los documentos publicados para informar al público,¹⁸ se hace hincapié en que tanto en el viejo sistema como en el vigente a partir de 1997, se suman a 8.5% de la nómina los rubros que corresponden a

¹⁷ El costo de esta afiliación voluntaria, misma que incluye el seguro de enfermedad y maternidad, era relativamente bajo (\$2 700/año en 1997), pero representaba una suma cuantiosa para la mayoría de los trabajadores informales, sobre todo tomando en cuenta el hecho de que deberían pagarlo en un solo pago anual (aproximadamente 270 dólares a una tasa cambiaria de 10 pesos por dólar, equivalente a tres salarios mínimos), en vez de los pagos mensuales y automáticos de los afiliados obligatorios. Pero a partir de 2001, el seguro voluntario se encareció al grado de ser prohibitivo para la mayoría de los trabajadores cesados o del sector informal, salvo los mejor remunerados, como los transportistas.

¹⁸ Por ejemplo el documento del IMSS (sin fecha) editado por el doctor Gabriel Martínez, intitulado *Aportes al debate, la seguridad social ante el futuro*, o el documento (igualmente sin fecha pero emitido a mediados de 1998) y también editado por el doctor Gabriel Martínez, intitulado *Evidencias para el debate, Resultados y perspectivas financieras de la seguridad social*. Un tercer tipo de documento es el suplemento especial publicado en la primavera de 1997 por la revista *La Gaceta de Economía*, del Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM), en el que colaboraron funcionarios de los principales organismos que participaron activamente en apoyar la reforma (Secretaría de Hacienda, Consar, Infonavit, etcétera).

invalidez, cesantía en edad avanzada vejez y muerte para la ley derogada, e Invalidez y Vida más Cesantía y Vejez en el nuevo sistema. Sin embargo, si examinamos con más cuidado el desglose de cada uno de estos rubros en el cuadro 3, observamos que, en comparación con la estructura de cotización anterior, el rubro de Invalidez y Vida ha bajado de 3% a 2.5% de la nómina. Esto es algo grave, dado que el rubro Invalidez está particularmente cargado en la situación actual. Según *Aportaciones al debate* (IMSS, s.f.), entre 1981 y 1994 las pensiones por invalidez concedidas por el IMSS aumentaron proporcionalmente de 35.05% a 43% del gasto total en pensiones pagadas (excluyendo el gasto por viudez y orfandad), cifra mucho más alta que las equivalentes en otros países que oscilan entre 10 y 30% (IMSS, s.f.: 69-70). En 1996 había 780 000 pensiones correspondientes a invalidez y muerte, contra sólo 475 000 correspondientes a retiro y 265 000 a riesgos de trabajo (de Sales Sarrapy *et al.*, 1997:33). El documento agrega que “de no darse una reducción importante en la incidencia de la invalidez, que puede ser paulatina pero debe ser sostenida, el régimen de seguridad social será inviable bajo cualquier escenario razonable de primas o administración de la reserva” (*Ibid.*, 70-71). Aparentemente, la NLSS logra de entrada una reducción de este gasto, al reducir el tamaño del pastel por distribuirse entre los pensionados por invalidez. La segunda medida para reducir ese gasto es la pensión extremadamente exigua que se otorga en tales casos: 35% del salario promedio ganado en las últimas 500 semanas, sin ajuste alguno por inflación.

Otro cambio que llama la atención en la estructura de cotizaciones es el aumento aparente en la NLSS de la aportación por concepto de vejez y cesantía en edad avanzada que pasa de tres a 4.5% (cuadro 3). En realidad no son comparables las dos cotizaciones: en la LSS, la aportación de 3% por concepto de cesantía y vejez (como parte de la IVCN) es neta

**Cuadro 3. Aportaciones al Sistema de Pensión del IMSS
(Porcentaje nómina)**

<i>Administrador de Fondos</i>	<i>Antes de la reforma</i>	<i>Con la reforma</i>
IMSS	IVCM: Vejez y Cesantía 3.0 Incapacidad y Muerte 3.0 Gasto médico de pensión 1.5 Gasto administrativo: 0.6 Asistencia social 0.4	IV: Invalidez y Vida 2.5 Gasto médico de pensión 1.5
Bancos privados	SAR: 2.0 INFONAVIT: 5.0	
Afores		RCV: 4.5* SAR Retiro: 2.5 SAR Vivienda: 5.0 Cuota social: 1.5-2**
Total de aportaciones	15.5	17.5
Total patrón	12.95	12.95 (74%)
Total empleado	2.125	2.125 (12.15%)
Total gobierno	0.425	2.425 (13.85%)

* De este 4.5% se deducen las comisiones de las Afores, quedando neto entre 3.6% y 2.52 por ciento.

** 5% del salario mínimo. Actualmente se estima entre 1.5% y 2% del salario promedio.

Fuentes: IMSS, CONSAR, Zarpa *et al.*, 1997.

de gastos administrativos que se contabilizan aparte en 0.6%. En la NLSS, en cambio, de la aportación de 4.5% enunciada deben restarse los gastos administrativos cobrados por las Afores.¹⁹ De estas cantidades deben, además, restarse las comisiones de los seguros a quienes se encargará el pago de las rentas vitalicias, mismas que no aparecen contabilizadas en ningún documento. Lo que queda para el beneficiario al final de la complicada estructura organizacional y financiera que canaliza sus ingresos, como más adelante veremos, son escasos 70 a 75% de lo que se habrá depositado en su cuenta individual.

Un tercer cambio que se debe considerar es el aumento en la aportación del gobierno federal en el sistema de pensiones. En efecto, con una participación de 2.425 puntos en el total de 17.5 puntos porcentuales de la nómina cotizante según la NLSS, la participación porcentual del gobierno federal es de 13.85%, lo cual contrasta con su participación anterior de 5% para el periodo de 1986 a 1996 (cuadro 1).²⁰ Vale la pena recordar, empero, que este aumento en la participación estatal puede considerarse una recuperación de

¹⁹ Es de notarse que aun el gasto administrativo más bajo entre las afores rebasa en 50% el del IMSS en la ley anterior, mientras que el más alto equivale a 3.3 veces ese gasto. Posteriormente en 1997, las afores bajaron sus comisiones, pero siguieron en niveles más altos que la cuota correspondiente en el IMSS del régimen anterior. Éstas van de un mínimo de 0.9 a un máximo de 1.99% de la nómina (Laurell, 1997). Por tanto, la cotización neta a vejez y cesantía en la NLSS va de 3.6% (correspondiendo a la comisión más baja) a 2.52% (correspondiendo a la comisión más alta). En el primer caso, la aportación es más elevada que en la ley anterior, y en el segundo es más baja.

²⁰ Estos cálculos se basan en la estimación en 1997 de la "cuota social" a un 2% de la nómina. Dado que ésta representa 13.9% del salario mínimo del Distrito Federal del 1 de enero de 1997 actualizado con base en el Índice Nacional del Consumidor, ha ido bajando desde entonces en la medida que la reevaluación de dicho salario ha sido más lenta que la de los salarios de los cotizantes.

su nivel anterior a la crisis de los años ochenta más que un aumento en términos absolutos.

La participación del gobierno en el nuevo sistema de pensiones no se limita a su cotización en el sistema de capitalización. Se hace, además, responsable del pago de la totalidad de las pensiones del antiguo régimen, lo cual representa una carga fiscal sumamente pesada, dado que no sólo tiene que pagar las pensiones de los jubilados en 1996, sino también de la cohorte de los trabajadores inscritos en el IMSS antes de 1997, y que, por lo tanto, pudieron optar por los beneficios del antiguo régimen.²¹ En segundo lugar, las aportaciones obligatorias de los patrones y de los trabajadores son libres de impuesto, por lo que el gobierno federal gasta en este rubro el monto de los impuestos no recaudados.²² En cambio, los retiros de los ahorros son gravables. Por último, el Estado garantiza una pensión mínima en el nuevo régimen, equivalente a un salario mínimo vitalicio, nivel que representa la pensión mínima existente *de facto* en el régimen derogado. Para obtenerla, el cotizante posterior a 1997 tendrá que haber cotizado más del doble.

Uno puede preguntarse por qué ha sido necesario construir un sistema de administración financiera tan oneroso para los diferentes aportantes al retiro del asegurado. La respuesta tiene que ver con la necesidad de crear un sistema en el que sean protegidos al máximo los aportes de los cotizantes en un país donde los fraudes y colapsos bancarios se han vuelto sumamente frecuentes. Estas considera-

²¹ Basándose en cálculos emitidos en 1997, Martínez (1997:148) estimó que el costo de las pensiones en curso y de la transición (trabajadores que optan por el antiguo régimen) sólo para el año de 1997 fue de aproximadamente 1 039 millones de dólares, correspondiendo al 0.263 del PIB.

²² Las aportaciones voluntarias de los trabajadores son sujetas al impuesto, pero a una tasa más baja que la normal. En cambio, la acumulación de intereses no se fiscaliza.

ciones se basan en la mala experiencia que se ha tenido con la administración directa del SAR por parte de los bancos, programa que ha tenido que rescatar el gobierno en 1994 y en 1998, con la insolvencia de 14 de los 18 bancos mexicanos reprivatizados. Para colocar un candado entre las administradoras de fondos y los fondos mismos, se crearon las Sociedades de Inversión Especializadas en Fondos de Retiro (Siefores), que retienen los fondos, y las afores, que los administran. Las afores son reglamentadas por la Comisión Nacional de Sociedades de Administración de Retiro (CONSAR). La afiliación a las afores es obligatoria, y los cuentahabientes tienen el derecho a cambiar de afore una vez al año, si quedan insatisfechos con los servicios. El IMSS sólo funge como recaudador de los fondos y como agente capacitado para auditar y obligar los trabajadores y a los patronos a cumplir con sus obligaciones.

Una de las lagunas en la NLSS es la reglamentación de las afores que se encarga a la CONSAR. Éstas, por ejemplo, pueden escoger la forma en que cobran sus comisiones, sea sobre flujos, saldos acumulados o dividendos obtenidos. La mayoría ha optado por cobrar sobre flujos de depósitos, por lo que se ve protegida de los vaivenes del mercado que sólo las afectan indirectamente en función del número de sus cotizantes y de las cantidades que éstos depositan. En cambio, los trabajadores están totalmente expuestos a los altibajos del mercado nacional, dado que sus depósitos en las Siefores (netos de las comisiones) están totalmente sujetos a las buenas o malas decisiones de inversión que éstas hayan hecho. El principio del mercado opera sobre las afores solamente si los trabajadores trasladan sus ahorros a las menos voraces en cuanto a comisión o más exitosas en sus elecciones de inversiones. Esto supone mucha sagacidad por parte de éstos, y gran transparencia en la comunicación de resultados por parte de dichas administradoras, ambos supuestos claramente poco realistas.

Para limitar las posibilidades de inversiones especulativas, las siefores deben limitarse a inversiones "seguras", como los títulos gubernamentales, y de empresas paraestatales, acciones de empresas, algunos instrumentos privados de deuda, o títulos de renta fija. Sin embargo, la inversión en títulos de otras siefores es permitida, lo cual resulta altamente endogámico. Además, la ley no fija ningún rendimiento mínimo, contrariamente al SAR que estipulaba un rendimiento mínimo de 2% arriba de la tasa de inflación. Las inversiones extranjeras en las siefores no son permitidas, a menos de que el emisor sea mexicano, pero las afores pueden tener hasta 49% de accionistas extranjeros, y hasta 100% en el caso de procedentes de países con los cuales México haya firmado un tratado internacional, por ejemplo Estados Unidos, Canadá y los países miembros de la OCDE. Existen también requisitos de información sobre la composición del portafolio de las afores y de los rendimientos obtenidos, pero tales requisitos son frente al CONSAR, quedando los cuentahabientes sin muchas posibilidades de comparar rendimientos entre distintas afores.

Como era previsible, este sistema de capitalización ha sido muy redituable para los accionistas de las siefores (que reciben dividendos en función de los flujos de capital), pero muy poco para los trabajadores depositantes. Tal resultado era previsible, dado que los dividendos obtenidos por las inversiones efectuadas difícilmente podían rebasar las comisiones leoninas que cobran las afores. En efecto, para obtener un superávit, las siefores tienen que obtener intereses superiores a 1.6% (la comisión mediana), lo cual no se ve tan fácil, dado que deberá restringirse a inversiones de corto plazo y rendimiento fijo que son las más seguras, pero cuyos intereses suelen ser muy bajos. En tal escenario, la comisión de la afore absorberá de 30 a 80% de los intereses generados. En épocas de altos intereses, que son malos para las empresas, se acercará a 30%, y el cotizante tendrá un

buen ritmo de apreciación de su capital. En cambio, en coyunturas de bajos intereses, significando una buena época para las empresas productoras, la mayor parte del interés generado por la inversión será absorbido por la comisión bancaria, por lo que los cotizantes al sistema de pensiones del Seguro Social se convertirán en prestamistas a muy bajas tasas de interés de las empresas nacionales. Por tanto, la perspectiva de crecimiento económico estable significará, para ellos, un fuerte estancamiento en sus depósitos, y por consiguiente malos pronósticos para su jubilación.

En resumen, desde la perspectiva de los trabajadores afiliados al Seguro Social, el nuevo sistema de pensiones trae ciertas ventajas con respecto al anterior, como menor tasa de cotización en relación con el patrón y el gobierno, la posibilidad de optar por el sistema derogado durante la transición, la garantía de una pensión mínima dentro del tiempo requerido de cotización, y la flexibilidad de la ley que permite completar años faltantes con la afiliación voluntaria, o retirar fondos en momentos de desempleo. A la vez, las perspectivas de estos cotizantes de obtener algo más que la pensión mínima no son halagadoras, y es muy largo el tiempo de cotización para obtener este beneficio mínimo. El éxito o fracaso del sistema de las afores depende de si hay crecimiento, y así se amplía la oferta de empleos, y si los salarios se recuperan en el largo plazo con respecto a los precios. Si, por el contrario, los salarios permanecen bajos y la creación de empleos es escasa, como ha sucedido de hecho entre 1996 y 2006, las aportaciones a las cuentas individuales tienen que seguir siendo modestas, por lo que las pensiones obtenidas al final de 1 250 semanas no podrán ser sustancialmente más altas que las del antiguo sistema.

Para el gobierno, la reforma hizo todavía más precarias las finanzas estatales presionadas por el alto costo (más de lo que se había previsto) de la transición, el rescate del desplome bancario de 1998, y del pago del rescate internacio-

nal de 1995. Por fortuna, el alza espectacular del precio internacional del petróleo, una vez más, vino a salvar al gobierno de la bancarrota. Pero desde los primeros años de la reforma, analistas más sobrios que los portavoces de la reforma (Chávez, 1998) anunciaban resultados modestos. También era previsible una crisis financiera del IMSS (oficialmente declarada en 2003-2004), dado que la única partida no deficitaria de su estructura presupuestal se había canalizado a la empresa privada.

En resumen, no era demasiado complicado prever que con salarios deprimidos, empleo escaso e inestable, e imposibilidad de mantener altos niveles de rendimiento en las inversiones de los fondos de retiro, no podía esperarse un milagro económico de la reforma, ni tampoco una mejora sustantiva en los niveles de las pensiones.

LA REFORMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO

La reforma de los servicios de salud en el IMSS

El antecedente de la reforma del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) es una pérdida paulatina de base de cotización, consecuencia del estancamiento económico. Durante la parte medular de la crisis de los años ochenta (1982-1987), fue bajando el número de afiliados al IMSS, al mismo tiempo que aumentando la proporción de salarios bajos entre ellos, y la proporción de derechohabientes que efectivamente utilizaban los servicios (Hernández-Laos, 1987).²³ Esto se vio reflejado en la baja en términos reales

²³ En efecto, en tiempos de mayor prosperidad, entre 10 y 25% de los derechohabientes del Seguro Social (o del ISSSTE) prefieren utilizar servicios médicos privados, por lo que crean un recurso adicional para la institución que utiliza sus cuotas para los asegurados menos afortunados. En tiempos de recesión, empero, esta tendencia se invierte, y las instala-

del gasto en seguridad social de 57.40 a 44.15 millones de pesos (de 1980) entre 1980 y 1987. Entre 1982 y 1987 los asegurados crecieron a una tasa promedio del orden de 5%, mientras que los recursos cayeron en 41% (Martínez, 1997). Paralelamente, fue aumentando la proporción de la población económicamente activa no asalariada, de 1% en 1981 a 16.5% en 1989, y 25.5% en 1993 (Ciemex-Wefa, 1995). Más adelante el gasto en salud volvió a subir, rebasando su nivel de 1980 en 1990. Sin embargo, la tendencia a la baja volvió a presentarse con la crisis de 1994-1995, con una caída de 4.13% en el número de asegurados (*Ibid.*).

Dos temas fueron centrales en los debates sobre la reforma del SEM: la reversión de cuotas y la subrogación de servicios. En la propuesta inicial de la NLSS, se hacía mención, en el artículo 89, de la posibilidad de abrir más la fórmula de reversión de cuotas en favor de empresas privadas, que en la ley anterior había estado limitada a los patrones que ya contaban con instalaciones de servicios médicos y hospitalarios. En los hechos, esta disposición había sido aprovechada únicamente por el sector bancario, aunque éste no tenía instalaciones propias, sino contratos con varias empresas privadas de consultas ambulatorias y de hospitalización.²⁴

La reversión de cuotas pura y simple constituye una derogación al principio de solidaridad entre los derechohabientes, por lo que suscitó una acalorada controversia en la discusión de la NLSS. En la ley derogada, por ejemplo, se consideraba la cotización promedio correspondiente a tres salarios mínimos el punto de equilibrio para poder ofrecer

ciones se saturan de demandas aunque pueda haber un número menor de derechohabientes (y por tanto menos recursos).

²⁴ El sector bancario ha sido tradicionalmente privilegiado entre los empleados del sector privado, al grado de tener su propio salario mínimo por arriba del salario mínimo general.

los servicios de salud a la totalidad de los derechohabientes sin importar sus aportaciones. Por tanto, si se llegara a depositar la totalidad de las cuotas de los asegurados con salarios relativamente altos en empresas privadas (procedimiento que sería muy parecido al que se practica en Chile con las Isapres), el SEM quedaría desfinanciado, lo cual sería contraproducente, si con la reforma se pretende hacerlo autosuficiente. Alternativamente, se manejó la posibilidad de que la reversión de cuotas solamente se hiciera con lo que sobrara de las cotizaciones sobre tres salarios (por ejemplo, la reversión correspondiente a un salario mínimo general, SMG, para los trabajadores que ganan cuatro SMG, a dos SMG para los que ganan cinco, etcétera), lo cual sería seguramente considerado como demasiado poco por las empresas privadas que recibirían dichas cuotas excedentarias.

El segundo artículo que suscitó una gran oposición por parte del SNTSS en los debates parlamentarios sobre la NLSS fue el 213 que se refiere a la posibilidad de que los convenios de subrogación con empresas privadas que existían en el rubro de guarderías se aplicarán también al SEM. La ley derogada estipula que sólo puede subrogarse la cuota de guardería a patrones que tengan guarderías en sus establecimientos. Los opositores de la nueva ley (principalmente el SNTSS, y el PRD) argumentaron que aceptar la propuesta gubernamental en estos dos artículos era equivalente a privatizar los servicios de salud de la seguridad social. Sin llegar a esta conclusión tajante, no cabe duda de que tal reforma, si eventualmente se aprobara (cosa que siempre es posible, pero menos políticamente probable que en 1997), allanaría el terreno para romper las barreras entre lo privado y lo público, al permitir que las empresas privadas compitan con las públicas en el ámbito de los servicios de salud. Tal situación, a su vez, haría factible la implementación de la fórmula propuesta por la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) de crear "paquetes universales"

para ser ofrecidos indistintamente por empresas privadas o públicas, además de paquetes “mejorados” para los que pueden pagar más.²⁵ Tal arreglo lograría el ideal de la competencia regulada abogado por el equipo gubernamental que lanzó la reforma.

En todo caso, ante la fuerte oposición del SNTSS a estas dos propuestas, el gobierno dio marcha atrás, quedando los artículos 89 y 213 sin cambios respecto de la ley derogada. Esto no significó, empero, que se abandonara el proyecto de reversión de cuota o subrogación de servicios, sino que se le encargara al Centro de Estudios Estratégicos del IMSS, CEDESS (especie de *think tank* que llevaba a cabo estudios para esta institución en los noventa, pero que fue disuelto en 2000). Aunque oficialmente no se resolvió el asunto, ya existen casos de sindicatos, como el de los telefonistas que, al mismo tiempo que pertenecen al IMSS, han contratado una empresa privada para los servicios de salud de sus afiliados. Paralelamente, se han subrogado algunos servicios *de facto* en el IMSS (principalmente de laboratorios), haciendo caso omiso de la NLSS.²⁶ Por tanto, es poco probable que el gobierno vuelva a poner la discusión en el tapete dado que tales violaciones a la ley no han despertado protestas públicas.

La NLSS que finalmente se aprobó deja intacto el principio solidario del SEM, pero no así su financiamiento. La reforma tiene dos propósitos: lograr la autosuficiencia financiera de este rubro que tradicionalmente se ha apoyado en el IVCM para cubrir sus gastos, y ampliar la base de cotización incorporando a los trabajadores del sector informal con un esquema de seguro voluntario. La prima total del SEM pasó de 12.5 a 13.5% de la nómina. Esto se subdi-

²⁵ Véase Fundación Mexicana para la Salud, 1994.

²⁶ Entrevistas de la autora y colegas en Oaxaca, Guanajuato y Sonora en 1998-1999.

vide en la aportación del Estado que pasa de 5% a aproximadamente 41.5%,²⁷ o más de ocho veces que en la ley derogada (cuadro 4). El patrón, por su parte, aporta una cuota única por la misma cantidad que el Estado y deja 17% de cotización al trabajador (en vez de 25% previo). Para trabajadores que ganan arriba de tres salarios mínimos, se cubre una cuota adicional de 6% sobre excedentes para el patrón, y de 2% para el trabajador.

La baja en la cuota patronal supone responder a la necesidad de no inhibir la creación de empleo, y evitar las tradicionales subdeclaraciones por parte de los empresarios. A largo plazo, sin embargo, la cuota patronal fue aumentando hasta alcanzar 20.4% del salario mínimo general para el D. F., en 2007 (Martínez, 1997). Los opositores de la reforma consideraban que la postura del gobierno en sus esfuerzos por relanzar la inversión nacional era de franco subsidio de la iniciativa privada. Sin embargo, no está del todo claro, que estas medidas venzan las resistencias patronales a pa-

Cuadro 4. Seguro de enfermedad y maternidad en el IMSS

<i>Periodo de gobierno</i>	<i>Contribución</i>	<i>Prima sobre nómina</i>		<i>Distribución de las primas</i>	
				<i>Patrón</i>	<i>Trabajador</i>
Hasta 31/12/1996	Tripartita	12.5	8.75 (70%)	3.125 (25%)	0.625 (5%)
Desde 1/1/1997	Tripartita	13.5	5.60 (41.5%)	2.29 (17%)	5.60 (41.5%)

Fuente: elaboración propia.

²⁷ 13.9% del salario mínimo general del D.F., indexado al Índice Nacional de Precios al Consumidor.

gar las cuotas que les corresponden, dado que es siempre más barato subdeclarar que declarar, y que el gobierno prefiere cerrar los ojos que perseguir las violaciones.

La reforma ha querido compensar, con la inclusión del sector laboral informal, las pérdidas en cotizantes del sector formal, inaugurando en 1997 el Seguro de Salud para la Familia que abrió las puertas del IMSS a los trabajadores informales con una cotización inicial de 1 620 pesos al año.²⁸ Para una alta proporción de la población en esta categoría laboral, esto representaba una suma cuantiosa, muy superior a lo que pagarían si tuvieran estatus de empleado con la misma cotización. Esto es así no solamente porque el afiliado voluntario debe pagar la cuota del empleado junto con la del patrón, sino también porque no recibe la que el gobierno otorga a los afiliados obligatorios. En efecto, si consideramos a una persona que gana un salario mínimo en el sector formal, pagaría 73 centavos diarios para su SEM (y de sus familiares dependientes), o 21.9 pesos mensuales (2.29% de la nómina). Esta misma persona, en el sector informal, tendría que pagar 135 pesos mensuales. Para que esta cuota se acerque a la de un trabajador formal, tendría que ganar más de seis salarios mínimos, algo que pocos trabajadores informales en ocupaciones lícitas logran en México. Desde la perspectiva del IMSS, abrir las puertas de la institución conforme estas modalidades no representaba en principio ningún riesgo, porque era autofinanciable, siempre y cuando no fueran familias muy grandes ni muy susceptibles a enfermedades las que selectivamente se inscriban. Los hechos comprobaron lo opuesto. Se inscribieron pocas familias, pero con grandes necesidades de servicios, por lo

²⁸ Precios de 1997. A este seguro puede agregarse la cotización al Retiro, Cesantía y Vida (RCV), en forma voluntaria.

que se reformó la base de cotización en 2001 para compensar las pérdidas en el rubro.

Con estas medidas no se acabó la reforma de los servicios de salud en el Seguro Social. Por un lado se ha llevado a cabo, desde 1995, un proceso de descentralización, agrupando a las delegaciones estatales en siete regiones. La intención es lograr acuerdos de gestión con las unidades de servicios dentro de estas regiones para mejorar su desempeño. Por otro, se han hecho intentos de racionalizar el procedimiento de consulta por medio de un "modelo de servicios integrales de salud" diseñado por el Centro de Estudios Estratégicos. Pero dicho modelo no se ha instrumentado más que en algunos lugares, y es probable que el proyecto no tenga seguimiento, dado que dicho centro desapareció en 1999. A principios de 2000 el IMSS estuvo nuevamente emprendiendo un vasto proyecto de reforma interna para incrementar su eficiencia, con la ayuda de un financiamiento del Banco Mundial, sin efectos importantes en los beneficiarios. No obstante, en 2003-2004, el informe anual del IMSS publicado en los periódicos daba cifras alarmantes sobre su situación financiera. En su informe anual de 2002-2003 el IMSS afirma: "Después de cubrir las obligaciones de ley para subsidios y ayudas, y los costos del régimen de jubilaciones y pensiones, los recursos disponibles por derechohabiente para [...] medicamentos, conservación, equipamiento y ampliación de la capacidad de atención se reducen año tras año. A partir de 2020 ya no habría ningún recurso disponible, imposibilitando la prestación de servicios" (*Reforma*, 2 de julio de 2003).

En resumen, en 2006 no encontramos todavía propuestas muy novedosas para encarar los problemas heredados de épocas anteriores en el SEM, salvo el incremento muy alto en la participación del Estado, y el intento fallido de incorporar a los trabajadores informales en la seguridad social. Algunos críticos de la reforma afirman que la reestructura-

ción financiera no alcanzará más que para los gastos corrientes, y será insuficiente para los gastos de inversión (Laurell, 1996). Quizás lo que debemos recordar, cuando evaluamos los intentos por hacer más eficiente al sistema, es que los modelos de contención de costos que se importan para llevar a cabo esta tarea no fueron diseñados para países como México, en los que los gastos de salud, lejos de ser inflados, como en Estados Unidos, son, de hecho, extremadamente bajos. Si todavía persisten los esfuerzos para abaratarlos aún más, es debido a la extrema pobreza fiscal en la que ha caído el Estado mexicano tras tres crisis profundas y esfuerzos para salir de ellas que no han dado prioridad a la sustentabilidad financiera del IMSS ni tampoco al bienestar de la población.

LA REFORMA DE LA SALUD PARA LA POBLACIÓN NO ASEGURADA

Los servicios de salud para la población no asegurada en México (también llamada "población abierta") se dividen entre la Secretaría de Salud (SSA), el programa IMSS,²⁹ y el Departamento del Distrito Federal. La cobertura efectiva de la población abierta es difícil de calcular. Aunque estos tres ámbitos institucionales tengan a su cargo más de 40% de la población, el porcentaje de los flujos financieros que les correspondieron entre 1992 y 1994 se sumaron a 13% de los recursos totales en salud, en comparación con 43% para la seguridad social, 42% en servicios privados, y 2% en servicios subrogados a empresas (Hernández *et al.*, 1997). En

²⁹ Fundado en 1978 como parte de un paquete de beneficios a la población marginada con el nombre IMSS-Coplamar; bautizado IMSS-Solidaridad en 1989; IMSS-Progresista de 1974 a 2000 y probablemente será rebautizado en 2007.

1996 el gasto *per capita* en pesos corrientes fue de 1 452 en el IMSS, contra 385 para la SSA, 163 para el IMSS Solidaridad y 289 para el Departamento del Distrito Federal (Hernández *et al.*, 1997). En el año de 2003, el IMSS gastó *per capita* 2 543 pesos, el ISSSTE 1,636, las Fuerzas Armadas 3,139 y la SSA y el IMSS Oportunidades juntos 1 204 (IMSS, 2003) (cuadro 5). Estas cifras expresan elocuentemente las profundas inequidades que caracterizan a los servicios de salud en México.

Se puede decir que, en el pasado, prácticamente la totalidad del esfuerzo de reforma que se ha llevado a cabo en el sector de los servicios de salud no asegurado se ha orientado hacia cambios administrativos destinados a generar recursos fiscales adicionales y hacer más eficiente el sistema, sin que necesariamente cambiara la naturaleza ni la calidad de los servicios ofrecidos a la población. La tendencia general de las reformas de tipo administrativo desde los años ochenta ha sido hacia responsabilizar a los estados de la República por una mayor proporción de los gastos en salud a poblaciones abiertas, y otorgar a sus autoridades mayor poder discrecional sobre la distribución del gasto en salud. Es solamente en los años noventa cuando se planteó, desde la Secretaría de Salud, la definición de un “paquete básico” de intervenciones que representa una reforma sustantiva en la atención a la población abierta.

Cuadro 5. Distribución del gasto en salud, 2003

<i>Institución</i>	<i>Total</i>	<i>Per capita</i>
a. Asegurados:		
• IMSS	105 859 633 368	2 543
• ISSSTE	16 756 676 128	1 636
• Pemex y Fuerzas Armadas	8 260 466 707	3 139
b. No asegurados		
• SSA e IMSS-Oportunidades	59 875 265 341	1 204

Contrariamente al sistema de seguridad social que prácticamente no cambió durante la década de los años ochenta (salvo en la distribución de la carga fiscal entre los socios tripartitos); este decenio presenció un importante esfuerzo reformista que intentó resolver algunos de los problemas más antiguos del sector de la salud y de la seguridad social mexicano.³⁰ La intención fue crear un Sistema Nacional de Salud (SNS) que superara las divisiones internas del sector e hiciera más universalmente accesibles los servicios de salud. Bajo los principios generales de 1) modernización administrativa; 2) sectorización; 3) coordinación intersectorial; 4) descentralización; y 5) participación comunitaria, se lanzó un vasto programa de reformas estructurales. Además, en 1984 se modificó el artículo 4o. de la Constitución de 1917, elevando al rango constitucional el derecho a la protección a la salud, y se aprobó la Ley General de Salud.

¿Cuál era el propósito de la reforma? Definiendo un rango de lo más a lo menos, puede decirse que buscaba, a lo más, integrar el sector salud con el fin de lograr una distribución más equitativa de los recursos, y colocar a la SSA como indiscutible cabeza de sector. Lo menos que se buscaba obtener era una mejor organización administrativa por medio de la descentralización; una mejora en la coordinación intrasectorial; y el reforzamiento de la posición normativa de la Secretaría. Para realizarse plenamente, este proyecto requería el fin del corporativismo basado en el sindicalismo oficial, lo cual era poco más que un imposible en estos años. La coyuntura, además, era la más inadecuada para avanzar en tales metas: no era políticamente tolerable arriesgar al provocar una insurgencia obrera en un momento

³⁰ El origen de estas iniciativas está en la Coordinación de los Servicios de Salud, organismo creado a finales de los años setenta por el presidente López Portillo, encargando su dirección al doctor Guillermo Soberón.

en que los movimientos populares estaban en pleno auge (Brachet-Márquez, 1996:200-213), sobre todo después del sismo de 1985 que incrementó la militancia de éstos. Además, los sindicatos no eran los únicos adversarios de la integración; las empresas privadas tampoco deseaban abandonar la posición de liderazgo que su participación en el Seguro Social les había proporcionado. El proyecto también requería mucha mayor capacidad administrativa de la que tenía la SSA o los estados en aquel momento, y de una mayor fuerza de negociación a nivel de gabinete.

El proyecto de descentralización también se enfrentó con la fuerte oposición del IMSS, dado que inicialmente incluía la entrega a la Secretaría de las instalaciones (y fondos) del IMSS-Coplamar. La idea era crear nuevas entidades, los llamados Sistemas Estatales de Salud, que sustituyeran a los servicios coordinados de la SSA, y al IMSS Coplamar. En el caso de este último, incluso, la misma población usuaria beneficiada se oponía al cambio, y lo manifestó con protestas públicas, hecho explicable dado que los beneficios ofrecidos por la SSA eran menores que los del IMSS-Coplamar.³¹ Se logró descentralizar solamente 14 de los 31 estados, quedando bloqueado el proceso hasta finales del sexenio del presidente Miguel de la Madrid (1982-1988). Al finalizar el sexenio, el IMSS había entregado sólo 28% de sus unidades.

³¹ El IMSS-Coplamar, creado durante el auge petrolero, se había financiado con dineros públicos en 60%, y en 40% por recursos propios del IMSS (no casualmente, el fondo de pensiones). La cesión del programa a la SSA implicaba que ésta recibiría la aportación gubernamental, pero no la del IMSS, por lo que no podía ofrecer los mismos beneficios. En particular, tanto las consultas como los medicamentos eran gratuitos en el IMSS Coplamar, mientras que tenían que pagarse en la SSA. Además, los centros de salud del IMSS Coplamar tenían personal de planta, lo cual aseguraba su permanencia, mientras que en la SSA se utilizaban médicos en servicio social con alta rotación y ausentismo.

La llamada “sectorización” también quedó corta, cuando el secretario de Salud no fue incluido más que como uno de los 12 miembros entre los representantes tripartitas del IMSS, y uno entre los demás miembros del Gabinete de Salud en el nivel nacional. Mientras tanto, como todas las partidas del gasto social, los presupuestos de la SSA habían sufrido un descenso vertical en cerca de 40%. Ofrecer servicios adecuados bajo estas restricciones era un reto prácticamente inalcanzable, por lo que se deterioraron tanto las instalaciones como los salarios del personal y los servicios. Para la población abierta esta época fue de trastornos, deterioro en calidad y encarecimiento de los servicios (al aumentar las llamadas “cuotas de recuperación”), a pesar de su participación activa en labores de construcción y mantenimiento de la planta física (lo que se entendía por “participación comunitaria”).

A pesar de las dificultades encontradas, el periodo 1982-1988 ha sido fundamental para los sucesos siguientes: asentó las bases jurídicas de los cambios venideros, y sirvió de laboratorio de las reformas que vendrían en el sexenio siguiente. En particular, el reconocimiento jurídico, en la nueva ley, de la existencia del sector privado como componente del sector preparó la reformulación de la relación entre lo privado y lo público, que llegaría más adelante hasta las propuestas de subrogación, como se señaló en el apartado anterior. En cambio, el derecho constitucional a la salud quedó en el nivel retórico, dado que no se establecieron mecanismos que obligaran al Estado a garantizarlo.³²

³² Esto es el caso de todos los “derechos” establecidos por la Constitución de 1917, que no son aplicables a menos de que una ley los especifique y que esta ley sea “reglamentada”. Los casos más clásicos son los derechos constitucionales contenidos en el artículo 123 de la Constitución, que esperaron varios decenios, por ejemplo el derecho a una “vi-

Entre 1988 y 1994 no se presentan nuevas fórmulas de reforma sino que se generalizan los esfuerzos por impulsar la descentralización de los servicios de salud de la SSA, y ampliar la cobertura,³³ no obstante que queda pendiente el proyecto de integrar el IMSS-Solidaridad (el nombre nuevo del IMSS-Coplamar) a los sistemas estatales, por lo que cesa temporalmente la tirantez entre el IMSS y la SSA que la reforma había exacerbado. Por su parte, el IMSS lleva a cabo una descentralización propia, dividiendo el país en delegaciones estatales relativamente autónomas, pero que responden a la dirección nacional del Instituto. Quizás la única iniciativa reformatoria nueva durante este periodo es la horizontalización de los programas verticales tales como el sarampión o la malaria, que son entregados a los estados (sean éstos descentralizados o no), a pesar de las insuficientes capacidades de un gran número de ellos para llevarlos a cabo, y las resistencias de su personal a incorporarse a las jurisdicciones estatales.³⁴ Durante este periodo la partici-

vienda digna" que se hiciera realidad para los obreros del sector privado con la creación en 1972 del Instituto del Fondo Nacional para la Vivienda de los Trabajadores (INFONAVIT).

³³ El Programa Nacional de Salud 1990-1994 (SSA, 1991) planteaba como objetivos generales: 1) fomento a la cultura de la salud; 2) acceso universal a los servicios de salud con equidad y calidad; 3) prevención y control de enfermedades y accidentes; 4) protección del medio ambiente y saneamiento básico; 5) contribución a la regulación del crecimiento demográfico; y 6) impulso a la asistencia social. Las estrategias propuestas para alcanzar estos objetivos eran: 1) coordinación funcional del Sistema Nacional de Salud; 2) fortalecimiento de los sistemas locales de salud; 3) descentralización de los servicios de salud; 4) modernización y simplificación administrativa; 5) coordinación intersectorial; y 6) participación de la comunidad.

³⁴ Algunos analistas, entre ellos López Arellano (1992, p. 175), opinan que el desmantelamiento apresurado de estos programas para su horizontalización repercutió en el recrudecimiento del paludismo y de las

pación del gasto en salud en el PIB disminuye de 2.5% a 1.3%, para terminar en 1.7% en 1990 (Salinas de Gortari, 1990). Se redujeron también los presupuestos de servicios de salud destinados a la población abierta. Al mismo tiempo se incrementó la participación financiera de los estados en la salud, por lo que empezaron a diferenciarse los estados ricos de los pobres.³⁵ Para remediar parcialmente este problema se inicia en 1991 el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población no Asegurada (PASSPA) que repartió 250 millones de dólares (provenientes de préstamos internacionales) entre los cuatro estados más pobres (Chiapas, Oaxaca, Guerrero e Hidalgo) y el D. F., para servicios a la población marginada.

Con el Programa de Reforma del Sector Salud (Poder Ejecutivo Federal, 1996) inscrito dentro del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 encontramos, además de la reiteración de metas y programas anteriores, dos reformas importantes: la elección del médico familiar en los lugares donde existen alternativas (fundamentalmente las ciudades) para incrementar la "competencia interna", y la definición de un "Paquete Básico de Servicios de Salud" dentro de los objetivos de ampliar la cobertura y la equidad, y favorecer la horizontalización de los servicios.

El criterio de competencia interna se declara idóneo para la "población con capacidad de prepago", la que puede incorporarse a la seguridad social (en el régimen obligatorio o voluntario), mientras que se reconoce la responsabilidad del Estado hacia los pobres rurales y marginados urbanos sin capacidad de prepago (que, sin embargo, deben pagar medi-

enfermedades respiratorias agudas, enteritis y otras enfermedades diarreicas, así como en la epidemia de sarampión de 1988-1989.

³⁵ Laurell y Ruiz (1996) hacen una recopilación detallada de los recursos de cada estado para 1992. Los datos revelan gran desigualdad entre las entidades federativas.

cinas y “cuotas de recuperación”). En el caso de esta población, la existencia de fuentes alternativas de servicios en el mismo lugar, lejos de considerarse señal de sana competencia interna, es tachada de ineficiencia y despilfarro. De esta manera, el Sistema Nacional de Salud queda oficialmente separado entre las instalaciones y los servicios destinados a las personas con capacidad de prepago, y los que se ofrecen a la población pobre (de pago subsidiado por evento). Sin embargo, debe anotarse que contrariamente a lo que sucede en algunos países que siguen este mismo esquema, la parte del aparato sanitario destinada a las primeras no está en manos de empresas privadas, aunque en el futuro es probable que se incorpore una parte de la medicina privada de prepago a la seguridad social conforme a esquemas de subrogación parecidos a los ya existentes para el sector bancario. De hecho, el texto de la reforma afirma la necesidad de una mejor interacción con la medicina privada (SSA, Documento Modsist, 7 de septiembre de 1995). Pero esto, a la vez, significa que el Estado no funge como coaseguro implícito de los seguros privados, como es el caso en los países donde la seguridad social ha sido totalmente privatizada.

La solución propuesta para la ampliación de la cobertura a los 10 millones de personas que se estimaba que habían quedado sin servicio alguno fue la fórmula de la distribución por unidades móviles de un Paquete Básico (PB) de intervenciones. Esta reforma se benefició de un préstamo de 450 millones de dólares del Banco Mundial.³⁶ La re-

³⁶ El PB, originalmente propuesto por la Fundación Mexicana para la Salud, contenía 24 intervenciones básicas seleccionadas sobre la base del peso de la enfermedad y el costo-efectividad de dichas intervenciones, de las cuales la SSA seleccionó solamente 12: 1) saneamiento; 2) planificación familiar; 3) atención prenatal, del parto y puerperio y del recién nacido; 4) vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil; 5) inmunizaciones; 6) manejo de casos de diarrea en el hogar; 7) tratamiento

forma previó que el PB sería completamente financiado por los estados a partir del año 2000, y que el déficit en cobertura sería corregido en 93%. Las regiones cubiertas por el IMSS-Solidaridad estaban incluidas, en principio, pero la administración y operación del PB se hizo por separado por IMSS y por los estados.

En cierto sentido, el texto de la reforma consagró la división que siempre había existido entre seguridad social y servicios a la población abierta, pero con matices distintos: se declaró más incluyente la seguridad social (aunque *de facto* no pudo serlo), e “integrado” el subsector destinado a la población de recursos escasos bajo la autoridad de los gobiernos estatales.

La SSA quedaba así liberada de sus obligaciones de servicio, teóricamente, pudiendo concentrarse en su función normativa y rectora del Sistema Nacional de Salud.

Como siempre sucede con los grandes planes, la realidad es algo diferente. Primero, no existen indicios claros de que la situación real de la SSA como cabeza de sector haya cambiado con respecto a periodos anteriores sino que quedó como cabeza del subsector de los programas de salud para los pobres. Segundo, el llamado Sistema Nacional de Salud es un escudo simbólico detrás del cual persisten las escisiones de antaño, modificadas y “modernizadas” por las reformas lanzadas desde los años ochenta. Tercero, los sistemas estatales de servicios de salud están lejos de haberse consolidado, y en muchos casos se encuentran en condiciones fiscales críticas, con escasas posibilidades de ampliar local-

antiparasitario a las familias; 8) manejo de infecciones respiratorias agudas; 9) prevención y control de tuberculosis pulmonar; 10) prevención y control de la hipertensión arterial y de la diabetes mellitus; 11) prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones; 12) capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud. Cada uno de estos rubros tiene especificadas, a su vez, las acciones comprendidas en ellos.

mente sus recursos.³⁷ Por tanto, si no se inyectaban nuevos recursos fiscales, no se podía esperar grandes mejoras en la cobertura efectiva o la eficiencia con respecto a esquemas pasados. Cuarto, al igual que el derecho a la salud, la aplicación del PB no constituye una obligación estatal jurídicamente definida con base en la cual los usuarios puedan hacer demandas si no se cumple. Al empezar el sexenio de Vicente Fox (2000-2006), los centros de salud y hospitales que pertenecen a los sistemas estatales seguían saturados de demandas de toda clase (dentro o fuera del PB), subabastecidos, carentes de personal y equipo, y sujetos a altas tasas de rotación. Indudablemente los centros del IMSS-Solidaridad también habían resentido los efectos de la pobreza fiscal creciente de la institución, pero seguían siendo manejados por personal de planta, y continuaban recibiendo medicamentos en forma regular.³⁸ Es muy probable que una vez

³⁷ En un estudio del Instituto Nacional de Salud Pública llevado a cabo en 1998-1999 se demuestran las grandes diferencias entre los estados en las posibilidades de generar fondos adicionales para cubrir sus necesidades, así como en la voluntad política de hacerlo. Hay indicaciones de que los mayores esfuerzos provienen de estados en los cuales la gobernatura ha sido ganada por partidos de la oposición al PRI. En Gonzalez-Block *et al.* (1997), se calculó el rango de participación fiscal de los estados en el gasto de salud de la población abierta (incluyendo las cuotas de recuperación pagadas por los usuarios) de 3% para Baja California Norte a 471% para San Luis Potosí, con un promedio nacional de 68% y una mediana de 45%. Diez de los 31 estados aportan sólo de 3% a 26 por ciento.

³⁸ En un diagnóstico que la propia SSA llevó a cabo, se reveló que la carencia de recursos humanos, o la falta de participación comunitaria han sido producto de la ineficiente operación de los centros de salud, a pesar de los esfuerzos por fortalecer los SILOS (Gonzalez-Block, 1997). En la operación de las unidades móviles del PB se incluye personal voluntario de las comunidades y pasantes de medicina o enfermería en periodo de servicio social, lo cual implica, inevitablemente, alta rotación y altos niveles de ausentismo, por las mismas razones que en los centros de salud ahora manejados por los estados.

agotados los recursos del Banco Mundial, el programa de unidades móviles siga el mismo camino de un intento idéntico en los años setenta. Como consecuencia inevitable de estas condiciones, los sistemas estatales de salud proporcionan generalmente servicios de baja calidad, y en condiciones sumamente difíciles, tanto para el personal como para los usuarios.

De este panorama poco alentador salió, empero, a partir de 2003, una importante innovación en materia de servicios de salud: el Seguro Popular (SP), el inesperado seguro para los no asegurables. Esta reforma, abogada desde la Secretaría de Salud, estableció un sistema de servicios de salud y medicamentos para la población abierta que consiste en un plan de prepago escalonado en función de la capacidad económica de la población de bajos ingresos y gratuito para ciertos grupos focalizados de pobres sin empleo formal. Para pertenecer al sistema, los estados debían firmar voluntariamente un convenio con el gobierno federal, cosa que no se hizo esperar, incluyendo el Distrito Federal que, por tener su propio sistema de servicios de salud gratuitos se había inicialmente mostrado reacio a pertenecer al programa. Para 2005 todos los estados habían firmado el convenio, aunque no todas las localidades dentro de éstos recibían los servicios.

A pesar de tratarse de un programa todavía reciente, se ha podido documentar que el gasto de bolsillo por concepto de salud se ha reducido en 25% aproximadamente en los hogares que cuentan con Seguro Popular, principalmente por la mayor disponibilidad de medicamentos en las unidades de salud (Nigenda, 2005). Su potencial debilidad estriba en que sus centros de servicios deben apoyarse en infraestructuras anticuadas y generalmente poco dinámicas, con graves problemas de moral entre sus empleados y serias lagunas en cobertura efectiva de servicios. Sin embargo, se espera que la inyección de los nuevos recursos pre-

supuestales asociados con el programa logren subsanar una situación nacida de la pobreza fiscal del sistema mexicano de salud pública. Los recursos destinados a financiar el SP provienen principalmente de los presupuestos públicos, nacional y estatales. Si bien algunos son nuevos (aproximadamente 45%), otros son los que llegaban para la atención a las personas no aseguradas, y ahora son reorientados hacia el SP (Nigenda, 2005). En otras palabras, aproximadamente 55% de los recursos canalizados hacia el SP representan vinos viejos en botellas nuevas. No obstante, podrán crecer en el futuro mientras se mantenga el consenso político en el nivel parlamentario, y se apliquen principios racionales en su gestión administrativa. Igualmente indispensable para el futuro del programa es una reforma fiscal, si bien ha fracasado dos veces durante el sexenio del presidente Vicente Fox (2000-2006). Si estas condiciones óptimas no se sostienen en futuros sexenios, el programa podrá ser fácilmente atacado y socavado. Esto se debe a su dependencia para la renovación anual de su financiamiento de una base fiscal suficiente, y de un voto aprobatorio por parte de un Congreso de la Unión que, por su falta de experiencia en la democracia, ha demostrado en más de un caso su poca capacidad de sacrificar los intereses partidarios para resolver los problemas apremiantes del país.

Debemos recordar que pese a que el SP representa un esfuerzo y un avance considerables, este paquete no podrá ser universal a menos de que la totalidad de la población esté en capacidad de afiliarse, lo cual no será posible mientras algunas zonas (las más inaccesibles y pobres), carezcan de instalaciones mínimamente aceptables para ofrecer los servicios que promete el SP (Laurell, 2005; Nigenda, 2005).³⁹ Esto significa una nueva segmentación de la pobla-

³⁹ Éste es uno de los problemas que señala la doctora Cristina Laurell, secretaria de Salud del Distrito Federal entre 2000 y 2006, en la entre-

ción sin seguridad social entre los afiliados al SP y los que no lo son, en particular la población indígena que radica en zonas muy alejadas de las instalaciones cubiertas por el SP. Esta situación implica el riesgo de que los afiliados al SP (así como los focalizados en los programas de combate a la pobreza) sean privilegiados en la atención y los suministros de medicamentos, en detrimento de la calidad y la igualdad en la atención para aquellas personas no asalariadas y aun no afiliadas al SP.

Estas características conllevan el riesgo de alejar este programa de la esencia del derecho a la salud que, en principio si no en la realidad, es su universalidad y su gratuidad. Esto dejaría a México en desventaja en comparación con otras estrategias nacionales e internacionales de cobertura universal, como el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Distrito Federal en México, o los sistemas de salud de Costa Rica y de Cuba (Salud Pública de México, 2005).

VIENDO HACIA EL FUTURO

¿Cuáles escenarios futuros prefiguran las reformas de la salud y seguridad social que hemos analizado? En el contexto nacional actual el debate acerca de éstas ha tendido a ser a la vez polarizado y maniqueo. Durante los años de la década de 1990, los portavoces gubernamentales y secretarías de estado responsables de estas políticas difundían un discurso que daba por hecho resultados que sólo podían producirse en el muy largo plazo, y en condiciones muy selectivas (de creación de empleo, crecimiento económico, reforma fiscal, etcétera) que, a fin de cuentas, no llegaron a produ-

vista que le hizo a principios de 2005 la revista *Salud Pública de México* (Salud Pública de México, 2005).

cirse. Según este discurso la descentralización inevitablemente acercaba los sistemas de salud de las necesidades sentidas de la población y permitía más participación ciudadana en la elaboración de las políticas de salud; los gobiernos estatales descentralizados tendrían mayores recursos de los que les podía proporcionar la federación; la clase trabajadora era capaz de generar los ahorros que las capas sociales más privilegiadas no habían podido (o querido); los sistemas de pensión de capitalización funcionarían mejor que los de reparto; los bancos privados eran mejores administradores que las instituciones públicas, etcétera. Por su parte, los opositores a estas reformas lamentaban la desaparición de un sistema de seguridad social supuestamente universal, pero que de hecho nunca había logrado serlo; afirmaban las bondades sin límites de los sistemas públicos de reparto de pensión y de provisión de servicios de salud; planteaban, para restablecer el *status quo*, metas de política económica utópicas (por ejemplo, una tasa de crecimiento anual sostenida de 5%); satanizaban al gobierno por su penuria fiscal; y negaban *a priori* los beneficios potenciales de la descentralización en vez de proponer condiciones en las cuales pudiera ser de beneficio. Finalmente, y esto es lo más vulnerable de esta posición ideológica, los opositores de las reformas disfrazaron de ideología universalista sus intereses gremiales estrechos, y callaron sus críticas cuando sus privilegios les fueron restituidos.⁴⁰ En un caso se han negado las evidencias contrarias al discurso oficial, mientras que en el otro se ha abogado por el regreso a un sistema que había dejado de funcionar hacía mucho tiempo. En ambos

⁴⁰ Me refiero aquí al hecho de que el SNTSS dejó de oponer objeciones a la NLSS en cuanto se le aseguró que sus agremiados seguirían recibiendo su pensión de 145% de sus salarios. Este privilegio fue rescindido en 2004.

se ignoraban las restricciones que imponía la extrema escasez de recursos financieros, las rigideces burocráticas heredadas, y las rivalidades intrasectoriales que persisten hasta hoy. Los argumentos se han construido y defendido no para lograr un resultado determinado, sino para defender posiciones político-institucionales. Sobre todo, en ambos casos, se ha tendido a ignorar lo que los usuarios de los servicios y sistemas de retiro realmente han vivido y sentido en el pasado, lo que viven y sienten en el presente, y de qué manera estas vivencias fueron afectadas por las decisiones, tanto buenas como malas de sus gobernantes.

Después de seis años de un gobierno encabezado por un partido distinto al que había lanzado las reformas, la forma de hacer política en México ha cambiado considerablemente: se ha hecho más conflictiva pero también más transparente. Criticar las acciones gubernamentales ya no se considera un acto de traición sino un comportamiento normal, un derecho, y hasta un deber democrático. En tal ambiente, ya no será posible imponer reformas desde arriba con discursos simplistas y engañosos preparados por organismos prestamistas. A la vez, tampoco será fácil encontrar un consenso multipartidario para concertar programas nuevos o reformar los existentes. Al aproximarse la fecha de relevo del gobierno de Vicente Fox cuando se escribió este capítulo, es evidente que los rubros de salud pública y seguridad social tendrán que ser reexaminados cuando llegue al poder, en diciembre de 2006, un nuevo equipo gubernamental.

VIII. CONCLUSIONES Y PRONÓSTICOS

VIVIANE BRACHET-MÁRQUEZ*

Como se pudo observar en los capítulos anteriores, los sistemas de salud y pensiones avanzan y se reforman a diferentes ritmos en cada país. Para actualizar el estado de los mismos y comparar y discutir avances, retrocesos y nuevas propuestas, los autores de este libro nos reunimos en un coloquio académico en el mes de septiembre de 2004 en El Colegio de México, al cual asistieron personas de los ámbitos académico y político-administrativo mexicano.¹ Este capítulo se nutre en buena medida de esas discusiones y de los nuevos aportes de los autores respecto a los resultados actualizados de la reforma en cada uno de sus países en particular, y en América Latina en general.

Hay consenso entre los estudiosos de las reformas sobre la necesidad de hacer los sistemas de salud y pensiones más eficientes, más equitativos, de mejor calidad y con menor costo para el Estado. Sin embargo, después de dos décadas de resultados poco alentadores en los intentos de lograr estas mejoras, se consolida la crítica sobre las reformas que

* El Colegio de México.

¹ El Coloquio, Revisando las reformas sociales de la década del 90 en América Latina, se llevó a cabo con motivo de los treinta años del Centro de Estudios Sociológicos (CES) de El Colegio de México, los días 27 y 28 de septiembre de 2004.

se llevaron a cabo en América Latina en estos sistemas, así como los supuestos que les sirvieron de base. El blanco de estas críticas son las políticas del Banco Mundial que influyeron de manera preponderante en las tendencias de la mayoría de las reformas hacia la privatización y la capitalización individual en el ramo de las pensiones y, en salud, hacia la definición de paquetes básicos, el aseguramiento como estrategia para universalizar los servicios de salud focalizados en la población más pobre, la inclusión del sector privado en la administración de los recursos y la prestación de los servicios, y la libre elección como motor de la competencia, la eficiencia y la calidad.

IMPORTANCIA DE LOS CONTEXTOS

Si bien las fórmulas para reformar los sistemas de salud y pensiones se enunciaron como únicas y aplicables para todos, éstas se han implantado de manera diversa, en una variedad de contextos nacionales, de circunstancias económicas y sociales, y grado de concertación entre el Estado reformador y los grupos de poder en la sociedad (como partidos, sindicatos, empresarios, etcétera). Las diferencias se han manifestado tanto en la definición como en el desarrollo de las reformas, el tipo de intervención del Estado y el grado de cambio en la participación pública y privada que se adoptó. Influyeron, en particular, el nivel de desempleo, la cobertura previa de salud y seguridad social, y la situación económica y política de cada país en el momento de la reforma. El proceso, en su conjunto, se desarrolló en dos etapas. Primero las reformas neoliberales propiamente dichas, que se difundieron gradualmente en los países durante las últimas dos décadas del siglo XX, excepto en el caso de Chile donde empezaron una década antes con la dictadura del general Pinochet; y segundo, la etapa reciente del debate sobre la necesidad de reformar las reformas, y las prime-

ras medidas que se han tomado desde 2000. Las diferencias en los tiempos deberían haber propiciado que las iniciativas más recientes se hayan valido de los errores cometidos por los pioneros, como Chile y Colombia. Sin embargo, las presiones por obtener los préstamos gancho del Banco Mundial, así como la fe ciega en la capacidad del mercado de resolver los problemas más apremiantes bloquearon, en la mayoría de los casos, el trabajo evaluativo crítico que se debería haber llevado a cabo.² Encontramos, por tanto, que muchos errores fueron repetidos, en algunos casos incluso con la conciencia de seguir un ejemplo (particularmente el de Chile), pero acriticamente. La excepción fue Costa Rica, que tomó la precaución de experimentar la privatización en forma piloto por medio de empresas cooperativas sin fines de lucro, pero que al evaluar su desempeño decidió no privatizar la totalidad de su sistema, cuando se descubrió que dichas empresas eran más costosas y menos eficientes que el sistema público existente (Homedes y Ugalde, 2004).

Algunas variantes en la aplicación de las reformas

- *Participación social en las reformas:* en algunos países las reformas fueron lanzadas por decreto presidencial en tiempos de dictaduras militares, como en Chile. En tales casos, las decisiones se tomaron sin mayor participación social (Filgueira, 2004) pero cuidando de no tocar los privilegios del gremio médico que veía en la reforma una amenaza; en otros fueron adoptadas en virtud de la relación de sumisión entre el ejecutivo y el partido hegemónico en el Congreso, pero sin un consenso social y político amplio,

² En realidad hubo críticas acertadas de la experiencia chilena, pero en los círculos gubernamentales de los países de la región, éstas fueron totalmente desconocidas.

como en México; en otros pocos, las reformas fueron producto de una concertación social más amplia y un regateo parlamentario muy reñido, como en el caso de Argentina; en el caso de Brasil, el contexto pos-dictadura propició que los grupos de la sociedad civil defendieran el derecho a la salud gratuita y universal y a un amplio sistema de pensiones.

- *La privatización* se ha incluido en todas las reformas en mayor o menor grado, principalmente en el área de pensiones, siendo Chile el país en donde más se favoreció al sector privado. Esta privatización se ha introducido mediante: *a)* contratos del sector público con el privado para determinados procedimientos o poblaciones (por ejemplo, la subrogación del IMSS de México al sector privado para algunos sindicatos, como los telefonistas); *b)* la apertura a la oferta de seguros médicos privados que compiten o se complementan con los públicos, y *c)* la organización del sector público con la lógica mercantil del sector privado, privilegiando la microeconomía del costo/beneficio, con frecuencia en detrimento de la calidad.
- El sistema chileno es el que más ha favorecido a las aseguradoras privadas que manejan el ramo de la salud, las cuales pueden derivar los pacientes más riesgosos al sistema público, aplicando una selección adversa en detrimento de las finanzas públicas. En México, el sector de los seguros privados de salud es aún débil frente al público, pero la descentralización y la redefinición de la ley de salud abrieron las puertas a la posibilidad de contratación del sector público con el privado. El caso de Brasil demuestra que hay alternativas a la propuesta del Banco Mundial al lograr un equilibrio entre lo público y lo privado con un sistema único de salud sin aseguramiento ni focalización de beneficiarios. Sin embargo, la docto-

ra Laura Tavares lamentaba en 2004 que los gobiernos de Collor de Melho y Fernando Henrique Cardoso hayan desmantelado parcialmente lo que había creado el consenso de 1987-1988, y que el gobierno de Lula no haya logrado reconstruirlo.

- *La privatización en pensiones* ha optado entre: a) la sustitución del régimen público solidario de beneficios fijos por uno individual de beneficios inciertos, que elimina la posibilidad a los de nuevo ingreso de afiliarse al sistema de reparto, como en México, Chile y Colombia, y b) el modelo mixto de una pensión mínima básica universal con fondos públicos y un ahorro voluntario privado, complementario, como en Brasil y Argentina.
- Otros ejemplos interesantes no estudiados en este documento son Colombia y Costa Rica. Colombia aplicó la política del mercado regulado de los servicios de salud del Banco Mundial pero con mayor regulación y menos privilegios para el sector privado que en el modelo chileno. En aras de evitar la segmentación por clase que resultó de la reforma chilena, se planteó un sistema único con aseguramiento universal (que aún no logra instrumentarse plenamente) de aplicación gradual para los trabajadores informales, sin pre-existencias ni selección adversa, y con un plan único, tanto para las aseguradoras privadas como para las públicas. El modelo costarricense es paradigmático porque ha logrado resistirse a los embates de estas políticas y mantener su sistema único de salud y de pensiones. Sin embargo, el Banco Mundial ha presionado a ese país para introducir una reforma neoliberal, forzándolo a aceptar un préstamo sobre salud como condición para obtener otro solicitado, como una manera de abrir la puerta a las reformas introducidas en otros países

(Homedes y Ugalde, 2005). Hasta este momento, empero, Costa Rica ha logrado conservar el sistema más eficiente de América Latina sin intervención externa.

- Mesa-Lago y Bertranou (1998) afirman que los planteamientos del Banco Mundial tendieron a generalizar una visión sobre los sistemas de pensiones latinoamericanos que ha hecho hincapié en una falsa dicotomía entre regímenes de reparto y los de capitalización individual, soslayando la existencia de una tercera alternativa que se ubica en una posición intermedia: la capitalización parcial colectiva. Como explican los autores, ciertas características de los sistemas de reparto los hacen vulnerables a la disminución de la relación entre activos y pasivos para responder a riesgos en el largo plazo como las pensiones, sobre todo en el contexto latinoamericano de la década perdida y las repetidas devaluaciones que erosionaron los fondos de pensión. Sin embargo, la individualización de las cuentas y el paso a un sistema de beneficios indefinidos no es la única solución. La solución propuesta por la OIT es el método llamado de *prima media escalonada*, consistente en la acumulación de reservas durante un periodo inicial de 15 a 20 años, complementado por una evaluación actuarial para determinar la necesidad o no de incrementar el nivel de la contribución a futuro. Por tanto, es un sistema de contribución indefinida, pero de beneficio definido, que incluye la creación de cuentas individuales para complementar el sistema de reparto.
- *Cobertura sanitaria de los diferentes grupos sociales.* Las diferencias entre países se reflejan también en la amplitud de los planes de beneficios en salud, y el tipo de población beneficiaria. Chile es el país

con mayor número de planes privados (más de mil), pero la mayoría de la población sigue en el sector público, por falta de capacidad de pago. México tiene cuatro planes distintos de cobertura sanitaria: 1) el de la seguridad social completa para los trabajadores formales (pero con cuatro planes, todos distintos en niveles de beneficios); 2) los servicios de salud ofrecidos por IMSS-Oportunidades y las secretarías estatales de Salud a las poblaciones rurales y urbanas sin seguro; 3) el Seguro Popular lanzado como programa piloto en 2001 y hecho ley a partir de 2003;³ y 4) los seguros privados para personas con elevada capacidad de pago o para grupos de funcionarios privilegiados. En Argentina, las obras sociales atienden a los empleados formales de las distintas ramas de la industria (pero con diferencias entre una y otra Obra Social, como vimos), y los seguros privados a quienes tienen capacidad de pago. Vale la pena recordar que en estos tres países sigue existiendo población sin aseguramiento que es atendida en el sector público, pero generalmente con grandes restricciones en la cantidad y calidad de los servicios, debido a la pobreza fiscal de éste relativamente a los sectores de la seguridad social. De los cuatro casos estudiados, Brasil es el único con un sistema integral de salud que, en principio (aunque no siempre en los hechos) da cobertura a toda la población, aunque ahí también existen los seguros privados complementarios.

³ La cobertura total de la población no asegurada espera ser lograda para 2010 con el Seguro Popular, siempre y cuando se cuente con el apoyo político que garantice la recaudación y la asignación de recursos federales suficientes para lograrla de manera real y con servicios de buena calidad.

- *Los regímenes de pensiones.* Los trabajadores informales de bajos ingresos sin capacidad de ahorro que conforman un porcentaje muy alto, y en algunos casos creciente de la población de América Latina, siempre han estado excluidos de la posibilidad de tener una pensión, aun los que se han suscrito voluntariamente a la seguridad social. Incluso entre los trabajadores formales, la cobertura de la seguridad social ha disminuido, debido al aumento del desempleo, como muestra Mesa-Lago (2004). El desempleo ha hecho vulnerables los sistemas de pensiones individuales, limitados además por su poca flexibilidad para la diversificación de la inversión del dinero captado. En vez de mejorar las posibilidades de jubilarse para los privilegiados que han logrado permanecer en la seguridad social, las pensiones individualizadas las han disminuido con las exigencias de periodos mucho más largos de cotización. Dadas las crecientes precariedad e irregularidad del empleo en América Latina, es probable que los sistemas de seguridad social permanezcan en situaciones críticas mientras funcionen únicamente sobre la base del salario (bajo e irregular) como fuente de financiamiento. Es poco alentador el ejemplo del Instituto Mexicano del Seguro Social que desde 2003 se volvió a declarar en estado de crisis financiera, apenas seis años después de la gran reforma que iba a resolverlo todo.

LAS PROMESAS NO CUMPLIDAS

Los supuestos que dieron base a las reformas se han ido desmitificando, o al menos modificando, no sólo desde los grupos de investigadores y críticos nacionales e internacionales (Mesa-Lago y Bertranou, 1998; Orzag y Stiglitz, 1999; Mesa-Lago, 2004a, 2004b; Holzmann y Hinz, 2005; Homedes

y Ugalde, 2005) sino desde el propio ministerio de salud chileno (Ministerio de Salud, República de Chile, 2003) y, *last but not least*, el mismo Banco Mundial que en 2005 reconoció las imperfecciones del mercado en materia de seguridad social y la necesidad de tener en cuenta las circunstancias de cada país (Banco Mundial, 2005). Entre las promesas no cumplidas, las principales son:

- La empresa privada generalmente no ha resultado más eficiente ni ha otorgado servicios de mejor calidad. También padece los males de la corrupción y las prácticas ilegales o antiéticas en detrimento de la calidad de los servicios y del erario público. La principal trampa ha consistido en derivar al sector público los pacientes discapacitados, mayores de 60 años, o con enfermedades de alto costo y larga duración, como en Chile, o como en los seguros privados de los cuatro países. Sobre estas empresas, los Estados han ejercido un escaso poder regulatorio y de supervisión, debido a la fe ciega del modelo neoliberal en las virtudes ilimitadas del mercado.
- La cobertura de la seguridad social no se ha ampliado en la magnitud esperada por diferentes razones, tales como la escasa capacidad de contribución de la población debida al aumento del desempleo y del empleo informal, el bajísimo nivel de los salarios reales (como política para atraer la inversión extranjera que, empero, prefiere China), la incapacidad financiera del Estado para subsidiar a quienes lo requieren, y la falta de voluntad política para priorizar la inversión y el gasto social. En un estudio de doce países latinoamericanos, sólo cuatro garantizan una pensión mínima y ésta es muy baja. La ampliación de la cobertura de la seguridad social reorientando hacia la demanda los recursos que antes se entrega-

ban para la oferta de servicios públicos forma parte de la lógica del mercado. Su aplicación, si bien ha permitido ampliar esta cobertura, conlleva el riesgo de descuidar la oferta de servicios para aquellos que aún no tienen acceso a los diferentes planes ofrecidos.

- El ahorro nacional derivado de las cuentas individuales de pensiones no aumentó en forma notoria como se había previsto, debido a altas tasas de desempleo, salarios bajos y la falta de rendimiento de las empresas que manejan los fondos de pensiones, mismas que crecen y se hacen ricas simplemente por recibir los capitales, y no sobre la base de los dividendos obtenidos para los asegurados. Se necesitarán cuarenta años, argumentan Orzag y Stiglitz (1999) y Mesa-Lago (2004), para ver (si acaso) el efecto positivo sobre el ahorro nacional de la privatización de las pensiones. Mientras tanto, el costo de la transición es extraordinariamente alto, y recae sobre un aparato estatal de por sí fiscalmente debilitado por dos décadas de crisis de la deuda y varios escándalos financieros.⁴
- La competencia entre empresas para captar los ahorros de los trabajadores no ha reducido los costos administrativos del manejo de las pensiones debido a la falta de regulación adecuada de las comisiones, de las primas y de la publicidad, entre otras razones.
- La descentralización, que en la mayoría de los países ha llegado al nivel municipal, se ha llevado a cabo sin tener en cuenta las particularidades de los mu-

⁴ Como la desaparición del Fondo Interbancario común de liquidez (FOBAPROA) en México, que costó a la población mexicana cerca de 60 mil millones de dólares.

nicipios. Las responsabilidades no siempre han ido acompañadas de recursos adecuados en cantidad o calidad; se han desmontado estructuras o programas federales y han aumentado las inequidades regionales y la fragmentación de algunas acciones, lo cual ha disminuido su efectividad.⁵ Las responsabilidades de cada nivel no son claras, y los escasos mecanismos de rendición de cuentas son ineficientes, lo cual crea oportunidades para el clientelismo regional y local e impide la participación real de los ciudadanos.

Estas promesas no cumplidas se agregan a las, igualmente incumplidas, de la apertura de los mercados a la economía mundial que ha arrasado con la industrialización existente, reemplazada por otra que crea escasos empleos, lo cual ha inspirado a un grupo de economistas autoproclamados el “disenso de Washington” a enunciar nuevos principios para el crecimiento económico de la región (Birdsall y De la Torre, 2001).

LAS NUEVAS PROPUESTAS

Estos resultados poco alentadores han puesto en tela de juicio los supuestos sobre los cuales las reformas de la salud y de las pensiones se habían apoyado, provocando la necesidad de buscar, en la primera década del siglo XXI, nuevos mecanismos para acercarse a los objetivos de equidad, calidad y universalidad en la salud, y para restablecer, hasta cierto punto, el control y la responsabilidad del Estado en la garantía de la seguridad social para la población. Ejemplo

⁵ Por ejemplo, desde la supresión de los programas verticales de prevención de enfermedades, se ha recrudecido el paludismo en México.

de ello es el reciente cambio en la orientación del Banco Mundial que se propone agregar un “pilar” adicional para conformar un sistema de pensiones mixto que garantice una pensión mínima a la mayoría de la población, incluyendo a la no asalariada (Holzmann y Hinz, 2005), como es el caso de Uruguay, Argentina, Costa Rica y Ecuador. La propuesta inicial de reemplazar el sistema público de reparto por el privado de cuentas individuales resulta excluyente para una proporción muy alta de la población que trabaja en la informalidad y con bajos ingresos:

Los cambios principales en la perspectiva del Banco [Mundial] estriban en un mayor interés en la provisión de un ingreso mínimo para todas las personas vulnerables de la tercera edad, así como en una ampliación del papel de los instrumentos basados en el mercado para suavizar el consumo de las personas tanto para individuos dentro como para los fuera de los esquemas de pensión existentes. El Banco reconoce cada vez más la importancia de las condiciones iniciales de cada país y del grado a que las condiciones imperantes en un país en particular requieren de soluciones a la medida de estas condiciones o de la introducción del modelo de pilares múltiples con un horizonte temporal tácticamente adecuado (Holzmann y Hinz, 2005:10).

Sin embargo, esta nueva propuesta es reciente y está lejos de ser instrumentada y garantizada en la mayoría de los países de América Latina en los cuales, por los problemas fiscales extremos que se enfrentan, con dificultad se podrá garantizar la pensión mínima a los cotizantes al sistema obligatorio de cuentas individuales.

Otro ejemplo es la creación de paquetes universales de salud relativamente amplios para beneficiar a la población en general, y a la de bajos ingresos en particular, así como disminuir sus gastos de bolsillo, principalmente aquellos

para atender enfermedades de alto costo. Ejemplo de esta estrategia son el Régimen General de Garantías en Salud o Plan AUGE (Atención Universal con Garantías Explícitas) en Chile, o como el recién introducido Seguro Popular en México (SP). A éstos se agregan programas focalizados de abatimiento de la extrema pobreza como Progresas/Oportunidades en México.

Tanto AUGE como el SP son programas de prepago donde la contribución del usuario está calculada en función de su capacidad económica. Ambos son paquetes de intervenciones, 57 en el caso de AUGE, y 91 en el caso del SP (Secretaría de Salud, 2005).⁶ Pero a diferencia del SP que solamente cubre la población no asegurada, AUGE también cubre a las personas afiliadas a las ISAPRE, o empresas privadas de salud chilenas, ofreciendo dentro de éstas un paquete mínimo obligatorio vigilado y estrictamente codificado por el Ministerio de Salud. Por primera vez, las ISAPRE son conminadas a ofrecer a sus beneficiarios el mismo paquete de prestaciones definidas para el sistema público, so pena de sanciones legales (Labra, 2005). Ambos programas son extremadamente nuevos por lo que es prematuro evaluar sus posibilidades de éxito en términos del logro de la equidad y de su sustentabilidad. No cabe duda, empero, que representan una alternativa muy positiva frente a las políticas anteriores de

⁶ El nuevo listado de intervenciones incluye 154, la mayoría de las cuales son desglose de las establecidas en el listado anterior de 91 intervenciones; por ejemplo la intervención 10 denominada Diagnóstico y tratamiento de enfermedades exantemáticas de la niñez, se desglosó en tres: sarampión, varicela y rubéola. O el diagnóstico y tratamiento de parasitosis intestinal se convirtió en 12 intervenciones, una para cada una de las parasitosis más comunes. Algunas pocas intervenciones son nuevas: esofagitis por reflujo y gastritis aguda, extracción de piezas dentarias (excepto el tercer molar), cáncer *in situ* de cuello uterino (es decir, sólo el cáncer incipiente) y examen y prueba de embarazo.

pequeñísimos paquetes básicamente de prevención, como el de México de 13 intervenciones, o de ausencia de un mínimo obligatorio para todo tipo de aseguradoras, como ocurría en Chile. Estos paquetes amplios, que ya habían sido diseñados por países como Colombia en 1993, reducen el riesgo que corren las familias vulnerables de enfrentar gastos catastróficos. Además, limitan y codifican los pagos que los pacientes hacían de todos modos con las llamadas “cuotas de recuperación” introducidas en los años noventa para responder al llamado en este sentido del Fondo Monetario Internacional. La especificidad de los procedimientos y, por ende, de las obligaciones en que incurren los proveedores para cada problema de salud cubierto por AUGE, y por el Seguro Popular ayudarán muy probablemente a hacer exigibles las garantías que ofrecen. Esto se averigua especialmente en el caso de AUGE que ha codificado con mucha precisión tanto las obligaciones ineludibles de los proveedores como los procedimientos para hacer exigibles para los usuarios las garantías expresamente ofrecidas (*Piloto AUGE*, 2004, caps. 2 y 3). En el caso del Seguro Popular, el cumplimiento efectivo tendrá que depender del monitoreo efectivo por parte de las autoridades, y de la difusión políticamente permisible de la información recopilable en el nivel de los servicios. Por ejemplo, Nigenda (2005) señala que en algunos estados no se proporciona la atención de segundo nivel expresamente incluida en el paquete del SP. Igualmente, se han registrado desatenciones sistemáticas a los pacientes de AUGE por parte de las ISAPRE (Ministerio de Salud, 2004). En resumen, los dos programas permiten mejorar considerablemente las condiciones en las que los ministerios de salud pública pueden cubrir las necesidades de la población no asegurada.

Finalmente, debe mencionarse la PEC (Propuesta de Enmienda Constitucional), reforma en el sistema previsional brasileño, aprobada en diciembre de 2003 por el Congreso Nacional Brasileño, durante el primer periodo del gobierno

de Luis Inácio Lula da Silva, y que tenderá a igualar los beneficios para empleados públicos y privados. Esta reforma unifica, además, la cuota de contribución de los trabajadores federales en 11%, y crea la contribución de trabajadores inactivos, también con una cuota de 11%, sobre aquellas pensiones mensuales en exceso de 1 440 reales (505 dólares) para los actuales jubilados y de 2 400 reales para los trabajadores activos que vayan a jubilarse.

Cambió poco la situación de los empleados privados con respecto a la reforma del gobierno de F.H. Cardoso, pero subió el tope para sus jubilaciones de 1 969 reales (aproximadamente 656 dólares) a 2 400 reales (aproximadamente 842 dólares). El valor del beneficio que el funcionario público podía recibir en el antiguo régimen era su último salario ganado en vida activa, con un tope de 17 800 reales mensuales (unos 6 245 dólares). Los trabajadores en el nuevo reglamento podrán jubilarse con un máximo de 2 440 reales mensuales, y tendrán que recurrir a planes privados complementarios si quieren jubilarse con más. Al igual que en la reforma mexicana, los cambios tendrán efecto solamente para los trabajadores inscritos posteriormente a la puesta en vigor de la reforma.

GANADORES Y PERDEDORES

La conclusión ineludible en este conjunto de estudios es la división que fomentaron las reformas entre ganadores y perdedores. Conociendo el origen de estas propuestas (Banco Mundial), no es difícil adivinar quiénes resultaron ser los ganadores y quiénes los perdedores. Sin embargo, es importante identificarlo con base en la experiencia adquirida.

En salud, los principales ganadores con las reformas han sido las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios privados, muchas de las primeras constituidas por corporaciones transnacionales que han visto acrecentadas sus ganancias. En materia de pensiones, las entidades finan-

cieras que manejan las cuentas individuales, los intermediarios que venden los planes, y las compañías de seguro que distribuyen las pensiones han sido grandes ganadores, sin haber tenido que arriesgar su capital, dado que los beneficios fueron definidos como indeterminados desde un principio, y las ganancias salieron de los flujos de capital (o sea, los depósitos). Esto ha significado que entre 20 y 45% de los depósitos de los trabajadores en las cuentas de ahorro han sido (y siguen siendo) captados por la complicada estructura financiera de organismos privados que además los administran y los distribuyen. El Banco Mundial, por otra parte, gana por los empréstitos que ha concedido a los países para poner en práctica estas reformas, aunque es evidente que existen escasas posibilidades de que todas las deudas incurridas hacia este organismo sean pagables.

Además, algunos grupos dentro de la población de bajos ingresos se beneficiaron de las reformas:

- Algunos de los más pobres y marginados de las áreas rurales y urbanas, que antes no tenían servicios de salud o aseguramiento en salud, han ganado en acceso y satisfacción con la cobertura de seguros a pesar de que éstos sean limitados a paquetes, como el Seguro Popular en México, AUGE en Chile o el Régimen Subsidiado en Colombia.
- Los hogares de ingresos medio-bajos, considerados “medio pobres o casi pobres” continúan sin seguridad social en salud porque no alcanzan a calificar para el subsidio, pero tampoco tienen recursos para comprar paquetes públicos prepagados ni seguros privados. A menos de que puedan afiliarse al Seguro Popular en el caso de México (que no cubre todo el territorio), pierden de dos maneras: primero porque deberán ceñirse al escasísimo paquete de 13 intervenciones que debe, en principio ofrecerse de mane-

ra universal, y segundo porque los hospitales públicos privilegiarán la atención a los asegurados y a las poblaciones focalizadas. No obstante, la creación del Seguro Popular mejora considerablemente sus posibilidades. En pensiones, tanto los pobres como los casi pobres siguen excluidos en muchos países que no tienen reglamentada una pensión mínima garantizada, como México, o tendrán una muy pequeña en aquellos que la garanticen.

- El personal de salud en las instituciones públicas ha perdido, debido a las nuevas formas de contratación y de pago que disminuyen sus ingresos y los dejan sin estabilidad laboral ni prestaciones sociales. Este deterioro de sus condiciones de trabajo y de vida, así como los incentivos negativos creados por las aseguradoras, frecuentemente afectan negativamente la calidad de los servicios.
- Los trabajadores formales afiliados a la seguridad social pierden en los servicios de salud porque se implantan medidas disuasivas del uso de los servicios como las cuotas moderadoras y los co-pagos. En pensiones, pierden por el alargamiento del tiempo de cotización y las altas comisiones que cobran los fondos de pensión privados. Sólo aquellos pocos con altos salarios, y por tanto alta capacidad de ahorro, podrán ser ganadores, porque podrán tener pensiones mejores que antes. Sin embargo, los llamados "topes salariales" que fijan el monto máximo de las pensiones sin importar el nivel de cotización (como en el caso del ISSSTE en México y la seguridad social en Brasil), obstaculizan esta posibilidad.
- Las mujeres, en general, pueden ganar con la focalización en programas para mejorar la salud reproductiva. Sin embargo, en materia de pensiones, siguen en la misma situación de desventaja: sus pen-

siones, cuando tienen acceso a ella, son más bajas porque están en mayor proporción en los salarios bajos, y el tiempo de cotización es el mismo que el de los hombres, a pesar de que ellas llevan todo el peso de la reproducción biológica de la sociedad y del cuidado de los enfermos y de los ancianos dentro de sus respectivas familias. En algunos casos, sólo recientemente adquirieron el derecho a asegurar a sus cónyuges con su cotización a la seguridad social (1998, en el caso de México), a pesar de tener las mismas obligaciones de cotización que los hombres.

En términos generales puede considerarse que hubo un retroceso tanto para los países que emprendieron reformas que privatizaron sus sistemas de pensión como para los ciudadanos en estos mismos países. Para los países, al perderse la solidaridad en pensiones, se hizo necesario para el Estado cubrir con recursos públicos el retiro de los cotizantes que quedaban en el sistema solidario (o en el caso de Chile pagar el bono de reconocimiento de cotizaciones anteriores a la individualización de cuentas), así como garantizar una pensión mínima a los cotizantes afiliados al sistema de cuentas individuales, subsidiando así a las compañías privadas que no tienen obligación alguna de pagar un mínimo en pensión. De esta manera, quien toma los riesgos del mercado es el Estado, y a su vez quienes ponen dinero en las arcas públicas para llenar este papel son los causantes, muchos de ellos sin derecho a una pensión, y que por tanto subsidian la pensión de los jubilados, así como las ganancias de las compañías privadas. Los países, además, pierden porque las ganancias obtenidas por los fondos de pensiones quedan en manos privadas, generalmente sin haber podido dinamizar las economías nacionales como inicialmente se había planteado, debido a que la mayor parte de sus "inversiones" resultó ser préstamos al Estado. Así pues, siguen

vulnerables a las crisis financieras públicas, al igual que lo habían estado antes de las reformas.

PROYECCIONES HACIA EL FUTURO

De no cambiar las políticas de seguridad social que privilegian el salario para financiar la seguridad social, las sociedades latinoamericanas seguirán siendo inequitativas y segmentadas, porque continuará habiendo personas con seguros de salud completos, otras con seguros incompletos y otras sin seguro. Habrá pensiones mínimas para una proporción variable (pero no mayoritaria) de los aportantes, pensiones altas para una pequeña minoría (como algunos empleados públicos con regímenes privilegiados) y mujeres y hombres de la tercera edad o discapacitados sin derecho a pensión alguna. En Chile, el país con más posibilidades de evaluar el efecto de estas medidas (debido a que ya transcurrieron más de veinte años desde las primeras reformas), hay indicios de que las pensiones de vejez en el régimen privado pueden ser iguales a, o aun menores que las obtenidas en el público. Además, no hay pruebas contundentes de que las reformas hayan desarrollado el mercado financiero. (Alonso, 2004; Mesa-Lago, 2004a y 2004b), debido, en muchos casos (particularmente en Argentina y México), a la necesidad para el Estado de pedir prestado a los fondos para poder pagar el hoyo fiscal que se crea cuando se pasa de un régimen solidario a uno individual, porque las cuotas de los trabajadores activos, al depositarse en cuentas individuales, ya no pueden pagar las pensiones de los jubilados de la generación anterior. La situación es similar en los demás países que han adoptado las fórmulas neoliberales analizadas a lo largo del libro.

Sin embargo, hay posibilidad de cambios, no sólo por la evidencia de los fracasos parciales o totales en el logro de los objetivos de las reformas, evidenciados en las evaluacio-

nes mencionadas en los capítulos, sino por la movilización de sectores de la sociedad civil. Estos hechos han generado propuestas de reformas a las reformas, algunas de ellas provenientes de los mismos organismos internacionales que las impulsaron inicialmente. Por ejemplo, ante la evidencia de la baja cobertura de las pensiones y la disminución de la capacidad adquisitiva de gran porcentaje de la población, el Banco Mundial propone agregar dos componentes a su propuesta inicial de 1994: una pensión básica mínima universal no contributiva, que tenga la edad como único criterio de selección para otorgarla, y las fuentes no formales o no monetarias de apoyo a la vejez, como apoyo familiar, vivienda y salud, entre otras. Además, el Banco cambia su orientación hacia el reemplazo del sistema público de reparto por el de cuentas individuales manejadas por el sector privado, y sugiere un modelo mixto que permita el sistema de ahorro individual manejado por el sector privado, como complemento y no como reemplazo de un sistema público de beneficios definidos, como el de Costa Rica (World Bank, 2005).⁷ En Brasil se propone también que el gasto público social deje de ser considerado apenas como generador de “déficit fiscal” y pase a ser visto como factor de inversión y desarrollo y la construcción de un Sistema de Protección Social que garantice los derechos de salud y pensiones de aquellos que no tienen posibilidad de incorporarse al “mercado”.

Diversas organizaciones de la sociedad civil en Latinoamérica trabajan en la denuncia de las políticas fallidas y se movilizan en torno a la recuperación de la salud como derecho, y por consiguiente como servicio de cobertura uni-

⁷ Sin embargo, este sistema que ha existido desde 1994 para la seguridad social de los empleados públicos en México (ISSSTE) actualmente está en una profunda crisis de financiamiento, por lo que está inclinado a seguir el ejemplo del IMSS, a pesar del fracaso observable de la reforma de 1996 en esta institución que desde 2003 se ha autodeclarado en crisis.

versal, sin focalizaciones que encarecen los procesos y mantienen las antiguas inequidades o generan nuevas. Países como Brasil, Cuba, Costa Rica y Venezuela demuestran que se puede avanzar hacia la garantía del derecho universal a la salud aun en situación de escasez de recursos (Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, Alames, 2005). Para que se puedan garantizar servicios de salud y pensión por vejez para toda la población, existen requerimientos no fáciles de cumplir, de los cuales dependerá, en buena parte, el futuro de la seguridad social de sus poblaciones:

- Compromiso multipartidario con el bienestar ciudadano para legislar hacia ese objetivo.
- Movilización/presión social (como la que se está dando en varios países como Brasil y Colombia) o voluntad política de gobiernos locales para garantizar el derecho a la salud y a un apoyo universal para los adultos mayores (como en el Distrito Federal en México).⁸
- Recuperación de la importancia de la salud pública en la agenda gubernamental (promoción de la salud, prevención de la enfermedad, epidemiología), la cual ha sido relegada en las reformas por cuanto centran sus estrategias y sus discusiones en los aspectos económicos y en los mal llamados seguros de salud, cuando realmente son de enfermedad (OCDE, 2005).
- Flexibilización de las políticas del Banco Mundial y demás agencias financiadoras para que la única vía para obtener servicios de salud no sea el aseguramiento, y la única vía para tener pensión en la vejez

⁸ Bajo la gubernatura de Manuel López Obrador, los adultos mayores que lo han solicitado han recibido un subsidio de cerca de 60 dólares mensuales con solamente comprobar su edad y radicación en el Distrito Federal.

no sea tener una cuenta individual manejada por empresas privadas a quienes no les importa si esta cuenta gana o pierde. Por ejemplo, la nueva propuesta del Banco Mundial (2005) de un sistema de pensiones pequeño, simple y universal.

- Presión unificada de organizaciones civiles nacionales e internacionales.
- Sistemas fiscales que garanticen un mayor presupuesto público, su mejor distribución y un control eficaz de la evasión fiscal.
- Crecimiento económico con creación de empleo.

Aunque son pocas todavía las evaluaciones críticas de las reformas neoliberales de los sectores sociales de los años noventa, existe ya una sustanciosa crítica acerca de las reformas de reestructuración y estabilización macroeconómica que las precedieron, alimentada por el descontento generalizado tanto entre las masas como las elites (Lora, Panizza y Quispe-Agnoli, 2004), y por el espectacular fracaso económico de Argentina en 2000-2002, país que había seguido rigurosamente las recetas de Washington. Aunque la mayoría de los analistas reconoce que los resultados obtenidos fueron algo decepcionantes, las críticas están divididas: unos estiman que las medidas instrumentadas fueron insuficientes o de demasiada poca duración (Walton, 2004), por lo que el remedio tendría que ser mucho más de lo mismo; otros estiman que estas políticas deben ser reorientadas para disminuir la pobreza e incrementar la equidad sin por ello sacrificar el crecimiento (Birdsall y De la Torre, 2001); finalmente, otros más cuestionan abiertamente las medidas emprendidas, juzgándolas incapaces de producir los efectos anunciados (Huber y Solt, 2004; Orszag y Stiglitz, 1999; Mesa-Lago, 2004). Estos debates se ubican en el contexto de la crítica de la globalización y las grandes desigualdades entre e intra-países que ésta ha fomentado (Stiglitz, 2002).

Pero aun entre los que preconizan más de lo mismo, existe un reconocimiento de que es necesario tomar en cuenta el contexto institucional y la desigualdad, así como instituir políticas sociales más incluyentes (Walton, 2004), elementos que no aparecieron en las agendas de los organismos internacionales hasta principios de los años 2000, y que en 2005 siguen ausentes de la mayoría de los programas nacionales marcados por un enfoque asistencialista y el principio de focalización sobre los extremadamente pobres.

A pesar de sus diferencias, estas tres líneas de crítica no están tan alejadas unas de las otras. En el prólogo al documento *El disenso de Washington* (Birdsall y De la Torre, 2001), Jessica Matthews y Peter Hakim,⁹ resumen la situación post-reformas de la siguiente manera:

A fines de los años noventa el futuro de América Latina aparecía sombrío en razón de cuatro grandes problemas: crecimiento económico lento e irregular, pobreza persistente, injusticia social e inseguridad personal. A lo largo de diez años, América Latina había procurado aplicar, con considerable vigor, las diez políticas económicas que conforman el Consenso de Washington (...) pero los resultados estuvieron muy por debajo de las expectativas, y se hizo necesario un nuevo enfoque (Mathews y Hakim, 2001:iii).

¿Cómo remediar la situación creada por los desatinos de las reformas neoliberales? La presencia reglamentaria del Estado está implícita en las once medidas propuestas por el

⁹ Jessica T. Mathews es presidenta del Fondo Carnegie para la Paz Internacional y Peter Hakim es presidente de Diálogo Interamericano, ambos organismos financiadores del estudio llevado a cabo por la Comisión de reforma económica en sociedades latinoamericanas sin equidad, que redactó el informe mencionado dirigido por Nancy Birdsall y Augusto de la Torre.

Disenso de Washington,¹⁰ así como la sustitución del enfoque asistencial focalizado por uno de distribución más equitativa de los riesgos del mercado entre capital y trabajo. Un ejemplo de ello sería que las empresas privadas receptoras de los ahorros de los trabajadores para su jubilación ganaran en función de su capacidad de hacer inversiones redituables, en vez de extraer comisiones del capital acumulado, como actualmente sucede en la mayoría de los casos (Mesa-Lago, 2004).

De manera muy parecida, Huber y Stolt (2004), abogan por desechar la visión neoliberal en favor de una perspectiva social democrática de estilo europeo orientada hacia la construcción de mecanismos de protección social basados en mecanismos democráticos de diseño de políticas sociales, enfoque que, ellos aseguran, es compatible con un mercado globalizado:

El viejo modelo, claramente, no era sustentable y se mantuvo gracias a la facilidad con que se podía obtener préstamos en los 1970, por lo que tenía que ser cambiado (...) pero el contrafactual es un cambio de tipo diferente del neoliberal, llamémoslo el modelo social-democrático, entonces el fracaso del neoliberalismo parece pesar más que sus logros, (Huber y Stolt, 2004: 150).

No obstante estas buenas intenciones, no es lo mismo, como observan Orszag y Stiglitz (1999), crear una política

¹⁰ Estas 11 medidas son: 1) disciplina fiscal reglamentada; 2) atemperar las expansiones y contracciones del mercado; 3) crear redes automáticas de protección social; 4) escuelas también para los pobres; 5) gravar a los ricos y gastar más en los demás; 6) dar oportunidades para la pequeña empresa; 7) protección de los derechos de los trabajadores; 8) abordar abiertamente la discriminación; 9) sanear los mercados de tierras; 10) servicios públicos al servicio de los consumidores; y 11) reducir el proteccionismo de los países ricos.

de la nada que reformar una ya anclada e institucionalizada. Volver a darle poder al Estado, exigir impuestos mayores y más progresivos, e impedir que los países ricos protejan sus mercados frente a los más pobres, tal como lo proponen los autores del *Disenso de Washington*, son buenos consejos, pero muy difíciles de hacer efectivos porque, en este caso, ya no se trata de imponer reformas masivamente y desde arriba a una población empobrecida y políticamente desactivada, sino de convencer a las elites y los gobiernos de los países ricos para que acepten una redistribución hacia abajo basada no en el mito de la mano invisible, sino en la rectoría del Estado. Para apoyar tales reformas, en cambio, no hay más que una minoría de elites y profesionistas, fuerzas políticas populares muy debilitadas por quince años de desindustrialización (por ejemplo, fragmentación y precarización extremas de la clase obrera, cuasi desaparición del campesinado, debilitamiento de los sectores medios, etcétera), y hasta algunos capitalistas ilustrados. Esto significa que, como lo demuestra el ejemplo chileno desde 1989, y Brasil desde el gobierno de Lula, la capacidad política de la mayoría de los países de dar marcha atrás a las reformas sociales neoliberales para adoptar un enfoque más amplio y social democrático se ve extremadamente limitada por la necesidad apremiante de mantener la estabilidad política de países que, en algunos casos, llevan apenas un decenio de haberse liberado de las dictaduras militares en que se vieron envueltos en décadas pasadas.

En resumen, los países de la región actualmente enfrentan una situación en la que se reconocen las limitaciones y los vicios de los instrumentos de políticas sociales generadas en la década del neoliberalismo, pero todavía no se perfila una capacidad política y financiera de reformar las reformas. Sin embargo, el surgimiento en el primer lustro del siglo XXI de líderes políticos más cercanos a las bases populares y preocupados por el bienestar de las masas en

Argentina, Brasil, Chile y varios otros países de la región, hace esperar que una nueva era se esté abriendo, en la cual los gobiernos de la región puedan reconstruir sobre bases sólidas los sistemas de bienestar social parcialmente desmantelados durante la década del neoliberalismo, pero a la vez puedan incorporar las experiencias y los programas positivos de esa era. Se espera que este libro, al hacer hincapié en el aspecto político de las reformas, ayude a esclarecer cuáles son las opciones que se abren en el primer decenio de los años 2000.

LISTADO DE ACRÓNIMOS

CAPÍTULO I

AVISA	Años de Vida Saludable
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
Funsalud	Fundación Mexicana para la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud

CAPÍTULO II

“62 Organizaciones”	Nucleamiento principal del sindicalismo peronista tradicional
ABRA	Asociación de Bancos de la República Argentina
AFJP	Administradora de Fondos de Jubilaciones y Pensiones
ANSSAL	Administración Nacional del Seguro de Salud
ART	Administradora de Riesgos de Trabajo
CEA	Consejo Empresario Argentino

CGT	Confederación General del Trabajo
COFEPRES	Consejo Federal de Previsión Social
EPH	Encuesta Permanente de Hogares
FIEL	Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas
INDEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
INOS	Instituto Nacional de Obras Sociales
OSECAC	Obra Social de Empleados de Comercio
PEA	Población Económicamente Activa
PMO	Programa Médico Obligatorio (paquete básico de servicios de salud común para todos los beneficiarios del sistema de obras sociales).
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
UIA	Unión Industrial Argentina

CAPÍTULO III

ABRA	Asociación de Bancos de la República Argentina
AFJP	Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones
ANSES	Administración Nacional de la Seguridad Social
ATE	Asociación Trabajadores del Estado
COFEPRES	Consejo Federal de Previsión Social
CONICET	Consejo Nacional de Investigación Científica y Técnica
CUPAM	Cuota Parte de Atención Médica
FIEL	Fundación de Investigaciones Económicas

FMI	Fondo Monetario Internacional
OIT	Organización Internacional del Trabajo
PAMI	Programa de Atención Médica Integral
PAP	Prestación Adicional por Permanencia
PBU	Prestación Básica Universal
PC	Prestación Compensatoria
PEA	Población Económicamente Activa
UNSAM	Universidad Nacional de San Martín

CAPÍTULO IV

AIS	Acciones Integradas de Salud
CNBB	Conferencia Nacional de los Obispos
CNI	Confederación Nacional de la Industria
COFINS	Contribución para el Financiamiento de la Seguridad Social
CPMF	Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (Contribución Provisional sobre el Movimiento Financiero)
CUT	Central Única de los Trabajadores
DATAPREV	Banco de Datos de la Previsión Social Brasileña
DIAP	Departamento Intersindical de Asesoría Parlamentaria
DVS	Puntos Destacados para Votación por Separado
EPU	Encargos de Previsión de la Unión
FAT	Fondo de Amparo al Trabajador

FFPS	Fondo de Financiamiento de la Previsión Social
FHC	Fernando Enrique Cardoso
FIESP	Federación de Industrias del Estado de São Paulo
FINSOCIAL	Fondo de Inversiones Social
IESP	Industrias del Estado de São Paulo
INAMPS	Instituto Nacional de Asistencia Médica Previdenciária
INPC	Índice Nacional de Precios al Consumidor
INSS	Instituto Nacional de Seguridad Social
LDO	Ley de Líneas Presupuestarias (Lei de Diretrizes Orçamentarias)
LOAS	Ley Orgánica de la Asistencia Social
MPAS	Ministerio de la Previsión y Asistencia Social
NEEP	Núcleo de Estudios en Políticas Públicas
OSS	Presupuesto de Seguridad Social
PEC	Propuesta de Enmienda Constitucional
POI	Programación y Presupuestación Integradas
PT	Partido de los Trabajadores
RGPS	Régimen General de la Previsión Social
RMV	Renta Mensual Vitalicia
SINPAS	Sistema Nacional de Previsión y Asistencia Social
SM	Salario mínimo
SUDS	Sistema Unificado y Descentralizado de Salud
SUS	Sistema Único de Salud

UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
VRS	Valores de referencia de la seguridad

CAPÍTULO V

AAFP	Afiliados a Asociación de Fondo de Pensiones
AFP	Asociación de Fondo de Pensiones
CENDA	Centro de Estudios Nacionales de Desarrollo Alternativo
CONARA	Comisión Nacional de Reorganización Administrativa
CORFO	Corporación de Fomento de la Producción
INP	Instituto de Normalización Previsional
ODEPLAN	Oficina de Desarrollo y Planificación Nacional
SAFP	Superintendencia de Asociación de Fondo de Pensiones
SNS	Sistema Nacional de Salud

CAPÍTULO VI

CASEN	Encuesta de Caracterización Socio-económica Nacional
CEP	Centro de Estudios Públicos
FONASA	Fondo Nacional de Salud
ISAPRE	Instituciones de Salud Provisional
PGB	Producto Geográfico Bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SATEP	Seguro contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

SERMENA	Servicio Médico Nacional de Empleados
SNS	Servicio Nacional de Salud
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud

CAPÍTULO VII

CEDESS	Centro de Estudios Estratégicos
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CNTE	Coordinadora Nacional de Trabajadores de la Educación
CONAMUP	Coordinadora de los Movimientos Populares Urbanos
CONSAR	Comisión Nacional de Sociedades de Administración de Retiro
CROC	Confederación Revolucionaria de Obreros y Campesinos
CT	Congreso del Trabajo
CTM	Confederación de los Trabajadores de México
FDN	Frente Democrático Nacional
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
ISSSTE	Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado
IVCM	Invalidez, Vejez, Cesantía y Muerte
NLSS	Nueva Ley del Seguro Social
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
PAN	Partido Acción Nacional
PASSPA	Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población no Asegurada

PB	Paquete Básico
PECE	Pacto de Estabilización y Crecimiento Económico
PRD	Partido de la Revolución Democrática
PRI	Partido Revolucionario Institucional
PRONASOL	Programa Nacional de Solidaridad
RCV	Retiro, Cesantía y Vida
SAR	Seguro de Ahorro para el Retiro
SEM	Seguro de Enfermedades y Maternidad
SMG	Salario Mínimo General
SMGDF	Salario Mínimo General para el Distrito Federal
SNS	Sistema Nacional de Salud
SNTSS	Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social
SP	Seguro Popular
SSA	Secretaría de Salud
TLCAN	Tratado de Libre Comercio de América del Norte

CAPÍTULO VIII

CES	Centro de Estudios Sociológicos
AUGE	Atención Universal con Garantías Explícitas
OIT	Organización Internacional del Trabajo

BIBLIOGRAFÍA

CAPÍTULO I

- ARJONILLA, Sofía e Irene PARADA TORO, “¿Qué piensa la población de los servicios de salud? Accesibilidad, utilización y calidad de la atención”, *Cadernos Saúde Coletiva*, XI (2), julio-diciembre, 2003.
- BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO, *Informe de progreso económico y social*, Washington D. C., BID, 1998.
- BANCO MUNDIAL, *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform*, Washington, D. C., Banco Mundial, 1987.
- , *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud*, Washington, D. C., Banco Mundial, 1993.
- BIRDSALL, Nancy y Augusto DE LA TORRE, *El disenso de Washington. Políticas económicas para la equidad social en Latinoamérica*, Washington, D. C., Carnegie Endowment for International Peace e Interamerican Dialogue, 2001.
- BURKI, S. y G. PERRY, *The Long March: A Reform Agenda for Latin America and the Caribbean in the Next Decade*, World Bank Latin American and the Caribbean Studies Series: Viewpoints, Washington, D. C., World Bank, 1997.
- DÍAZ-POLANCO, Jorge y Thais MAINGON, “¿A dónde nos llevan las políticas de salud? La reforma del sector salud, ¿un cambio positivo?”, en BRONFMAN, Mario y Roberto CASTRO (eds.), *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, México, Edamex, 1999.
- EDWARDS, S., “Reforms in Latin America: Recent Experiences, Policy Issues and Future Prospects”, en Graham BIRD y Ann HELWEGE (eds.), *Latin America's Economic Future*, Nueva York, Academic Press, 1994.

- FRENK, Julio, *Economía y salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México*, México, Funsalud, 1994.
- FRENK, Julio, Juan Luis LONDOÑO y Rafael LOZANO, "Pluralismo estructurado, una visión para el futuro de los sistemas de salud en América Latina", en BRONFMAN, Mario y Roberto CASTRO (eds.), *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, México, Edamex, 1999.
- GARLAND, Allison M., "The Politics and Administration of Social Development in Latin America", en TULCHIN, Joseph L. y Allison GARLAND (eds.) *Social Development in Latin America. The Politics of Reform*, Boulder, Londres, Lynne Rienner, 2000.
- GRAHAM, Carol, *Private Markets for Public Goods: Raising the Stakes in Economic Reform*, Washington, D. C., Brookings Institution Press, 1998.
- HUBER, Evelyn y Fred SOLT, "Success and Failures of Neoliberalism", *Latin American Research Review* 39 (3), 2004.
- LAURELL, Asa Christina, "Las políticas de salud en el contexto de las políticas sociales", en BRONFMAN, Mario y Roberto CASTRO (eds.), *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, México, Edamex, 1999.
- , "The Transformation of Social Policy in Mexico", en MIDDLEBROOK, Kevin J. y Eduardo ZEPEDA (eds.), *Confronting Development. Assessing Mexico's Economic and Social Policy Challenges*, Stanford University Press, Center for US-Mexican Studies, University of California, San Diego, 2003.
- LAURELL, Asa Christina y Oliva LÓPEZ ARRELLANO, "Market Commodities and Poor Relief: the World Bank Proposal for Health", *International Journal of Health Services* 26 (1), 1996.
- LONDOÑO, Juan y Miguel SZÉKELY, "Persistent Poverty and Excess Inequality: Latin America 1970-1995", Working Paper 357 Office of the Chief Economist, Interamerican Development Bank, 1997.
- MESA LAGO, Carmelo, "La reforma de pensiones en América Latina. Modelos y características, mitos y desempeños, y lecciones", en Katja HUJO, Carmelo MESA-LAGO y Manfred NITSCH (eds.), *¿Públicos o privados? Los sistemas de pensiones en América Latina después de dos décadas de reformas*, Caracas, Nueva Sociedad, 2004.

- NELSON, Joan M., "The Politics of Health Sector Reform: Cross-National Comparisons", en KAUFMANN, Robert R. y Joan M. NELSON (eds.), *Crucial Needs, Weak Incentives. The Politics of Health and Education Reform in Latin America*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 2004.
- O'DONNELL, Guillermo, "Delegative Democracy", *Journal of Democracy* 5 (1), 1994.
- O'DONNELL, Guillermo, Philippe SCHMITTER y Laurence WHITEHEAD (eds.), *Transitions from Authoritarian Rule*, Baltimore, Johns Hopkins University Press. También ha sido publicado en español, en 1988, *Transiciones desde un gobierno autoritario*, Buenos Aires, Paidós, 1986.
- ORSZAG, Peter R. y Joseph E. STIGLITZ, "Rethinking Pension Reform: Ten Myths about Social Security Systems", ponencia presentada en la conferencia del Banco Mundial: "Ideas nuevas sobre la seguridad para la edad avanzada", 1999.
- STIGLITZ, Joseph E., "A Fair Deal for the World", *New York Review of Books* (23), 2002.
- WALTON, Michael, "Neoliberalism in Latin America: Good, Bad or Incomplete?" *Latin American Research Review* 39 (3), 2004.
- WERNER, David y David SANDERS, *Questioning the Solution. The Politics of Primary Health Care and Child Survival*, Palo Alto, California, Healthrights, 1997.
- WHITEHEAD, M., "The Concepts and Principles of Equity and Health", *International Journal of Health Services* 22 (3), 1992.
- WILLIAMSON, John, "What Washington Means by Policy Reform", en WILLIAMSON, John (ed.), *Latin American Adjustment: How Much Has Happened*, Washington, D. C., Institute for International Economics, 1990.

CAPÍTULO II

- ACUÑA, Carlos H. (ed.), *La nueva matriz política argentina*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1995.
- , "Política y economía en la Argentina de los 90", en Carlos ACUÑA (ed.), *La nueva matriz política argentina*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1995.

- ACUÑA, Carlos H., DOS SANTOS, M., GARCÍA DELGADO, D., GOLBERT, L., "La relación Estado-empresarios con referencia a políticas concertadas de ingresos. El caso argentino", en PREALC-OIT (ed.), *Política económica y actores sociales*, Santiago de Chile, PREALC-OIT, 1986.
- AGUILAR VILLANUEVA, Luis F. (ed.), *La hechura de las políticas*, México, Porrúa, 1992.
- ALONSO, Guillermo, "La política de reforma del sistema de obras sociales: un reiterado modelo de gestión estatal y de acción sindical", *Estudios Sociológicos*, 14 (42), septiembre-diciembre, México, 1996.
- AZPIAZU, Daniel y Hugo NOCHTEFF, *El desarrollo ausente*, Buenos Aires, FLACSO, 1994.
- BECCARIA, Luis, "Estancamiento y distribución del ingreso", en Alberto MINUJIN (ed.), *Desigualdad y exclusión*, Buenos Aires, Unicef-Losada, 1993.
- BELMARTINO, Susana, "Transformaciones internas al sector salud: la ruptura del pacto corporativo", *Desarrollo Económico* 137, 1995.
- BELMARTINO, Susana y Carlos BLOCH, "Políticas sociales y seguridad social en Argentina", *Cuadernos Médico-Sociales* 22, Rosario, Argentina, 1982.
- , *El sector salud en Argentina 1960-1985*, Organización Panamericana de la Salud, 1991.
- CANITROT, Adolfo, "La disciplina como objetivo de la política económica. Un ensayo sobre el programa económico del gobierno argentino desde 1976", *Documento CEDES*, Buenos Aires, 1979.
- CARCIOFI, Ricardo, *La desarticulación del pacto fiscal*, Buenos Aires, CEPAL, 1990.
- CETRÁNGOLO, Óscar, "Reformas en el sector salud", ponencia presentada ante las III Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, Asociación de Economía de la Salud, Buenos Aires, 1994.
- CETRÁNGOLO, Óscar, DAMILL, M., KATZ, J., LERNER, L., RAMOS, S., *Desregulación y salud*, Buenos Aires, Instituto para el Desarrollo Industrial, 1992.
- CORTÉS, Rosalía, "La seguridad social en la Argentina: las obras sociales", *Documento de Trabajo*, Buenos Aires, FLACSO, 1985.

- DAMILL, Mario y Roberto FRENKEL, "Malos tiempos. La economía argentina en la década de los 80", *Documento CEDES*, Buenos Aires, 1990.
- DANANI, Claudia, "El papel de las obras sociales en la reproducción de los trabajadores", Informe de investigación, Universidad de Buenos Aires, 1992.
- , *El proyecto de libre afiliación a las obras sociales: análisis y perspectivas*, Buenos Aires, PRONATASS/UBA, 1994.
- FIEL-CEA, *El sistema de seguridad social: una propuesta de reforma*, Buenos Aires, 1995.
- FOX, Jonathan, *The politics of Food in Mexico*, Nueva York, Cornell University Press, 1992.
- GAUDIO, Ricardo y Andrés THOMPSON, *Sindicalismo peronista. Gobierno radical*, Buenos Aires, Fundación Ebert, Folios Ediciones, 1990.
- GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés y Federico TOBAR, *Más salud por el mismo dinero*, Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano, 1997.
- GERCHUNOFF, Pablo y Juan Carlos TORRE, "Argentina: la política de liberalización económica bajo un gobierno de base popular", Buenos Aires, Instituto Torcuato Di Tella, mimeo, 1996.
- ISUANI, Ernesto A. y Hugo MERCER, *La fragmentación institucional del sector salud: ¿pluralismo o irracionalidad?*, Buenos Aires, CEAL, 1988.
- KATZ, Jorge y Alberto MUÑOZ, *Organización del sector salud: puja distributiva y equidad*, Buenos Aires, CEPAL-CEAL, 1988.
- KAUFMAN, Robert y Barbara STALLINGS, "La economía política del populismo latinoamericano", en DORNBUSCH y EDWARDS (comps.), *Macroeconomía del populismo en la América Latina*, México, Fondo de Cultura Económica, 1992.
- LO VUOLO, Rubén, *The Welfare State in Contemporary Argentina*, Notre Dame, Notre Dame University Press, 1995.
- MARSHALL, Adriana, *Políticas sociales: el modelo neoliberal*, Buenos Aires, Legasa, 1988.
- O'DONNELL, Guillermo, *Modernización y autoritarismo*, Buenos Aires, Paidós, 1972.
- , "Estado y alianzas en la Argentina, 1956-1976", *Desarrollo Económico* 64, Buenos Aires, 1977.

- PÉREZ IRIGOYEN, Claudio, "Política pública y salud", en ISUANI, E., TENTI, E., *Estado democrático y política social*, Buenos Aires, Eudeba, 1989.
- PORTANTIERO, Juan Carlos, "Menemismo y peronismo: continuidad y ruptura", en BORÓN, A., MORA Y ARAUJO, M., NUN, J., PORTANTIERO, J. C., SIDICARO, R., *Peronismo y menemismo*, Buenos Aires, Ediciones El Cielo por Asalto, 1995.
- SIDICARO, Ricardo, "Poder político, liberalismo económico y sectores populares, 1989-1995", en BORÓN *et al.*, *op. cit.*, 1995.
- THOMPSON, Andrés, "Estado, sindicatos y salud. Notas sobre las obras sociales en Argentina", *Cuaderno Médico Sociales* 33, 1985.

ENTREVISTAS

- LIMA QUINTANA, Laura, economista especializada en economía de la salud. Funcionaria de la Secretaría de Programación Económica del Ministerio de Economía, entrevista personal, Buenos Aires, 1996.
- LOZANO, Claudio, Director del Instituto de Estado y Participación de la Asociación de Trabajadores del Estado, entrevista personal, Buenos Aires, 1996.
- NERI, Aldo, ex ministro de Salud y Acción Social de la Nación 1983-1986. Diputado nacional por la UCR entre 1987 y 1991, entrevista personal, Buenos Aires, 1996.

PERIÓDICOS

Clarín, La Nación.

Revistas y publicaciones periódicas

Fondos.

CAPÍTULO III

- ACUÑA, Carlos H., *La nueva matriz política argentina*, Buenos Aires: Nueva Visión, 1995.

- , "Política y economía en la Argentina de los 90. (O por qué el futuro ya no es lo que solía ser)", en: ACUÑA, Carlos (comp.), *op. cit.*, 1995.
- BARBEITO, Alberto C. y Rubén LO VUOLO, "La reforma del sistema previsional argentino: el mercado de trabajo y la distribución del ingreso", ponencia presentada ante el primer Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, Buenos Aires, 1992.
- BRESSER PEREIRA, Luiz, José María MARAVALL, y Adam PRZEWORSKI (eds.), *Economic Reforms in New Democracies: A Social-Democratic Approach*, Cambridge, Cambridge University Press, 1993.
- CARDOSO, Fernando H., *Estado y sociedad en América Latina*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1985.
- CETRÁNGOLO, Óscar, "El nuevo sistema previsional ¿una reforma definitiva?", CECE, Buenos Aires, 1994.
- ETCHEMENDY, Sebastián y Vicente PALERMO, "Conflicto y concertación. Gobierno, Congreso y organizaciones de interés en la reforma laboral del primer gobierno de Menem", en *Desarrollo Económico* 148, Buenos Aires, 1998.
- GERCHUNOFF, Pablo y Juan Carlos TORRE, *Argentina: la política de liberalización económica bajo un gobierno de base popular*, Buenos Aires, Instituto Torcuato Di Tella, mimeo, 1996.
- LAZZETTA, Osvaldo, *Las privatizaciones en Brasil y Argentina*, Rosario, Homo Sapiens Ediciones, 1996.
- ISUANI, Ernesto A. y Jorge A. SAN MARTINO, "El nuevo sistema previsional argentino. ¿Punto final a una larga crisis? (segunda parte)", *Boletín Informativo Techint* 282, 1995.
- , *La reforma previsional argentina: opciones y riesgos*, Buenos Aires, Miño y Dávila editores, CIEPP, 1993.
- KAY, Stephen, "Social Security Reform in the Southern Cone: Retrenchment or Realignment", mimeo, LASA, Washington, 1995.
- LO VUOLO, Rubén, "Reformas previsionales en América Latina: una visión crítica en base al caso argentino", ponencia presentada ante el Seminario Internacional de Seguridad Social en el siglo XXI, México, 1996.
- MESA-LAGO, Carmelo, *Changing Social Security in Latin America*, Boulder y Londres, Lynne Rienner Publishers, 1994.

- , “Evaluación de un cuarto de siglo de reformas estructurales de pensiones en América Latina”, *Revista de la CEPAL* 84, Santiago de Chile, 2004.
- , “Las reformas de las pensiones en América Latina y la posición de los organismos internacionales”, *Revista de la CEPAL* 60, 1996.
- MURILLO, M. Victoria, “La adaptación del sindicalismo argentino a las reformas de mercado en la primera presidencia de Menem”, *Desarrollo Económico* 147, Buenos Aires, 1997.
- MUSTAPIC, Ana María, “Tribulaciones del Congreso en la nueva democracia argentina. El veto presidencial bajo Alfonsín y Menem”, *Ágora, Cuaderno de Estudios Políticos* núm. 3, Buenos Aires, 1995.
- O'DONNELL, Guillermo, “¿Democracia delegativa?”, *Cuadernos del CLAEH* 61, Montevideo, 1991.
- PALERMO, Vicente, “Reformas estructurales y régimen político”, *Ágora, Cuaderno de Estudios Políticos*, núm. 3, Buenos Aires, 1995.
- PALERMO, Vicente y Marcos NOVARO, *Política y poder en el gobierno de Menem*, Buenos Aires, Norma, FLACSO, 1996.
- SCHULTHESS, Walter y Gustavo DEMARCO, “Algunos interrogantes sobre la reforma provisional”, en SCHULTHESS y DEMARCO (comps.), *Reforma previsional en Argentina*, Buenos Aires, Abeledo Perrot, 1994.
- , *Argentina: Evolución del Sistema Nacional de Previsión Social y propuesta de reforma*, Santiago de Chile, CEPAL/PNUD, 1993.
- SIDICARO, Ricardo, “Poder político, liberalismo económico y sectores populares, 1989-1995”, en Atilio BORÓN (comp.), *Peronismo y menemismo*, Buenos Aires, Ediciones El Cielo por Asalto, 1995.
- TORRE, Juan Carlos, “De la utopía democrática a la democracia argentina”, *Ágora, Cuaderno de Estudios Políticos*, núm. 3, Buenos Aires, 1995.

ENTREVISTAS

- BAGLINI, Raúl, Diputado nacional por la UCR, miembro de la comisión de Presupuesto durante el proceso de la reforma previsional, entrevista personal, Buenos Aires, 1996.
- CETRÁNGOLO, Óscar, economista perteneciente al Centro de Estudios para el Cambio Estructural, entrevista personal, Buenos Aires, 1996.
- GONZÁLEZ GAVIOLA, Juan H., Diputado nacional por el Partido Justicialista y vicepresidente de la comisión de Previsión Social durante el proceso de la reforma previsional, entrevista personal, Buenos Aires, 1996.
- LÓPEZ, Amancio, Funcionario de la Secretaría de Seguridad Social desde 1970 hasta 1992 y consultor sobre temas previsionales, entrevista personal, Buenos Aires, 1996.
- LOZANO, Claudio, Director del Instituto de Estado y Participación de la Asociación Trabajadores del Estado, entrevista personal, Buenos Aires, 1996.
- MARTÍNEZ RAYMONDA, Rafael, Diputado nacional por el Partido Demócrata Progresista, miembro de la comisión de Presupuesto durante el proceso de la reforma previsional, entrevista personal, Buenos Aires, 1996.
- PAFUNDI, Amancio, Presidente del Centro Nacional de Jubilados y Pensionados de ATE perteneciente al Plenario Permanente de Organizaciones de Jubilados, entrevista personal, Buenos Aires, 1996.
- RECALDE, Héctor, asesor del Movimiento de Trabajadores Argentinos y de la CGT, entrevista personal, Buenos Aires, 1996.
- SANTÍN, Eduardo, Diputado nacional por la UCR y miembro de la comisión de Previsión Social durante el proceso de la reforma previsional, entrevista personal, Buenos Aires, 1996.
- SCHULTHESS, Walter, Secretario de Seguridad Social de la Nación durante el proceso de la reforma previsional, entrevista personal, Buenos Aires, 1996.
- SLODSKY, Javier, asesor del ministro de Trabajo y Seguridad Social y consultor de organismos internacionales sobre temática laboral y previsional, entrevista personal, Buenos Aires, 1996.

TOMADA, Carlos, asesor de la conducción de la Confederación General del Trabajo (CGT), entrevista personal, Buenos Aires, 1996.

CAPÍTULO IV

ACTA DE LA MESA DIRECTORA DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS, *Agenda Legislativa da Industria* 17, Anexo 1, 1992.

ARISTODEMO PINOTTI, José, "Cidadania posta a venda", *Folha de São Paulo*, 1998.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS (CNBB), "Análisis de coyuntura noviembre-diciembre de 1997", 1998.

CUT, 1995. "Uma nova Previdência Social no Brasil", Propuesta de la Central Única de los Trabajadores para la discusión con la sociedad, 1995.

INSTITUTO BRASILEÑO DE GEOGRAFÍA Y ESTADÍSTICA, "Investigación Nacional por Muestra de Domicilios/PNAD", Suplemento Mano de Obra y Previsión, 1984.

SALAMIS, Dain, Laura TAVARES y Marta CASTILHO, "Financiamiento da Previdência Social no contexto de uma nova Reforma Tributária", en: MPAS/CEPAL, Ministerio de Previdência y Asistencia Social, Comisión Económica para América Latina, 1993.

TAVARES SOARES, Laura y R. M. MARQUES, 1994. "Previsión Social: Sao Paulo e Brasil na década dos 80", texto para discusión del IESP/FUNDAP, núm. 17, 1994.

CAPÍTULO V

ARELLANO, José Pablo, "El efecto de la seguridad social en el ahorro y el desarrollo", en MESA-LAGO, Carmelo (ed.), *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud. Experiencias y lecciones latinoamericanas*, México, Fondo de Cultura Económica, 1986.

———, "La salud en los años 80: análisis desde la economía", *Notas Técnicas 100*, Santiago de Chile, CIEPLAN, 1987.

———, 2a. ed., *Políticas sociales y desarrollo. Chile 1924-1984*, Santiago, CIEPLAN, 1988.

- CHEYRE V., Hernán, *La previsión en Chile ayer y hoy: impacto de una reforma*, Centro de Estudios Públicos, Santiago, Chile, 1991.
- CRISTI, Renato y Carlos RUIZ, *El pensamiento conservador en Chile*, Santiago, Editorial Universitaria, 1992.
- ESCOBAR, Saúl y Odilia ULLOA, "El nuevo sistema de pensiones y su impacto en la economía: prefiguración de algunas tendencias", en MASSOT, Luisa (ed.), *Alternativas de reforma de la seguridad social*, México, Friedrich Ebert, UAM Xochimilco, 1996.
- FLAÑO, Nicolás, "El neoliberalismo en Chile y sus resultados", *Notas técnicas 101*, Santiago de Chile, CIEPLAN, 1987.
- GALDAMEZ, Luis, *Historia de Chile*, 13a. ed., Santiago de Chile, Zig-zag, 1952.
- HUGUES, Steven W. y Kenneth J. MIJESKI, *Politics and public policy in Latin America*, Westview Press, 1984.
- LA TERCERA, "AFP comienzan a invertir en Estados Unidos y países europeos", 1992.
- MELLER, Patricio (ed.), "Resultados económicos de cuatro gobiernos chilenos. 1958-1989", *Apuntes 89*, Santiago de Chile, CIEPLAN, 1990.
- MESA-LAGO, Carmelo, *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, México, Fondo de Cultura Económica, 1986.
- MOULIAN, Tomás, *Chile actual, Anatomía de un mito*, 2a. ed., Santiago, Col. Sin Norte, ARCIS/LOM Ediciones, 1977.
- PIÑERA, José, *El cascabel al gato. La batalla por la reforma previsional*, Santiago, Editorial Zig-Zag, 1992.
- QUIJANO, José Manuel, "Los traspasos de fondos de pensiones en América del Sur", *Comercio Exterior*, 1998.
- RIESCO, Manuel y Paola PARRA, "Índice de rentabilidad de los ahorros previsionales en el sistema chileno de AFP, Revisión y actualización", Santiago, Centro de Estudios Nacionales de Desarrollo Alternativo, 1998. <http://cenda.cep.cl>.
- RAMÍREZ, Berenice (coord.), *La seguridad social. Reformas y retos*, México, UNAM, IIE, Porrúa, 1999.
- SLOAN, John W., *Public Policy in Latin America. A Comparative Survey*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 1988.

- TAMBURI, Giovanni, "Concurso privado y fondos de previsión", en *Estructura Económica y Social de México*, IMSS, FCE, ISSSTE, 1992.
- TETELBOIN, Carolina, "La evolución del pensamiento sobre el sistema de fondos previsionales en Chile", ponencia presentada en el XXII Congreso de ALAS, Concepción, Chile, 1999.
- ZAPATA, Franyo, *Mitos y realidades del sistema privado de fondos de pensiones en Chile*, Santiago de Chile, Col. sin Norte, Ediciones Lom, 1997.

CAPÍTULO VI

- AGUILERA, Ximena y Marisol CONCHA, "Epidemiología de la desigualdad", Documento interno del Departamento de Epidemiología, División de Salud de las Personas, Ministerio Público, 1998.
- FUNDACIÓN SALUD Y FUTURO, "Expectativas expresadas por la gente en salud", documento interno, 1999.
- INFORME GEMINES, "Salud. diagnóstico y tendencias de los sectores público y privado", 1998.
- INSTITUTO DE ECONOMÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE-PIAS-BID-IDRC, "Análisis crítico de la descentralización en salud", por publicarse.
- MINISTERIO DE HACIENDA, *Estadística de las finanzas públicas 1988-1997*, Dirección de Presupuestos, 1998.
- MIRANDA, Ernesto, *Estudio de desarrollo de la investigación sobre modelos evolutivos del Sector Salud y su relación con los sistemas locales*, Washington DC, Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1991.
- MUSGROVE, Phillip, "Public and Private Roles in Health, Theory and Financing Patterns", World Bank Discussion Paper 339, Washington, D. C., World Bank.
- PNUD, *Desarrollo humano en Chile*, Santiago, Naciones Unidas, 1998.
- "Fortalecimiento del Sistema de Salud Ocupacional en Chile", Ministerio de Salud de Chile, Banco Mundial.
- SOLIMANO, Giorgio, "El arte de negociar. Un bien escaso en salud", *Vida Médica* 49, 1997.

- SOLIMANO, Giorgio, TÉLLEZ, A., CEA, A. y REYES, L., "Un sistema de salud para el Chile actual en un contexto de descentralización y participación", Documento interno, CORSAPS, 1995.
- VERGARA, Marcos, Marcela GUZMÁN y Rodrigo CONTRERAS, "Recursos humanos en los sectores Salud y Educación y costo-efectividad del sistema en Chile", Documento OIT (Organización Internacional del Trabajo), 1999.

CAPÍTULO VII

- ALONSO, Guillermo, "La reforma del seguro social de salud argentino", ponencia presentada en el VIII Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, 1999.
- BERTRANOU, Julián F., "La política de la reforma a la seguridad social en México. Análisis de la formulación del Sistema de Ahorro para el Retiro", *Estudios Sociológicos*, 13 (37), 1995.
- BRACHET-MÁRQUEZ, Viviane, "Pobreza y seguridad social: perspectivas americanas", en *La seguridad social y el Estado moderno*, México, IMSS, ISSSTE, Fondo de Cultura Económica, 1992.
- , *El pacto de dominación: clase, Estado y reforma social en México (1910-1995)*, México, El Colegio de México, 1996.
- BRACHET-MÁRQUEZ, Viviane y Diane E. DAVIS, "Pensar de nuevo la democracia en México", *Revista Internacional de Filosofía Política*, vol. 4, 1995.
- BOLTVINIK, Julio, "La satisfacción de las necesidades esenciales en México en los setenta y ochenta", en MONCAYO, Pablo Pascual y José WOLDENBERG (eds.), *Desarrollo, desigualdad y medio ambiente*, México, Cal y Arena, 1994.
- , "Condiciones de vida y niveles de ingreso en México, 1970-1995", en IBÁÑEZ-AGUIRRE, José Antonio (ed.), *Deuda externa mexicana, ética, teoría, legislación e impacto social*, México, Instituto de Análisis y Propuestas Sociales, Universidad Iberoamericana, Plaza y Valdés, 1998.
- CEPAL/ONU, *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe*, México, CEPAL, 1991.
- CIEMEX-WEFA, *Perspectivas económicas de México*, vol. XXVII, 1991, 1995, 1999.

- CHÁVEZ, Marcos, "Fondos de pensión, ahorro y mercados financieros en México: mitos y realidades", *Trabajo*, año I (2), 1998.
- CORTÉS, Fernando, "El ingreso de los hogares en contextos de crisis, ajuste y estabilización: un análisis de su distribución en México, 1977-1992", *Estudios Sociológicos* 13 (37), 1995.
- , *La distribución del ingreso de los hogares mexicanos vis a vis los modelos de desarrollo*, manuscrito, El Colegio de México, 1998.
- CORTÉS, Fernando y Rosa María RUBALCAVA, *Autoexplotación forzada y equidad por empobrecimiento*, México, El Colegio de México, 1991.
- FUNSAIUD, *Economía y salud. Propuesta para el avance del sistema de salud en México*, Informe final, México, Funsalud, 1994.
- GARCÍA-ALBA, Pascual y Jaime SERRA-PUCHE, *Causas y efectos de la crisis económica*, México, El Colegio de México, 1984.
- GONZÁLEZ-PIER, Eduardo, "Costos y equidad de la reforma al sistema de pensiones", *Gaceta de Economía*, Suplemento, año 2 (4), 1997.
- GONZÁLEZ-BLOCK, Miguel Ángel, "La descentralización de la Secretaría de Salud de México. El caso de los sistemas locales de salud 1989-1994", *Gaceta Médica de México*, 133 (3), 1997.
- GONZÁLEZ-BLOCK, Miguel Ángel, Emilio GUTIÉRREZ-CALDERÓN y Lorenzo GUTIÉRREZ-BARDALES, "Las cuentas estatales de salud: el gasto de las entidades federativas", en FRENK, Julio (ed.), *Observatorio de Salud*, México, Funsalud, 1997.
- HERNÁNDEZ, Patricia, Beatriz ZURITA, Ricardo RAMÍREZ, Fernando ÁLVAREZ y Carlos CRUZ, "Las cuentas nacionales de salud", en FRENK, Julio (ed.), *Observatorio de Salud*, México, Funsalud, 1997.
- HERNÁNDEZ-LAOS, Enrique, *Informe económico 1984-1986*, Documento interno del IMSS, 1987.
- , *Crecimiento económico y pobreza en México: una agenda para investigación*, México, UNAM, 1993.
- IMSS, *Diagnóstico*, México, IMSS, 1995.
- , *Ley del Seguro Social*, México, IMSS, 1996.
- , *Aportes al debate, la seguridad social ante el futuro*, México, IMSS.

- , *Evidencias para el debate. Resultados y perspectivas financieras de la seguridad social*, México, IMSS.
- , *Informe anual*, México, IMSS, 2003.
- LAURELL, Asa Cristina, *La reforma contra la salud y la seguridad social*, México, Era, Frierich Ebert, 1997.
- LAURELL, Asa Cristina y Liliana RUIZ, *¿Podemos garantizar el derecho a la salud?*, México, Fundación Frierich Ebert, 1966.
- LÓPEZ ARKELLANO, Oliva, "La política de salud en México", en LAURELL, Asa Cristina (ed.), *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*, México, Fundación Friedrich Ebert, 1992.
- MARTÍNEZ, Gabriel, "Ahorro y seguridad social", documento interno, IMSS, 1997.
- MESA-LAGO, Carmelo, *Social Security and Prospects for Equity in Latin America*, Washington, D. C., World Bank Discussion Papers 139, 1991.
- , *Portfolio Performance of Selected Social Security Institutes in Latin America*, Washington, D. C., World Bank Discussion Papers 140, 1991.
- MOLINAR, Juan y José WELDON, "Programa Nacional de Solidaridad: determinantes partidistas y consecuencias electorales", *Estudios Sociológicos* 12 (34), 1994.
- PODER EJECUTIVO FEDERAL, *Programa de Reforma del Sector Salud*, México, Poder Ejecutivo Federal, 1996.
- SÁENZ GARZA, Miguel Ángel, "La reforma a la seguridad social mexicana, cambios a la iniciativa presidencial", *El Cotidiano* (78), 1996.
- SALES SARRAPI, Carlos, Fernando SOLÍS SOBERÓN y Alejandro VILLAGÓMEZ AMEZCUA, "La reforma al sistema de pensiones: el caso mexicano", *Gazeta de Economía*, suplemento, 2 (4), 1997.
- SALINAS DE GORTARI, Carlos, *III Informe de Gobierno*. Anexo estadístico, México, Gobierno Federal, 1991.
- SECRETARÍA DE SALUD, www.salud.gob.mx, 1999.
- , *Visión de conjunto de la Reforma al Sistema Nacional de Salud*, Documento Mod. sist 07 09 95, documento interno, 1995.
- , *Programa Nacional de Salud*. México, Secretaría de Salud, 1991.

- SPALDING, Rose, "State Power and its Limits: Corporatism in México", *Comparative Political Studies*, 14 (2), 1981.
- ULLOA PADILLA, Odilia, "Nueva Ley del Seguro Social: la reforma previsional de fin de siglo", *El Cotidiano* (78), 1996.
- URQUIDI, Víctor L., "Perspectivas de la economía mexicana con especial referencia a la deuda externa", *Revista de El Colegio de Sonora* 1 (1), 1988.
- , "Perspectivas sobre el desarrollo económico de México en los noventa", en COOK, María Lorena, Kevin MIDDLEBROOK y Juan MOLINAR HORCASITAS (eds.), *Las políticas de la reestructuración económica en México*, México, Cal y Arena, 1995.

CAPÍTULO VIII

- ALONSO, Guillermo, "La reforma del seguro social argentino", ponencia presentada en el Coloquio: "Revisando las reformas sociales de la década del 90 en América Latina", México, El Colegio de México, 2004.
- BANCO MUNDIAL, "World Bank in Pensions", [http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/HDdocs.nsf/pensions/bce6347a2709eb1852567680080909a?Open Document](http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/HDdocs.nsf/pensions/bce6347a2709eb1852567680080909a?OpenDocument), 2005.
- BIRDSALL, Nancy y Augusto DE LA TORRE, *El disenso de Washington. Políticas económicas para la equidad social en Latinoamérica*, Washington, D. C., Carnegie Endowment for International Peace y Interamerican Dialogue, 2001.
- FILGUEIRA, Fernando, "The Structural and Political Keys of the Reluctant Latin American Social State and its Interplay with Democracy: The Development, Crises and Aftermath of Universal, Dual and Exclusionary Social States", ponencia presentada en el Coloquio: "Revisando las reformas sociales de la década del 90 en América Latina", México, El Colegio de México, 2004.
- HOLZMAN, Robert y Richard HINZ, "Old Age Income Support in the Twenty-first Century: an International Perspective on Pension System Reform", Washington, D. C., Banco Mundial, 2005. Versión Web: www.worldbank.org.pensions.

- HOMEDES, Nuria y Antonio UGALDE, "Why Neoliberal Reforms have Failed in Latin America", *Journal of Health Policy*, 71, 2005.
- HUBER, Evelyn y Fred SOLT, "Success and Failures of Neoliberalism", *Latin American Research Review* 39 (3), 2004.
- LORA, Eduardo, Ugo PANIZZA y Myriam QUISPE-AGNOLI, "Reform Fatigue: Symptoms, Reasons and Implications", *Economic Review*, Federal Reserve Bank of Atlanta, 2004.
- MATHEWS, Jessica T. y Peter HAKIM, "Prólogo", en BIRDSALL, Nancy y Augusto DE LA TORRE, *El disenso de Washington. Políticas económicas para la equidad social en Latinoamérica*, Washington, D. C., Fondo Carnegie para la Paz y Diálogo Interamericano, 2001.
- MESA-LAGO, Carmelo, "La reforma de pensiones en América Latina. Modelos y características, mitos, desempeños y lecciones", en YH, Katia YH, Carmelo MESA-LAGO y M. NITSH (eds.), *¿Públicos y privados? Los sistemas de pensiones en América Latina después de dos décadas de reformas*, Caracas, Nueva Sociedad, 2004.
- , *Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social*, CEPAL, 2004.
- MESA-LAGO, Carmelo y Fabio BERTRANOU, *Manual de economía de la seguridad social*, Montevideo, CLAEH, 1998.
- MINISTERIO DE SALUD, República de Chile, *Reforma de Salud*, Santiago de Chile, 2003. Se puede consultar en: <http://www.minsal.cl>.
- NIGENDA, Gustavo, "El Seguro Popular de Salud en México. Desarrollo y retos para el futuro", *Nota técnica de salud* 2/2005, Banco Interamericano de Desarrollo, 2005.
- ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICO (OCDE), *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud*, México, OCDE, 2005.
- ORZAG, P. y Joseph STIGLITZ, "Rethinking Pension Reform: Ten Myths about Social Security System", ponencia presentada a la conferencia del Banco Mundial "New Ideas about Old Age Security", Washington, D. C., 1999.
- PILOTO, AUGE, *Documento para la aplicación del Sistema AUGE en las redes de atención del Sistema Nacional de Servicios de*

Salud, Versión 1.1, 2004. Se puede consultar en: <http://www.minsal.cl>.

PLATAFORMA INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, Democracia y Desarrollo y Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Derecho a la Salud, "Situación de países de América Latina", TORRES, Mauricio y PAREDES, Natalia (eds), 2005. Se puede consultar en: www.pidhdd.org/salud.pdf.

SALUD PÚBLICA DE MÉXICO, "Seguro Popular de Salud. Siete perspectivas", *Salud Pública de México*, 47 (1), 2005.

SECRETARÍA DE SALUD, Catálogo de Servicios Esenciales de Salud. Se puede consultar en: <http://www.salud.gob.mx>. Consultado el 25 de junio de 2005.

STIGLITZ, Joseph, "A Fair Deal for the World", *New York Review of Books*, 2002.

WALTON, Michael, "Neoliberalism in Latin America: Good, Bad or Incomplete?", *Latin American Research Review* 39 (3), 2004.

*Salud pública y regímenes de pensiones
en la era neoliberal. Argentina, Brasil,
Chile y México (1980-2000),*

se terminó de imprimir en marzo de 2007
en los talleres de Publidisa Mexicana, S.A. de C.V.,
Calzada Chabacano 69, planta alta, col. Asturias,
06850, México, D.F.

Tipografía y formación: Irma Martínez Hidalgo.

Portada: Irma Eugenia Alva Valencia.

La edición estuvo al cuidado de la Dirección
de Publicaciones de El Colegio de México.

CENTRO DE ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS

El libro ofrece un análisis caso por caso de las circunstancias, acciones y reacciones frente a las reformas a la salud y a la seguridad social que se instituyeron en Argentina, Brasil, Chile y México desde fines de los ochenta, y una descripción a grandes rasgos de la situación hoy enfrentada por estos países tras estas reformas.

Al principio de los noventa, cada uno de estos cuatro países atravesaba circunstancias distintas: unos revisando las reformas previas, otros instituyéndolas por primera vez; unos reformando en un contexto de crisis, otros en una coyuntura económica favorable. En este proceso se redefinió, una y otra vez, la responsabilidad del Estado frente a la población, particularmente la de menores ingresos. En el amplio contexto de las políticas de restructuración y estabilización, se llevaron a cabo dos tipos de reformas: las primarias o administrativas que buscaban empequeñecer y capacitar al Estado, y las secundarias de reasignación de recursos y reorganización de servicios públicos hacia los más necesitados.

En el primer lustro del siglo **xxi**, los países de la región enfrentan una situación en la que se reconocen las limitaciones y los vicios de los elementos de políticas sociales generadas en la década del neoliberalismo, pero todavía no se perfila una capacidad política o financiera de corregir las reformas. Sin embargo, el surgimiento, en estos años, de líderes políticos más cercanos a las bases populares y preocupados por el bienestar de las masas en Argentina, Brasil, Chile y varios países más de la región, hace esperar que una nueva era se esté abriendo, en la cual los gobiernos puedan reconstruir sobre bases sólidas los sistemas de bienestar parcialmente desmantelados durante las décadas del neoliberalismo, pero a la vez incorporen las experiencias y los programas positivos de esa era. Se espera que este libro, al enfatizar los aspectos políticos de las reformas, contribuya a definir las opciones que se abren a principios del siglo **xxi**.

ISBN 968-12-1278-9



9 789681 212780

C EL COLEGIO
M DE MÉXICO