
políticas sociales

Efectos de la crisis global
sobre la seguridad social de salud
y pensiones en América Latina
y el Caribe y recomendaciones
de políticas

Carmelo Mesa-Lago



NACIONES UNIDAS



División de Desarrollo Social

Santiago de Chile, octubre de 2009



Este documento fue preparado por Carmelo Mesa-Lago, consultor de la División de Desarrollo Social, bajo la supervisión de Ana Sojo. Se elaboró con recursos del presupuesto ordinario de la CEPAL, y su publicación se realiza con recursos del programa CEPAL/Sida “Enhancing Economic and Social Conditions and Opportunities of Vulnerable Groups in Latin America”, proyecto SWE/07/001, Responsabilidad fiscal y protección social.

Las opiniones expresadas en este documento, son de la exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

Aunque asumiendo plena responsabilidad por el trabajo, el autor agradece su ayuda y los valiosos materiales suministrados a la AISS (respuestas a encuesta, provistas por Roland Siggs y Ian Orton), Alberto Arenas de Mesa, Armando Barrientos, Paula Benavides, Camilo Cid, Fabio Bertranou, Fabio Durán Valverde, Gabriel Lagomarsino, Jeffrey Lizardo, Peter Lloyd-Sherlock, Luis Guillermo López, Alberto Muñoz, Néida Redondo y Rafael Rofman. Especialmente agradece a Ana Sojo el estímulo y apoyo para escribir este documento y sus sugerencias para mejorarlo.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN versión impresa 1564 - 4162 ISSN versión electrónica 1680-8983

ISBN: 978-92-1-323336-8

LC/L.3104-P

N° de venta: S.09.II.G.85

Copyright © Naciones Unidas, septiembre de 2009. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	5
Introducción	7
I. Fortalezas y debilidades de la seguridad social en la región previas a la actual crisis	11
A. Cobertura.....	12
B. Suficiencia y calidad de las prestaciones.....	17
C. Igual trato y solidaridad social.....	20
D. Equidad de género.....	23
E. Eficiencia y costo administrativo.....	25
F. Sustentabilidad financiera	29
II. Los efectos actuales y potenciales de la crisis global sobre la seguridad social en la región, a la luz del punto de partida	37
A. Cobertura.....	37
B. Suficiencia y calidad de las prestaciones.....	40
C. Igual trato y solidaridad social.....	42
D. Equidad de género	44
E. Eficiencia y costo administrativo.....	45
F. Sustentabilidad financiera	46
III. Conclusiones y políticas para atenuar los efectos de la crisis en la seguridad social	55
A. Impactos y políticas en previas crisis	55
B. Fortalezas y debilidades antes de la crisis actual.....	56
C. Efectos ya ocurridos de la crisis actual.....	61
D. El impacto potencial de la crisis actual	64
E. Políticas para atenuar el impacto de la crisis en curso	66
Bibliografía	73

Serie Políticas sociales: números publicados	77
---	----

Índice de cuadros

CUADRO 1	AMERICA LATINA Y EL CARIBE: TAXONOMIA BASADA EN LA COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y ALGUNOS FACTORES INFLUYENTES, 2004-2006.....	13
CUADRO 2	AMERICA LATINA Y EL CARIBE, INDICADORES DE SUFICIENCIA DE LAS PRESTACIONES, 2007.....	18
CUADRO 3	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, INDICADORES DE DISPARIDADES EN LA COBERTURA EN PENSIONES POR LOCALIDAD, INGRESOS Y GÉNERO, 2006.....	22
CUADRO 4	AMERICA LATINA Y EL CARIBE, INDICADORES DE EFICIENCIA EN SALUD (INSUMOS Y PRODUCTOS) 2005-2008.....	26
CUADRO 5	AMERICA LATINA Y EL CARIBE, INDICADORES DEL GASTO DE SALUD, 2005	30
CUADRO 6	AMERICA LATINA Y EL CARIBE: INDICADORES FINANCIEROS DE PENSIONES, 2005-2007.....	34
CUADRO 7	AMERICA LATINA Y EL CARIBE, IMPACTO DE LA CRISIS EN LA COBERTURA DE PENSIONES Y SALUD 2007-2009.....	39
CUADRO 8	AMERICA LATINA Y EL CARIBE, IMPACTO FINANCIERO DE LA CRISIS EN LOS SISTEMAS DE PENSIONES 2007 Y 2008	50
CUADRO 9	AMERICA LATINA Y EL CARIBE: COMPARACION DE INDICADORES DE SALUD Y PENSIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN LOS TRES GRUPOS ANTES DE LA CRISIS, 2007	57

Resumen

Varios organismos internacionales y expertos han evaluado a nivel global los efectos económicos de la crisis en curso sobre el empleo y los fondos de pensiones. Pero virtualmente no hay nada publicado sobre sus efectos en la seguridad social en América Latina y el Caribe, especialmente en la salud. Este documento intenta llenar ese vacío crucial analizando comparativamente el impacto ocurrido y potencial de la crisis sobre los programas de salud y pensiones de seguridad social en América Latina y el Caribe, y recomienda políticas para atenuar sus efectos.

La crisis ha incrementado el desempleo, el sector informal y la pobreza, lo cual, puede a su vez disminuir la cobertura de la seguridad social, deteriorar el acceso efectivo a la atención de salud y la calidad de sus prestaciones, así como la solidaridad social y la equidad de género; ya ha reducido fuertemente el valor y rentabilidad de los fondos de pensiones. Las crisis crean desequilibrios financieros en la seguridad social porque 1) sus ingresos disminuyen por la caída en las contribuciones salariales, los aportes fiscales, la rentabilidad de la inversión y las reservas, combinados con incrementos en la evasión y la morosidad; y 2) sus gastos aumentan debido a mayor demanda por prestaciones de desempleo y asistencia social, subida en los costos de medicamentos y equipo sanitario, y presión para ajustar las pensiones a la inflación.

El documento se divide en cuatro partes. La primera explica el vacío existente en la literatura, la importancia del trabajo, la metodología y los obstáculos enfrentados. La segunda parte analiza las fortalezas que gozaban y las debilidades que sufrían los programas de salud y pensiones antes de la crisis. La tercera evalúa el impacto ya producido por la crisis, y el potencial.

La cuarta parte presenta las conclusiones y sugiere políticas para atenuar/recuperar los efectos de la crisis en salud y pensiones, al Estado, las instituciones de seguridad social, el sector privado y los organismos internacionales y regionales.

Como criterios para evaluar la situación antes de la crisis y sus efectos sobre la seguridad social se utilizan seis aspectos de la organización de la seguridad social: 1) cobertura de la fuerza laboral y la población, 2) suficiencia y calidad de las prestaciones, 3) igualdad de trato y solidaridad social, 4) equidad de género, 5) eficiencia y costo administrativo, y 6) sustentabilidad financiera. Además se usa una taxonomía de tres grupos de países, basada en múltiples indicadores, como marco de referencia para el análisis de la situación previa a la crisis, sus impactos y las sugerencias de políticas.

Como el documento se terminó a fines de julio de 2009, se confrontó escasez de información para evaluar el impacto de la crisis, especialmente en los programas de salud; no obstante, compila cifras hasta fines de 2008 e información adicional parcial del primer semestre de 2009.

Introducción

América Latina y el Caribe han sido afectadas por crisis económicas recurrentes. Las más recientes y extendidas ocurrieron en los decenios del 70 y el 80, pero también en algunos países en los años 90 e inicios del siglo XXI. Las crisis anteriores fueron provocadas mayormente por factores endógenos (por ejemplo, el sobreendeudamiento en los 80), mientras que la actual surgió en los Estados Unidos, se extendió a los países desarrollados y luego impactó a la región. La región ahora se encuentra mejor preparada que en los 80 para enfrentar las crisis, porque tiene mayor disciplina fiscal, menor deuda pública externa, superiores reservas internacionales y superávit en la cuenta corriente. Los problemas principales surgen del *shock* comercial por la mayor apertura de la región al mundo: caída en el comercio internacional, el precio de las materias primas, los términos de intercambio, la inversión externa directa, el acceso al crédito, el turismo y las remesas, factores que habían impulsado el crecimiento en los últimos años (CEPAL, 2009c; Grynspar, 2009; Mattar, 2009).

La actual crisis financiera-económica, la mayor desde la Gran Depresión, afecta a todos los países del mundo, aunque con diversa potencia. América Latina y el Caribe ya sufren sus efectos, aunque hasta ahora no han sido tan fuertes como los provocados por la crisis de los años 80 (la “década perdida”). Pero la recesión comenzó en el cuarto trimestre de 2008, y empeoró durante el primer semestre de 2009.

Frente a una tasa promedio anual de crecimiento de 5,4% en la región en 2004-2008, CEPAL (2009c) proyectó en julio una caída de -1,9% en 2009, igual al Banco Mundial que proyecta un promedio mundial de -2,9%.

Las proyecciones han ido empeorando según ha avanzado la crisis: en septiembre de 2008 fue un crecimiento de 3,7% para 2009, en enero se redujo a 1%, en junio se trocó negativa en -1,7% y en julio -1,9%. La crisis pudiera haber tocado fondo, pero no se sabe cuanto comenzará la recuperación; CEPAL estima que en el segundo semestre de 2009. Se desconoce cuán efectivos serán los paquetes anticíclicos en varios países en la región; ellos no dan suficiente importancia a la protección social¹, y se dificulta su sostenibilidad debido a una disminución de 1,8% en los ingresos públicos en relación al PIB². La crisis de los 80s demostró que puede tomar largo tiempo y esfuerzo recuperarse de ella; la OIT (2009b) corrobora que, a partir del inicio de la recuperación, toma entre cuatro y cinco años para que el mercado laboral recobre su nivel anterior.

Varios organismos internacionales y sus expertos han evaluado a nivel global los efectos económicos de la “Gran Recesión” en el empleo y el desempleo, así como en los fondos de pensiones. Son escasos los análisis con base empírica sólida sobre los efectos sociales de la crisis en América Latina y el Caribe y las políticas para aliviarlos, y el vacío es especialmente notable en el campo de la salud.

La crisis ha generado un notable incremento del desempleo (se predice entre 3 y 4 millones de desocupados más en América Latina y el Caribe encima de los 16 millones existentes en 2008), un incremento del sector informal de la economía (usualmente no asegurado), y 7 millones de trabajadores que caerán en la pobreza extrema (Cox, 2009; CEPAL, 2009b; OIT, 2009a). Estos efectos posiblemente revertirán los progresos logrados en años recientes en la región y reducirán la cobertura de la seguridad social. Además la crisis ha provocado una caída drástica en el valor de los fondos de pensiones (pérdida de US\$12.800 millones en la región a fines de 2008), así como en su rentabilidad (-10%). También puede deteriorarse el acceso efectivo a la atención de salud y la calidad de sus prestaciones, así como la solidaridad social y la equidad de género, y retroceder los avances logrados en las Metas del Milenio (Sojo, 2009). Las recesiones fuertes o crisis crean desequilibrios financieros en la seguridad social por dos razones: 1) sus ingresos disminuyen por la caída en las contribuciones salariales, los aportes fiscales, la rentabilidad de la inversión y las reservas, combinados con incrementos en la evasión y la morosidad, y 2) sus gastos aumentan debido a mayor demanda por prestaciones de desempleo y asistencia social, subida en los costos de medicamentos y equipo sanitario, y presión para ajustar las pensiones a la inflación.

Las políticas claves para enfrentar la crisis han sido principalmente macroeconómicas, y algunas sociales. Entre ellas, medidas monetarias y fiscales anticíclicas, como recorte de impuestos, facilitación del crédito, ayuda del pago de hipotecas, préstamos a grandes a empresas en quiebra. Una amplia gama se encamina a contener el desempleo, proporcionar ingresos a los parados y estimular la demanda; planes de empleo de emergencia (promoción de trabajo intensivo, empleo en infraestructura), trabajos para mujeres, subsidios a empresas que retengan a sus empleados, créditos a PYMES, reentrenamiento de trabajadores despedidos y extensión del período de otorgamiento de la prestación de desempleo, crédito y exención de impuestos a empresas pequeñas y medianas; y fomento del trabajo decente incluyendo el mantenimiento del poder adquisitivo del salario mínimo (CEPAL, 2009b, 2009c; OIT, 2009b).

La seguridad social no puede atacar las causas de la crisis, pero juega un papel crucial en absorber los shocks, reemplazar el ingreso perdido, contener/reducir la pobreza, mantener la atención de la salud, reforzar la solidaridad, reducir las desigualdades, y adoptar medidas clave para la protección social de los sectores más afectados por la grave recesión y, por tanto, fortificar

¹ Stiglitz (2009) afirma que el proteccionismo perjudica a los países en desarrollo y la protección social; aboga por un plan mundial de reactivación económica, asistencia al mundo en desarrollo y apoyo a la protección social para que actúe como estabilizador.

² Al final del primer trimestre de 2009, la mitad de los países latinoamericanos habían aumentado el gasto público como porcentaje del PIB para enfrentar la crisis: Argentina 5,7%, Colombia 4,2%, Perú 2,4%, Chile 2,2%, Bolivia 1,9%, Brasil 1%, Guatemala 0,8%, Costa Rica 0,7%, México y Honduras 0,6%. El promedio para la región era 1,4%, muy modesto comparado con los EEUU y China (Mattar, 2009).

la cohesión social. Por todas estas razones, debe ser un instrumento esencial en la respuesta a la crisis (AISS, 2008; BID 2009; OIT, 2009c).

Este documento compara el impacto de la crisis en curso sobre los seguros sociales de salud (enfermedad-maternidad) y pensiones (vejez, invalidez y sobrevivientes), que son los que cubren a más asegurados y generan la mayor parte del gasto total de seguridad social en América Latina y el Caribe³, pero también incluye las pensiones no contributivas o asistenciales, la atención de salud en el sector público y algunos programas pertinentes de protección social. Además, recomienda políticas para atenuar los efectos de la crisis. Para ayudar a predecir los potenciales efectos de la crisis en curso y extraer lecciones en materia de políticas se considera brevemente como punto de referencia el impacto que la crisis del decenio del 80 y otras crisis en los años 90 y comienzos del presente siglo en algunos de sus países tuvieron en la seguridad social de la región⁴.

Los efectos de la crisis sobre los programas de salud y pensiones se evalúan utilizando como criterios seis aspectos convencionales de la seguridad social forjados por la OIT y que el autor ha estudiado en dos documentos previos publicados por la CEPAL⁵: 1) cobertura de la fuerza laboral y la población; 2) suficiencia y calidad de las prestaciones; 3) igualdad de trato y solidaridad social; 4) equidad de género; 5) eficiencia y costo administrativo, y 6) sustentabilidad financiera. Se analizan las fortalezas que gozaban y las debilidades que enfrentaban los programas de salud y pensiones de la seguridad social antes de la crisis en cada uno de los principios. Para dar cuenta de la gran diversidad de la región, se desarrolla una taxonomía de tres grupos de países.

Finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones de políticas para atenuar/recuperar los efectos sociales nocivos de la crisis, que involucran al Estado, entes de seguridad social, sector privado y organismos internacionales. Se cuestionan las políticas de los decenios precedentes que promovieron un corte drástico del papel estatal y de la regulación, a la par de un aumento del mercado y del sector privado, descuidando las políticas de protección social. Las recomendaciones otorgan al Estado el papel social crucial que le corresponde en la presente encrucijada y en el futuro de la región.

El análisis de las fortalezas y debilidades de los programas de seguridad social en la región demanda una diferenciación por países, debido a la importante diversidad entre ellos tanto en el grado de desarrollo de la seguridad como en el cumplimiento de sus principios. El autor encaró por vez primera este reto hace 25 años, distinguiendo tres grupos de países, pionero-alto, intermedio y pionero-bajo, con base en once variables: año del inicio de los programas, cobertura de la PEA y la población, contribución, costo de seguridad social como porcentaje del PIB, gasto fiscal y

³ Se analiza el impacto de la crisis de los 80 en la seguridad social de algunos países del Caribe no Latino, así como sus fortalezas y debilidades antes de la crisis actual, pero no se logró obtener información sobre el efecto de la crisis actual, con una excepción.

⁴ Las estadísticas de las entidades de seguridad social usualmente toman entre seis meses y un año para publicarse o colgarse en el Internet, mientras que las encuestas de hogares se realizan cada dos años. Las respuestas a un cuestionario sobre el impacto de la crisis en la seguridad social en 47 países (siete de ellos en la región⁴) conducida por la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS 2009a) en febrero-marzo de 2009 y proporcionadas al autor, fueron muy útiles, aunque la información es de fines de 2008. Otra ayuda han sido las estadísticas normalizadas de los sistemas privados de pensiones publicadas semestralmente por la Asociación Internacional de Organismos de Supervisión de Fondos de Pensiones (AIOS), que en junio de 2009 ya tenía disponible en el Internet las estadísticas de nueve países a fines de 2008; no existe una publicación similar para los sistemas públicos de pensiones, ni para los programas de salud. Ha sido extremadamente difícil obtener datos para el primer semestre de 2009, aunque hay alguna información especialmente del primer trimestre. El impacto de la crisis en los programas e indicadores de salud toma más tiempo en materializarse, lo cual en pensiones ha sido otra barrera adicional para el análisis. La encuesta Américas Barómetro (LAPOP) realizada en 18 países latinoamericanos y uno caribeño, incluirá nuevos módulos sobre salud y pensiones sobre el impacto de la crisis (Mesa-Lago, 2009c), pero no se tomará hasta abril de 2010. El autor recibió la ayuda de muchas instituciones internacionales, nacionales y expertos pero debido a las limitaciones señaladas agradece de antemano señalamientos respecto de información o de aspectos adicionales a considerar.

⁵ En aquellas publicaciones estos aspectos fueron denominados principios. Véase *Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social* (Santiago: CEPAL Serie de Financiamiento del Desarrollo 144, 2004), y *Las reformas de la salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social* (CEPAL/GTZ, Documentos de Proyectos, 2006).

pensiones, equilibrio financiero, razón activos por pasivo, población anciana y esperanza de vida (CEPAL, 1985).

Los pionero-altos fueron los primeros en introducir sus programas, tenían los mayores cobertura, costos, desequilibrio financiero, razón activo/pasivo y esperanza de vida. Por el contrario, los tardíos bajos fueron los últimos en introducir sus programas y tenían los menores cobertura, costos, desequilibrio (generaban superávit), razón activo/pasivo, población anciana y esperanza de vida. Los intermedios se colocaban entre los dos grupos. Posteriormente, conforme a la trayectoria de los países, estos fueron reordenados dentro de la misma taxonomía (Mesa-Lago, 2008a).

Para el presente análisis se ha modificado la anterior taxonomía, suprimiendo algunas variables y agregando otras, a fin de tener en cuenta la crisis. Hay cierto reordenamiento de los países, pero los tres grupos se mantienen en gran medida sin mucho cambio. Para simplificar la exposición a lo largo del presente análisis, en el texto se aludirá a estos tres grupos respectivamente como grupos 1, 2 y 3.

I. Fortalezas y debilidades de la seguridad social en la región previas a la actual crisis

Durante el decenio del 90 y en lo que va del primer decenio del siglo, los países de América Latina han implantado reformas estructurales y paramétricas en salud y pensiones. Las estructurales cierran un sistema público (o de seguro social) o transforman elementos fundamentales del mismo, convirtiéndolo en privado o con una importante participación privada. Las reformas no estructurales o paramétricas fortalecen un sistema público a largo plazo, regulándolo, aumentando las contribuciones, mejorando la eficiencia, controlando los gastos, y en las pensiones aumentado la edad de retiro, restringiendo la fórmula de cálculo o combinando dichos cambios.

Diez países sustituyeron total o parcialmente el sistema de pensiones caracterizado por prestación definida (determinada por la ley), contribución indefinida (tiende a aumentar en el tiempo), régimen financiero de reparto o capitalización parcial colectiva y administración pública, por un sistema tipificado por contribución definida (teóricamente no debe aumentar pero puede serlo por el envejecimiento poblacional), prestación no definida (determinada por el monto salarial, contribuciones aportadas, rentabilidad de la inversión y variables macroeconómicas), régimen financiero de capitalización plena con cuentas individuales⁶ y administración privada.

⁶ Las contribuciones de los asegurados se depositan en sus cuentas individuales, se invierten y la renta de la inversión se añade a las cuentas; la pensión se calcula en base al fondo acumulado en la cuenta individual al tiempo de retiro y tablas de mortalidad sobre la expectativa de vida.

Dichas reformas conforman tres modelos diversos: 1) El *sustitutivo*, opera en Chile (pionero en 1981), Bolivia, El Salvador, México y República Dominicana (no se ha completado), “cierra” el sistema público (no permite nuevos afiliados) y lo sustituye por uno privado. 2) El *paralelo*, aplicado en Colombia y Perú, no cierra el sistema público, sino que lo reforma paramétricamente, crea un nuevo sistema privado y los dos compiten entre sí. 3) El *mixto* implementado en Argentina (se convirtió en público en 2008), Costa Rica, Panamá (desde 2008) y Uruguay, integra un programa público, que no se cierra y otorga una pensión básica (primer pilar), con un programa privado que ofrece una pensión complementaria (segundo pilar)⁷. En 2008, Chile introdujo una “re-reforma” previsional comprensiva que infundió mayor solidaridad social al sistema privado, mientras que Argentina cerró dicho sistema y traspasó a todos sus asegurados y fondos al sistema público; Bolivia está estudiando una re-reforma, y República Dominicana permitió el retorno al sistema público de los que se pasaron al privado. Los restantes diez países latinoamericanos mantienen sistemas enteramente públicos y varios han introducido reformas paramétricas, las más recientes en Brasil y Cuba. Los países del Caribe no latino tienen también sistemas públicos y no han implantado reformas estructurales.

En la mayoría de los países latinoamericanos existen tres sectores de salud: público (generalmente a cargo del ministerio de salud), seguro social (varias entidades en algunos países) y privado (que envuelve múltiples formas con o sin fines de lucro). Todos los países tienen seguro social de salud, excepto Brasil y Cuba que tienen sistemas públicos (en Brasil combinado con el sector privado). Las reformas de salud han sido implantadas en virtualmente todos los países latinoamericanos, pero son mucho más variadas que las de pensiones y con una participación privada minoritaria. No hay ningún caso de privatización total; en Brasil donde está más extendida cubre sólo a 24% de los asegurados y en Chile 16%; pero en muchos países el sector privado es dueño de la mayoría o una parte considerable de las instalaciones y equipo y su participación en el gasto de salud excede su participación en la afiliación total. No es factible distinguir entre sistemas públicos y privados como en el caso de pensiones y es muy difícil identificar modelos generales de las reformas de salud, pues al menos diez tipos existen en la región. Los países del Caribe no latino tienen generalmente sistemas públicos de atención de salud, combinado con un seguro social que no ofrece atención sanitaria pero financia prestaciones monetarias.

Para analizar las fortalezas y debilidades es necesario considerar las reformas y sus resultados, comparando cuando sea factible el desempeño de los sectores público, de seguro social y privado.

A. Cobertura

El Cuadro 1 presenta la taxonomía, ordenando a los tres grupos y los países por el grado de cobertura de la PEA en el programa de pensiones, de la población en el programa de salud y de la población mayor de 65 años en pensiones (tres primeras columnas del Cuadro).

Siguen tres variables que influyen el grado de cobertura: el tamaño del sector informal como porcentaje de la PEA urbana ocupada, la incidencia de pobreza en la población total y el otorgamiento de pensiones asistenciales a los pobres. La relación de dependencia es usada para indicar el tiempo en que los países disfrutarán del llamado “bono demográfico” (esta variable será explicada en III-F).

⁷ En Costa Rica todos los asegurados están en el pilar público y en el pilar privado; en Panamá los asegurados jóvenes deben expresamente optar por el sistema mixto, y en Uruguay la mayoría de los asegurados está en el sistema enteramente público, mientras que el resto está en el sistema mixto y recibe la pensión fundamental del pilar público.

CUADRO 1
AMERICA LATINA Y EL CARIBE: TAXONOMIA BASADA EN LA COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y ALGUNOS FACTORES INFLUYENTES, 2004-2006

Grupos Países ^a	Cobertura (%) ^b			Sector informal (%) ^c	Incidencia pobreza (%) ^d	Pensiones asistencia (%) ^e	Relación de dependenci a (%) ^f
	Pensiones	Salud	Pensiones				
	PEA	Población	pob. 65 +				
Grupo 1							
Chile	62,7	88,4	61,7	28,2	13,7	X	48,9
Costa Rica	62,7	86,8	41,3	32,2	19,0	X	51,7
Uruguay	60,9	49,9 ^h	85,6	41,2	18,8	X	59,2
Brasil	48,1	ⁱ	85,3	39,3	33,3	X	51,2
Argentina	39,2	58,9	70,5	37,0	21,0	X	57,4
Panamá	45,0	64,6	41,7	36,3	30,8		57,0
Grupo 2							
Colombia	31,8	53,3	25,3	42,9	46,8		54,8
República Bolivariana de Venezuela	35,3	38,3	31,3	47,5	30,2		57,0
México	35,9	45,3	23,3	41,0	31,7		57,5
Grupo 3							
Ecuador	26,2	16,5	17,4	51,9	43,0		61,6
El Salvador	29,2	15,8	16,2	49,6	47,5		64,7
Guatemala	26,8	16,6	15,4	51,6	60,2		90,1
R. Dominicana	20,2	27,5	11,9	46,3	44,5		63,9
Perú	14,0	13,3	27,7	60,0	44,5		59,5
Estado Plurinacional de Bolivia	12,5	25,8	18,0	65,4	63,9	X ^j	73,7
Nicaragua	18,5	18,8	0,3	55,2	69,4		71,8
Paraguay	12,7	12,4	14,9	55,8	60,5		68,2
Honduras	20,1	8,2	5,3	54,2	71,5		78,3
Promedios ^g	33,3	37,6	33,0	44,1	37,3		56,4

Fuente: Elaboración del autor: primera y tercera columnas de Rofman, Luchetti y Ourens 2008; segunda y sexta de Mesa-Lago, 2008a, 2009, actualizado con IHSS 2008, INSS 2008, OIT 2008, Tesorería 2009; cuarta y quinta de CEPAL 2008a, y séptima de CEPAL 2007

^a Los países se ordenan por el promedio aritmético del orden combinado de los tres tipos de cobertura; Cuba y Haití se excluyen por falta de estadísticas, la primera está en el grupo 1 mientras que la segunda al final del grupo 3.

^b Cobertura de la PEA en pensiones basada en contribuyentes activos según encuestas en 2004-2006; cobertura de la población total basada en cifras institucionales y encuestas en 2000-2007 (excluye el sector público); cobertura en pensiones de la población de 65 y más años basada en encuestas 2004-2006.

^c Porcentaje de la PEA urbana ocupada.

^d Porcentaje de la población total.

^e Pensiones de asistencia social otorgadas a los ancianos pobres.

^f La suma de la población de edad 0-14 más la de 65 y más años, dividida por la población en edad productiva (15-64 años) multiplicado por 100.

^g Promedios aritméticos salvo pobreza y relación de dependencia que son ponderados por CEPAL.

^h Incluye cobertura por mutuales (IAMC), la cobertura es muy difícil de estimar y creció considerablemente después de 2006.

ⁱ Brasil no tiene seguro social de salud pero un sistema público con alta cobertura, debido a la falta de este indicador se le colocó después de Uruguay.

^j No realmente una pensión asistencial focalizada en los pobres.

- Los países del grupo 1 (Chile, Costa Rica, Uruguay, Brasil, Argentina y Panamá), los socialmente más desarrollados, gozan de la cobertura combinada mayor, facilitada porque tienen el menor sector informal (usualmente no cubierto por la seguridad social), así como la incidencia de pobreza inferior, además otorgan pensiones asistenciales a los pobres⁸ (salvo Panamá). También tienen la relación de dependencia más baja (transición demográfica avanzada), disfrutan del bono demográfico pero su ventana de oportunidad es más corta que en los otros dos grupos.
- Los países del grupo 2 (Colombia, Venezuela y México) ocupan una posición intermedia entre los grupos 1 y 3 respecto a su desarrollo social, la cobertura y los factores que la influyen, así como la relación de dependencia (transición demográfica avanzada, y ventana de oportunidad intermedia).
- Los países del grupo 3 (Ecuador, El Salvador, Guatemala, República Dominicana, Perú, Bolivia, Nicaragua, Paraguay y Honduras) son los menos desarrollados socialmente, sufren la cobertura combinada menor porque tienen el sector informal y la incidencia de pobreza mayores, y no otorgan pensiones asistenciales a los pobres⁹. Estos países tienen la relación de dependencia mayor (transición demográfica plena; moderada en Guatemala) y un período más largo para disfrutar del bono demográfico.

Aunque los tres grupos permanecen iguales en la taxonomía (debido a la brecha consistente que aparece entre las variables o indicadores), los países dentro de cada grupo pueden variar su orden¹⁰. En algunas comparaciones ha sido posible incorporar a los cinco países mayores del Caribe no latino, los cuales tienen diverso desarrollo de la seguridad social (Barbados, Bahamas, Trinidad & Tobago, Jamaica y Guayana) pero se muestran separados de América Latina por la imposibilidad de sistemáticamente compararlos en todos los indicadores. Bahamas, Barbados y Trinidad & Tobago ofrecen pensiones asistenciales, tienen un sector informal e incidencia de pobreza reducidos y se asemejan a los países del grupo 1, mientras que Jamaica y Guayana no otorgan pensiones asistenciales, tienen un sector informal e incidencia de pobreza más altos y son parecidos a los países del grupo 3.

Antes de la presente crisis, los tres grupos exhibían notables variaciones en los tres tipos de cobertura, así como los países clasificados dentro de cada grupo, en cuanto a la PEA afiliada a sistemas de pensiones, la población total con cobertura de salud y la población pensionada (ver Cuadro 1). Los promedios no ponderados de cobertura en los 18 países eran: 33,3% de la PEA en pensiones, 37,6% de la población total en salud y 33% de la población mayor de 65 años en pensiones. Aunque hay diferencias notables entre los países, aproximadamente dos tercios de las poblaciones respectivas carecían de cobertura de seguro social.

1. Salud

La tendencia en la cobertura de la población por el seguro social de salud hasta la crisis es difícil de trazar pues no está procesada la información de las encuestas como en el caso de las pensiones. El promedio de cobertura regional, antes de las reformas de salud, aumentó de 43% a 52% en 1980-1990, pero disminuyó a 37,6% en 2004-2007 después de dichas reformas. Aunque no se puede medir con exactitud la tendencia en la cobertura o acceso total combinando los tres sectores de

⁸ Los cinco países con programas de pensiones no contributivas han reducido la pobreza; en Costa Rica la disminuyeron en 2 puntos porcentuales entre 2007 y 2008 (Mesa-Lago, 2009e).

⁹ Bolivia concede una pensión "universal" independiente del ingreso, pero 84% de la población rural pobre no la recibe por falta de información y dificultades para cumplir los trámites.

¹⁰ Los países se ordenan basados en el promedio aritmético del orden de las variables; los promedios muestran una clara brecha entre los tres grupos.

salud, hubo una disminución en el acceso al sector público y en la cobertura en el seguro social, pero un aumento en el aseguramiento privado (Mesa-Lago, 2008a).

En un análisis de regresión en proceso, el autor ha encontrado una correlación negativa significativa entre la cobertura (variable dependiente) y el grado de informalidad de la fuerza laboral y la incidencia de pobreza (variables independientes). Aunque la estructura de la fuerza laboral (trabajo informal o precario) es una fuerte barrera a la extensión de la cobertura, hay países que han implementado políticas exitosas para vencer ese obstáculo.

Costa Rica ha logrado la cobertura más alta por el seguro social de salud, por dos razones: a) otorga los servicios a los trabajadores que contribuyen y sus familias, así como a los pobres y sus familias respectivas mediante financiamiento estatal, y b) provee incentivos a la afiliación de los trabajadores independientes de bajo ingreso, tanto en salud como en pensiones, mediante el financiamiento estatal de la contribución del empleador—de la cual ellos carecen y que promedia dos tercios de la contribución total en la región. La cobertura contributiva de los trabajadores independientes entre 2003 y 2008 creció de 38% a 63% en salud y de 21% a 43% en pensiones, ambos porcentajes los más altos de la región.

Chile tiene la segunda cobertura más alta por su sistema público-seguro social de salud (70,4% de la población en 2007) debido a subsidios fiscales focalizados en los pobres y estratos de bajo ingreso, el subsidio se suspende cuando el asegurado alcanza cierto nivel de ingreso; pero cuando se agrega la cobertura de la población por las aseguradoras privadas—ISAPRE (16,6%) la cobertura total es similar a la de Costa Rica (basado en Superintendencia de Salud 2009). La reforma previsional chilena de 2008 estableció la afiliación obligatoria al sistema de salud de los trabajadores independientes a partir de 2016, y exime del pago de la contribución a los que reciben una pensión básica y carecen de recursos.

Después de la crisis de 2001, Argentina implementó en 2003-2005 políticas para extender la cobertura en salud por el Programa Federal de Salud y el seguro social (“obra social”) de jubilados y pensionados, con ello redujo la población sin cobertura en casi cinco puntos porcentuales (INDEC, 2008). México ha conseguido extender la cobertura con el Seguro Popular de Salud que exime a las familias de bajo ingreso del pago de contribuciones, y se financia con aportes del gobierno federal y los estados.

En Colombia y la República Dominicana, las reformas de seguridad social crearon un régimen subsidiado en salud que cubre a los pobres; en Colombia la cobertura de la población por dicho régimen aumentó de 12% a 24% en 1995-2002 y se ha fijado una meta de 100% para dicho grupo en 2010; en la República Dominicana la cobertura del régimen subsidiado creció de 1,8% a 12,8% en 2005-2008 aumentando la cobertura total—combinado con el régimen contributivo—de 3% a 32,5% en el período¹¹ (Restrepo y Sánchez, 2007; Mesa-Lago, 2008a, 2008b, 2009e; Tesorería, 2009).

Hay una plétora de nuevos programas asistenciales, con transferencias condicionales o incondicionales, y un enfoque integrado en la lucha contra la pobreza que no pueden ser analizados aquí: Chile Solidario (el pionero), Jefas y Jefes de Hogar en Argentina, Beneficio de Prestación Continuada en Brasil, Familias en Acción en Colombia, Bono de Desarrollo Humano en Ecuador, Red Solidaria en Honduras, Oportunidades en México, Red de Oportunidades en Panamá y Comer es Primero en República Dominicana. Entre las prestaciones que conceden hay acceso a servicios básicos de salud, nutrición, pensiones, etc. (Barrientos y Santibáñez, 2009).

¹¹ Actualmente el régimen subsidiado cubre 36,4% de la población meta, se proyecta alcanzar el 100% en 2010. Unos 100.000 pensionados y sus dependientes del esquema público de reparto cerrado (dependiente del Ministerio de Hacienda) no están cubiertos por ninguno de los dos regímenes (Lizardo, 2009a).

2. Pensiones

Las tendencias en la cobertura hasta la crisis son mezcladas y dependen no sólo de los tres grupos sino también de si esta es privada o pública. En los diez países que implementaron reformas estructurales que transformaron total o parcialmente sistemas públicos en sistemas privados, la cobertura cayó en todos ellos, promedió 38% antes de las reformas y 26% en 2004 aunque aumentó a 33% en 2007, todavía inferior al nivel pre-reforma. En los países que mantuvieron sistemas públicos, el promedio de cobertura era 39% en 2004, mayor que el promedio de los sistemas privados, y aumentó a 40,5% en 2007, también superior al promedio privado aunque cerrando algo la brecha¹² (Mesa-Lago, 2008a, 2009b).

Argentina, Brasil, Costa Rica y Uruguay estipulan la obligatoriedad legal de cobertura de los trabajadores independientes en pensiones logrando coberturas muy altas (23% a 30%), mientras que 16 países de la región excluyen a los independientes o les ofrecen afiliación voluntaria que es muy poco efectiva (0,1% a 5%). En Chile, la cobertura de los independientes era 5% en 2007, después de 26 años de reforma previsional; la ley de re-reforma de 2008 estipuló la extensión obligatoria gradual de los independientes, con el estímulo de un subsidio fiscal. Otro grupo difícil de incorporar es el de los trabajadores rurales, especialmente fuera de las grandes plantaciones, debido a su dispersión, bajo ingreso y usual falta de un empleador. Pero ha habido políticas exitosas: Costa Rica y Chile estipulan la afiliación obligatoria de estos trabajadores alcanzando coberturas de 41-44%; Brasil tiene un programa especial de pensiones rurales que protege al 50%; y en México el programa Oportunidades logró proteger al 30% (Mesa-Lago, 2008a).

La cobertura por pensiones de la población de 65 y más años exhibe una tendencia mixta en 17 países en que existe información en períodos diversos en 1990-2006. Aumentó en diez países: Colombia, Costa Rica, El Salvador, México y República Dominicana (privados), así como en Brasil, Guatemala, Honduras, Panamá y Venezuela (públicos). Cayó en siete países: Argentina, Bolivia, Chile, Perú y Uruguay (privados) así como en Ecuador y Paraguay (públicos)¹³ (Rofman, Luchetti y Ourens, 2008). La caída en los sistemas privados ha sido mayor que en los públicos. Como muestra el Cuadro 1, los países del grupo 1 tienen la protección mayor a los ancianos y los del grupo 3 la menor. Dos factores han influenciado la magnitud y tendencias diversas en dicha protección: a) una mayor cobertura contributiva de la PEA genera eventualmente mayor protección a los ancianos jubilados, y viceversa, y b) el otorgamiento de pensiones no contributivas se refleja en mayor protección a los ancianos sin pensión contributiva y recursos, así como reducción de la incidencia de pobreza.

Las más altas coberturas de la protección de los ancianos en Brasil y Uruguay resultan en parte del esquema de pensiones rurales en el primero y del programa más antiguo de pensiones no contributivas en la región en el segundo. La notable expansión de la protección de los ancianos en Costa Rica (16 puntos porcentuales entre 1991 y 2006) se debió a la combinación de expansión de la cobertura contributiva y gradual universalización de la pensión no contributiva. Por el contrario, la reducción de la protección en Chile (11 puntos porcentuales en el mismo período) obedeció a la disminución de la cobertura contributiva después de la reforma inicial, en parte compensada por pensiones no contributivas aunque limitadas por cuotas y disponibilidad presupuestaria. La re-reforma previsional chilena de 2008 universalizó la pensión no contributiva a todos los pobres y estratos de bajo ingreso, a más de flexibilizar ciertas condiciones de acceso a la pensión

¹² La cobertura promedio ponderada de los sistemas públicos está sobreestimada por el fuerte peso de Brasil que tiene la fuerza laboral mayor y una cobertura alta.

¹³ Subieron Brasil (81% a 85%), Colombia (20% a 25%), Costa Rica (25% a 41%), El Salvador (12% a 16%), Guatemala (14% a 15%), Honduras (4% a 5%), México (17% a 23%), Panamá (36% a 42%), República Dominicana (11% a 12%) y Venezuela (19% a 31%). Cayeron Argentina (78% a 70%), Bolivia (38% a 18%), Chile (73% a 62%), Ecuador (19% a 17%), Paraguay (17% a 15%), Perú (30% a 28%) y Uruguay (88% a 86%). No hay cifras de los sistemas públicos de Cuba, Haití y Nicaragua.

contributiva por lo que aumentará la protección de los ancianos (Mesa-Lago, 2008b). Frente al aumento de la pobreza de 13% a 23% entre los ancianos jefes de hogares debido a la crisis de 2001-2003, Argentina extendió la cobertura de pensiones no contributivas, sin límites presupuestarios, a todos los carentes de pensión y recursos, con lo cual redujo el referido porcentaje a 3,7% en 2005; ese año otorgó jubilaciones anticipadas a las mujeres de 55 años y hombres de 60, desempleados con 30 años de aportes, así como a los trabajadores independientes con 60/65 años y 3 años de aportes (INDEC, 2008).

La caída en la protección social de los ancianos en Bolivia (20 puntos porcentuales entre 1999 y 2005) a pesar de existir una pensión “universal” (Bonosol, Bolivida) se debió a que ésta no es focalizada, se otorga teóricamente a toda la población sin tener en cuenta el ingreso, lo recibe 80% de los beneficiarios de pensiones contributivas pero sólo 16% de los habitantes en zonas rurales cuya incidencia de pobreza es altísima; regulaciones recientes que extienden este programa (Renta Dignidad) pudieran mejorar la protección. En República Dominicana la ley de reforma de 2001 estipuló pensiones asistenciales para ancianos, discapacitados y jefas de hogar pobres bajo un régimen subsidiado, que debió comenzar en agosto de 2004, así como pensiones con un aporte fiscal para los trabajadores independientes bajo un régimen contributivo-subsidiado que debió iniciarse en agosto 2005, pero ninguno se había establecido en agosto de 2009 (Lizardo, 2009a). Ecuador está debatiendo un proyecto legal de reforma que establece una pensión “universal” pero excluyendo a los beneficiarios de pensiones contributivas y el estrato de alto ingreso.

B. Suficiencia y calidad de las prestaciones

1. Salud

El Cuadro 2 (dos primeras columnas) compara dos indicadores de suficiencia de las prestaciones de salud en América Latina: el otorgamiento de un paquete básico universal, y la cobertura de enfermedades catastróficas o acciones de alto costo y complejidad. El paquete básico se ofrece plenamente en nueve países, con limitaciones en seis, y no existe en cinco.

Hay grandes variedades en esta prestación: en Chile cubre 56 problemas de salud con derechos garantizados exigibles tanto en los sectores público-seguro social como privado; el seguro social de Costa Rica otorga cobertura integral, así como el seguro social en México pero no el Seguro Popular de Salud; en Brasil el paquete básico (Piso de Atención Básica) tiene una parte fija extendida a toda la población y una parte variable (salud familiar, farmacia básica, agentes comunitarios, bolsa de alimentación).

Dos países tienen dos paquetes distintos: en Colombia el del régimen contributivo es el doble que el del régimen subsidiado para los pobres, mientras que en República Dominicana el paquete del régimen subsidiado es superior al del régimen contributivo y los afiliados a éste deben abonar un copago.

La cobertura de riesgos catastróficos existe en nueve países (es limitada en el sector público de la República Dominicana), es parcial en dos y no existe en nueve; también aquí hay una gran diversidad en los países.

El grupo 1 está en el tope en cuanto a los dos indicadores, con pequeñas diferencias entre los países. Por el contrario, ocho de diez países del grupo 3 o bien no ofrecen un paquete básico o lo otorgan con limitaciones y ocho no cubren contra riesgos catastróficos. De hecho hay un conflicto, pues el costo de cubrir los riesgos catastróficos es muy alto y resta recursos escasos para conceder el paquete básico universal que debe tener prioridad ya que resolvería la mayoría de los problemas de salud típicos en los países del grupo 3 de acuerdo a su perfil de morbi-mortalidad.

CUADRO 2
AMERICA LATINA Y EL CARIBE,
INDICADORES DE SUFICIENCIA DE LAS PRESTACIONES, 2007

Grupos Países ^a	Salud		Pensiones	
	Paquete básico	Catastróficos	Mínima	Ajuste periódico
Grupo 1				
Uruguay	Sí	Sí	Sí	Índice salario
Brasil	Sí	Sí	Sí	CPI
Costa Rica	Sí	Sí	Sí	CPI
Chile	Sí ^d	Sí	Sí	U.F. ^h
Argentina	Sí	Sí	Sí	Discrecional
Cuba	Sí	Sí	Sí	No
Panamá	Sí	Parcial	Sí	Discrecional ⁱ
Grupo 2				
Colombia	Si, dos ^e	Sí	Sí	CPI
México	Sí, parcial	Parcial ^f	Sí	CPI
Venezuela	No	No	Sí	Discrecional ^j
Grupo 3				
R. Dominicana	Sí, dos ^e	Sí	Sí	IPC ^k
El Salvador	No	Sí	Sí	Discrecional ^l
Paraguay	Sí, parcial	No ^f	Sí	CPI
Guatemala	Sí, limitado	No ^f	Sí	Discrecional
Bolivia	Sí, limitado	No ^f	No	U.F.V. ^m
Nicaragua	Sí, limitado	No ^f	Sí	Discrecional
Perú	Sí, parcial	No ^f	Limitada ^g	Discrecional
Ecuador	No	No ^f	Sí	Discrecional
Honduras	No	No ^f	Sí	No
Haití	No	No	No	No

Fuente: Mesa-Lago 2008a actualizado con US-SSA, 2008, Lizardo, 2009a y legislación.

^a Los países se han ordenado por el promedio del orden de los cuatro indicadores.

^b Cobertura de acciones de alto costo y complejidad.

^c De la pensión general, no siempre de la mínima.

^d Derechos garantizados exigibles.

^e En Colombia, la del régimen contributivo es mejor que la del régimen subsidiado, mientras que es lo opuesto en la República Dominicana.

^f Cubierto sólo por el seguro social, con restricciones en algunos países; en México el Seguro Popular de Salud las cubre parcialmente.

^g Sólo después de 2002 y a asegurados nacidos antes de 1945.

^h Unidad de Fomento ajustada a la inflación.

ⁱ Cada tres años dependiendo de la situación fiscal.

^j Periódica, sin determinar el plazo, en base a precios y salarios.

^k Hay que dictar el Reglamento.

^l A juicio del gobierno dependiendo de la situación fiscal.

^m Unidad de Fomento de Vivienda fijada por el Banco Central de acuerdo al IPC.

En 2006-2007, sólo siete de los 20 países latinoamericanos tomaban encuestas periódicas entre los usuarios sobre la calidad percibida de los servicios de salud, además no generaban cifras normalizadas que permitiesen comparaciones adecuadas. Los afiliados al seguro social en Argentina, Costa Rica y Uruguay mostraban satisfacción con sus servicios entre 70% y 98%, mientras que los usuarios de los servicios públicos en Brasil lo eran en 64-88% pero 45-47% en Cuba y Perú.

Las encuestas denotan que la mayoría de los usuarios utilizan los servicios públicos porque son gratuitos o cuestan muy poco y no tanto por su calidad, mientras que el seguro social es preferido por su mejor cobertura y solidaridad, y los servicios privados porque son más rápidos y tienen mejor calidad pero sus altas primas y copagos son una barrera y la satisfacción decrece con el ingreso.

Hay escasa información para determinar si las reformas de salud implementadas en toda la región han mejorado la calidad de los servicios como era una de sus metas principales: a) en Chile que tiene la reforma más antigua, había porcentajes similares en la evaluación de calidad del sistema público-seguro social versus el privado (ISAPRE), y aunque parte deseaba cambiarse especialmente por la menor espera y comodidades del privado no podían hacerlo por los altos copagos que cargaban (la proporción de la población afiliada a las ISAPRE decreció 20% en 2000-2007, según mejoraron los servicios públicos); b) en Colombia había niveles bajos de satisfacción con la calidad de los servicios y exhibían una tendencia declinante; c) en México sólo 19% de los encuestados percibió una ligera mejoría en los servicios; d) en Nicaragua 59% mostró satisfacción con los servicios privados contratados por el seguro social pero se quejaron de la reducción de algunos servicios (Mesa-Lago, 2008a, 2009e); e) en la República Dominicana un año después de implementarse el Seguro Familiar de Salud, 21% dijo estar muy satisfecho con los servicios, 55% satisfecho y 24% indiferente, insatisfecho o muy insatisfecho, pero también se encontró que 26-59% de los pacientes pagaba cargos ilegales en 2008 (un incremento respecto a 2007), 66% no usaba el seguro para adquirir las medicinas (la mayoría por ignorancia), así como otros problemas: pobre calidad de los servicios públicos, necesidad de instalar muchas unidades de atención primaria, ausencia de un sistema nacional de referencia y contrarreferencia, cobertura muy limitada de las enfermedades de alta complejidad, no indexación del monto per cápita desde 2002 y falta de evaluación del impacto del SFS (Lizardo, 2009b).

2. Pensiones

El Cuadro 2 (dos últimas columnas) compara dos indicadores de suficiencia de las pensiones: el otorgamiento de una pensión mínima garantizada, ya sea por el seguro social o por el Estado, y el ajuste de las pensiones al costo de la vida para evitar su deterioro en términos reales.

Diecisiete países ofrecen una pensión mínima, aunque con diferencias importantes respecto a las condiciones para ganarla y su monto; uno la concede con restricciones y dos no la otorgan, estos tres últimos dentro del grupo 3. Siete de las diez reformas estructurales aumentaron los años de contribución para obtener la pensión mínima; sólo una minoría de los asegurados en los sistemas privados que goza de alto ingreso y densidad de contribución ahorrará lo suficiente en su cuenta individual para recibir una pensión con una tasa de reemplazo adecuada. Un tercio de los hombres afiliados y la mitad de las mujeres en Argentina, Chile y Perú no sería elegible para una pensión mínima. La re-reforma chilena de 2008 resolvió la falta de protección a los afiliados que no calificaban a una pensión mínima ni a una asistencial; además mejoró el monto de las pensiones con un aporte fiscal solidario calculado como porcentaje de la pensión contributiva que sea menor de un tope, el aporte fiscal es decreciente según el monto de dicha pensión y se extingue cuando excede dicho tope.

En algunos sistemas privados, pero también públicos, una forma de evadir los requisitos de la jubilación por vejez es simular invalidez a fin de retirarse antes de la edad estatutaria. En Costa Rica la participación de las pensiones de invalidez en las pensiones totales en 2004 era 34,7% versus 36,4% en vejez. Una mayor exigencia en la evaluación médica de la invalidez para eliminar la simulación, incluyendo entrenamiento en la calificación de la discapacidad y opción del retiro por vejez anticipado con disminución proporcional de la prestación, redujeron las pensiones por invalidez a 33,1% en 2007 (las de vejez aumentaron a 37,4%) mientras que las nuevas pensiones por invalidez cayeron de 34% a 22,5%, a par que las de vejez ascendieron de 35% a 48,5% (Mesa-Lago 2009e).

Nueve países ajustan sus pensiones al IPC, al índice de salarios o mediante una unidad monetaria; en ocho el gobierno goza de poder discrecional para hacer el ajuste y subordinado a los recursos fiscales disponibles (Argentina, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Perú y Venezuela), y en tres no hay mecanismos institucionales para el ajuste, y se hace cuando el gobierno

o el seguro social lo deciden (Cuba, Haití y Honduras). En los grupos 1 y 2, seis de diez países tienen un ajuste legal periódico, mientras que en el grupo 3 sólo dos de diez países lo tienen.

Durante la crisis de los 80, las pensiones reales cayeron en la mayoría de los países de la región, de ahí la importancia de establecer mecanismos legales de ajuste. En Costa Rica en que hay ajuste automático al IPC, la pensión contributiva real que recibe el 66% del total de pensionados, aumentó 20% en 2006-2008, mientras que la pensión no contributiva real, que recibe el 34% del total pensionado, creció 170% en el mismo período. Por el contrario en Cuba, en que no hay mecanismo legal de ajuste y el gobierno decide cuando y como aumentar las prestaciones, la pensión contributiva real cayó 62,5% entre 1989 y 2008 (Mesa-Lago, 2009e, 2009f).

En algunos sistemas públicos la edad de jubilación es demasiado baja comparada con la expectativa de vida al retiro (por ejemplo, Cuba). Por otra parte, en la mayoría de los casos, la fórmula de la pensión calcula el salario base como el promedio de los últimos cinco años de salario, un período demasiado corto con efectos nocivos: estimula la subdeclaración del salario durante la mayoría de la vida laboral y la sobre-declaración en años anteriores al retiro (para reducir al mínimo la contribución y maximizar la pensión); castiga a los que declaran su salario correcto, así como a los trabajadores manuales cuyo salario declina al final de la vida laboral debido al deterioro físico; mina la relación entre la contribución y el monto de la pensión; y somete el nivel de la pensión al peligro de la inflación. Las tasas de reemplazo exceden la norma mínima de la OIT del 45%: el rango de la tasa mínima es 50-70% y el de la máxima es 80-100%. Estas condiciones son financieramente insostenibles y, si no se hacen más austeras conducirán a la bancarrota en muchos sistemas públicos. La reforma paramétrica implementada en Cuba en 2008 aumenta las edades de retiro de ambos sexos en cinco años y restringe el cálculo de la pensión.

Las pensiones privadas representan una proporción aún muy pequeña del total en todos los países. La promesa de que el sistema privado pagaría mejores pensiones que el sistema público no puede constatarse debido a cifras escasas y contradictorias, así como por la carencia de proyecciones de las tasas de reemplazo.

C. Igual trato y solidaridad social

1. Salud

La segmentación de la atención de salud predomina en América Latina y genera desigualdades que erosionan la solidaridad social. Con algunas excepciones notables, hay tres sectores de salud: el seguro social cubre al estrato de ingreso medio, empleo formal que predomina en las zonas urbanas; el sector privado asegura o presta atención al estrato de alto ingreso, también urbano; y el sector público legalmente se encarga de la población no asegurada, pobre y de bajo ingreso, incluyendo a las poblaciones indígenas donde existen y las zonas rurales, pero usualmente carece de recursos suficientes para ello. En general el seguro social y el sector privado tienen más recursos financieros e instalaciones mejores que el sector público, el cual en la mayoría de la región debe atender al grueso de la población (ver sección III-F-1). La segmentación se agrava en países con entidades federativas como estados y provincias. Además, dentro del seguro social hay con frecuencia varios esquemas separados del sistema general que cubren a grupos poderosos (fuerzas armadas, funcionarios públicos, petroleros, etc.), sus prestaciones y calidad de atención son superiores y reciben subsidios fiscales regresivos.

Aún en países del grupo 1, que tienen cobertura casi universal o muy extendida, la segmentación puede generar desigualdades notables entre zonas geográficas, tanto en el acceso y calidad de la atención como en los indicadores de salud. En Argentina, que tiene un sistema muy segmentado, el porcentaje de la población sin cobertura por el seguro social (múltiples “obras

sociales”) promedió 41% nacionalmente en 2005, pero osciló entre 51% en la región más desarrollada y 27% en la menos desarrollada; la tasa de mortalidad infantil promedió 13,3 en 2007 pero variaba entre 8,4 en Buenos Aires y 22,9 en Formosa, mientras que la tasa de mortalidad materna era tres veces mayor en Formosa que en Buenos Aires (Ministerio de Salud, 2008). Brasil tiene un “Sistema único de salud” (SUS) que en la práctica es muy segmentado y con notables diferencias en el acceso, recursos y calidad de los servicios. La autonomía de los estados y parte de los municipios genera diferencias en la cobertura, si bien amortiguadas por el paquete básico y un fondo de compensación. El SUS no cubre a las fuerzas armadas y policía, que tienen servicios propios, tampoco a los empleados públicos federales y estatales y de los grandes municipios que reciben asignaciones fiscales para comprar planes privados y, generalmente, tienen mejor acceso y calidad de servicios, sin perder el derecho a atenderse en el SUS. La cobertura del paquete básico y el programa de familia por el SUS dan prioridad a las regiones menos desarrolladas y, aunque se ha avanzado, estos programas cubrían 99% de la población en la región más desarrollada del Sur pero sólo 73% en la menos desarrollada del Nordeste; no obstante, esta diferencia es relativamente pequeña en el contexto latinoamericano (Mesa-Lago, 2007).

La disparidad es mucho mayor en los países de los grupos 2 y 3¹⁴. Así, la variación en la cobertura de la población en salud entre los departamentos de Perú en 2006 era 30-34% en la capital y una de las ciudades mayores y 7-8% en los seis departamentos más rurales y menos desarrollados (OIT, 2008). Otros ejemplos de disparidades por zonas geográficas: la tasa de médicos por 10.000 habitantes era siete veces en Perú y 15 veces en Guatemala; la de camas hospitalarias diez veces en México, y la de atención institucional del parto doce veces en Ecuador. Esto se refleja en alta disparidad en indicadores de salud entre la región más rica y la más pobre: la mortalidad infantil cinco veces en Perú y la materna diez veces; la morbilidad por enfermedades contagiosas nueve veces en México, y la esperanza de vida 15 años en Ecuador. Las poblaciones indígenas están rezagados en cuanto a la atención y los indicadores sanitarios respecto a la población no indígena (Mesa-Lago, 2008a; Sojo, 2009).

Unos pocos países tienen un seguro social o sistema público de salud integrado y casi universal con solidaridad social, que reduce las desigualdades geográficas y por sectores ocupacionales. En Costa Rica todos los servicios del ministerio de salud se integraron al seguro social que es el que ofrece virtualmente todos los servicios sin discriminación, tanto a los asegurados contributivos como a los no contributivos pobres o de bajo ingreso, estos últimos con transferencias del Estado; además no hay programas de seguro social separados del sistema general¹⁵. Algo similar pero en menor cuantía ocurre en Panamá aunque no se completó la integración. El sistema público de salud de Cuba tiene acceso virtualmente universal, es gratuito y cubre a toda la población aunque hay instalaciones separadas para las fuerzas armadas y para los extranjeros que pagan por los servicios. Los países del Caribe no latino generalmente tienen sistemas unificados de salud con acceso universal y gratuito y sus indicadores califican entre los más altos de la región. Los países con sistemas integrados tienen menos variaciones en sus recursos e indicadores de salud: en Costa Rica y Cuba el rango extremo de diferencia en las tasas de médicos, camas hospitalarias y atención de parto institucional es de sólo entre 1,5 y 2 veces; en Cuba la mortalidad infantil promedió 5,3 en 2007 y su rango fue sólo entre 4,1 y 7,1 entre las provincias más y menos desarrolladas (Mesa-Lago, 2008a; ONE, 2008).

¹⁴ En El Salvador, un Decreto de noviembre de 2007 estipula creación de un Sistema Nacional de Salud que enfrente la “dispersión y no articulación” actual y procure una visión integrada con adecuada articulación.

¹⁵ No obstante hay una segmentación creciente porque el estrato de ingreso medio-superior y alto utiliza los servicios privados de consulta especializada y hospitalización.

2. Pensiones

En 2006 había diferencias substanciales en la cobertura de pensiones por localidad (urbana-rural), ingresos, educación y género (esta última será tratada en la sección siguiente). El Cuadro 3 (columnas 1 y 2) muestra que la cobertura urbana era considerablemente inferior a la rural; la brecha entre ambas coberturas oscilaba entre 9 y 25 puntos porcentuales en trece países y se agravaba en el grupo 3 en el que el sector rural todavía es muy importante dentro de la PEA; pero había desigualdades notables también en dos países del grupo 1 y uno del grupo 2. Sólo en Uruguay la cobertura rural excedía a la urbana.

CUADRO 3
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, INDICADORES DE DISPARIDADES EN LA COBERTURA EN PENSIONES POR LOCALIDAD, INGRESOS Y GÉNERO, 2006 (EN PORCENTAJES)

Grupos Países ^a	Localidad		Ingresos (quintiles)		Género			
	% de la PEA		% de la PEA		% de la PEA		% Población 65+	
	Urbana	Rural	Primero ^b	Quinto ^c	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Grupo 1								
Uruguay	60,5	69,7	27,6	85,5	63,8	57,9	86,5	84,9
Chile	61,1	58,4	48,3	78,1	67,9	53,8	70,6	54,9
Costa Rica	63,8	53,4	47,2	71,6	66,0	57,5	52,5	32,1
Brasil	53,4	21,7	20,3	70,0	50,2	45,4	90,6	84,2
Panamá ^d	52,1	29,3	15,1	64,5	42,3	49,5	49,3	34,1
Argentina	39,2	n.d.	8,4	61,7	41,5	36,2	75,3	67,4
Grupo 2								
Venezuela	35,3	n.d.	18,8	52,9	32,8	39,4	36,8	26,5
México	41,4	14,7	10,5	56,3	37,5	33,4	30,3	17,4
Colombia	34,0	29,6	8,1	45,7	31,0	32,8	33,1	18,8
Grupo 3								
Ecuador	29,2	19,9	11,8	56,8	25,8	26,7	20,3	14,9
Guatemala	35,0	15,9	n.d.	n.d.	26,8	26,7	20,0	11,0
El Salvador ^e	36,2	15,1	3,8	17,2	29,1	29,2	22,6	11,1
Perú	19,4	3,3	2,1	33,0	17,1	10,2	36,4	19,8
R. Dominicana	23,5	13,1	6,7	32,3	19,1	21,8	18,0	6,3
Nicaragua ^e	26,1	6,5	3,1	35,6	16,2	22,3	n.d.	n.d.
Honduras	32,0	7,4	0,9	38,2	17,0	25,6	6,5	4,2
Bolivia ^e	19,7	5,6	0,2	35,0	14,0	10,6	22,3	14,2
Paraguay	17,8	5,3	0,3	27,8	12,4	13,2	15,4	14,6
Promedios ^f	37,8	23,0	13,7	50,7	33,9	32,9	40,4	30,4

Fuentes: Elaboración del autor basado en encuestas de 2004-2006 compiladas y analizadas por Rofman, Luchetti y Ourens, 2008.

^a Los países se han ordenado por el promedio aritmético del orden combinado de las ocho variables; excluye a Cuba y Haití por falta de datos.

^b Ingreso más bajo.

^c Ingreso más alto. ^d2004. ^e 2005. ^f Promedios aritméticos.

La cobertura aumenta a medida que asciende el ingreso por quintiles (Cuadro 3, columnas 3 y 4). En el grupo 1, la cobertura del quintil más pobre promediaba 28% versus 72% en el quintil más rico, mientras que en el grupo 3 los promedios respectivos eran 4% y 34%. La brecha entre los dos quintiles oscilaba entre 25 y 60 puntos porcentuales en 16 países. En Chile y Costa Rica casi la mitad del quintil más pobre estaba cubierto por la seguridad social, explicado en gran medida por las pensiones no contributivas en dichos países, aunque con restricciones presupuestarias¹⁶.

¹⁶ Respecto a la salud, el sistema público-seguro social de Chile cubría en 2007 27% del quintil de menor ingreso y 9% del quintil de mayor ingreso, mientras que las ISAPRE privadas cubrían respectivamente 4% y 54% (Cid, 2009).

La universalización de dichas pensiones a todos los pobres en 2007-2008 aumentará la cobertura de este quintil en ambos países, pero es necesaria una mejor focalización. En Costa Rica, 40% de las pensiones no contributivas la recibían hogares no pobres en 2000 debido a instrumentos no precisos de calificación del ingreso familiar y de la línea de pobreza; dicho porcentaje se redujo a 26% en 2008, pero del total de hogares que recibieron la pensión no contributiva, 32% eran de ingreso medio, mientras que 27% de la población anciana pobre no estaba cubierta (Mesa-Lago, 2009e).

Las encuestas de hogares en 18 países también demuestran que a mayor educación, mayor la cobertura de la fuerza laboral por las pensiones. En 2006, en el grupo 1 los promedios de cobertura en la primaria, secundaria y superior eran 40%, 55% y 72% respectivamente, mientras que en el grupo 3 eran 7%, 27% y 47%. Además la cobertura en el sector primario de la economía es siempre la inferior, mientras que la del sector secundario es mayor que la del terciario en la mitad de los países (los menos desarrollados en que predominan los servicios personales) y menor en la otra mitad (los más desarrollados en que predominan los servicios profesionales, financieros, de seguros, etc.). Por último, la cobertura en el empleo público es substancialmente mayor que en el sistema privado (basado en Rofman, Luchetti y Ourens, 2008). En resumen, el seguro social cubre principalmente a los que tienen mayor ingreso y educación, trabajan en zonas urbanas, en los sectores secundario o terciario y el sector público; por el contrario los que tienen cobertura peor (especialmente en el grupo 3) son los de menor ingreso y educación, que trabajan en zonas rurales en el sector primario y el urbano privado especialmente en las empresas pequeñas¹⁷.

Los programas separados de pensiones para grupos poderosos gozaban de condiciones y financiamiento más generosos que los del sistema general: retiro entre diez y 22 años más joven, pensiones por años de servicios sin importar la edad, monto de la pensión igual al último sueldo percibido y ajustado automáticamente al sueldo del personal en activo, exención de contribución o una menor a la del sistema general, y subsidios fiscales substanciales. Las fuerzas armadas en todos los países (salvo Costa Rica –que no tiene–, Panamá y Bolivia) resistieron con éxito la integración no obstante que aquellas impusieron la reforma estructural en Chile. También subsisten los programas superiores de funcionarios públicos y para otros grupos en la mayoría de los países; en Costa Rica que incorporó 17 de 19 programas separados de funcionarios públicos, perduran los del magisterio y del poder judicial que gozan de condiciones de acceso y prestaciones superiores al sistema general y reciben subsidios fiscales regresivos. En cinco países, el monto de las pensiones de los militares, los funcionarios públicos, los congresistas, los jueces y los maestros es entre seis y 36 veces mayor que la pensión promedio del sistema general. La reforma paramétrica brasileña aumentó las edades del retiro de los funcionarios públicos, fijó un tope a sus pensiones y comenzó un proceso gradual de normalización con el sistema general (Mesa-Lago, 2009b, 2009e).

D. Equidad de género

1. Salud

Cabe recordar que las mujeres requieren servicios de salud específicos debido a su función reproductiva, y que gozan de una mayor longevidad. Generalmente se asignan recursos insuficientes a necesidades preventivas relacionadas con la planificación familiar y con la atención durante el embarazo.

¹⁷ Las encuestas también demuestran que la cobertura de las empresas pequeñas es menor que la de las medianas y la de estas inferior a la de las grandes.

La mayoría de las mujeres tiene aseguramiento indirecto como cónyuge dependiente y lo pierde cuando el marido se divorcia o muere sin causar pensión de sobrevivientes. Por esa razón en Costa Rica la proporción de mujeres cubiertas en el seguro social de salud que era 32% en 2000 (frente a 68% los hombres) sólo creció a 33% en 2007 (versus 67% los hombres). Sin embargo, cuando se incluye en la cobertura a los familiares dependientes en que predominan las mujeres, estas predominan en el total, por ejemplo, en Chile, el sector público-seguro social cubría en 2008 a 73% de la población femenina y 70% de la masculina (Superintendencia de Salud, 2009).

Usualmente los países otorgan a las aseguradas directas una licencia por maternidad que mantiene la cobertura de salud, pero el aseguramiento directo termina si la mujer deja la fuerza laboral para cuidar a los hijos, lo cual se considera responsabilidad de la madre pero no se compensa. Las aseguradas indirectas no tienen derecho a la licencia por enfermedad y maternidad, y en algunos países el seguro social otorga a la asegurada indirecta atención en maternidad pero no en enfermedad o viceversa. Los seguros privados usualmente discriminan contra la mujer, usando selección de riesgos: la excluyen cuando está en edad fértil o le cargan una prima mayor que la del hombre o co-pagos para compensar por los costos de atención a la maternidad.

Debido a esta discriminación, la mayoría de las mujeres chilenas en edad fértil estaban cubiertas por el sistema público-seguro social de salud que por tanto subsidiaba a las aseguradoras privadas (ISAPRE); además al renovar anualmente los contratos las ISAPRE podían ajustar las primas según la edad de las mujeres y el número de sus dependientes. Las cuotas de uso impuestas en el sector público particularmente afectan a las mujeres pobres porque estas usan dichos servicios para ellas y sus hijos, más que los hombres.

Las reformas chilenas de salud en 2004-2005 establecieron un paquete de prestaciones como derechos exigibles (Acceso universal con garantías explícitas en salud-AUGE) que debe ser obligatoriamente otorgado por todos los aseguradores y proveedores (públicos o privados), a un costo igual independientemente del género. En 2007, las mujeres tenían proporciones superiores a los hombres respecto al total de las prestaciones otorgadas por las ISAPRE: 59% en frecuencia, 62% en monto y 61% en prestación per cápita (basado en Superintendencia de Salud, 2009). Las reformas también crearon un Fondo de Compensación Solidario entre las ISAPRE abiertas que reduce la discriminación por edad y sexo, mediante el financiamiento de AUGE y limitando los incrementos de primas.

En Argentina, el Plan Nacer aprobado en 2006 y extendido a todo el país, otorga cobertura de salud pública a las mujeres embarazadas y niños hasta seis años carentes de protección o beneficiarios de pensiones asistenciales, con el objeto de disminuir la morbilidad y mortalidad materno-infantil. En Brasil el Programa Bolsa de Alimentación provee a las familias con renta inferior a medio salario mínimo, un monto mensual a madres gestantes y a sus hijos menores de seis años. En República Dominicana las aseguradoras no pueden rechazar ni discriminar por género, madre casada o soltera, deben cubrir el embarazo sin período de carencia así como enfermedades crónica pre-existentes; y más de 85% de las mujeres asalariadas califican para un subsidio de lactancia por un año (Mesa-Lago, 2007, 2008a; Ministerio de Salud, 2008; Lizardo, 2009a).

2. Pensiones

Entre 18 países con información en 2006 (la más reciente antes de la crisis), la cobertura por pensiones contributivas de las mujeres era menor a la de los hombres en ocho, igual en dos y mayor en ocho; pero la cobertura femenina mayor o igual a la del hombre se concentraba en el grupo 3, que es el que tiene la menor cobertura (Cuadro 3, columnas 5 y 6). Además la mayoría de las mujeres cubiertas lo están en trabajos precarios y de baja productividad; incluyendo las empleadas domésticas que constituyen 14% del total de empleo femenino en la región. En la cobertura de la población de 65 años y más, el porcentaje de las mujeres cubiertas es menor que el de los hombres

en todos los 17 países en que hay información (Cuadro 3, columnas 7 y 8)¹⁸. Aún en el grupo 1, había una brecha entre 15 y 20 puntos porcentuales en la cobertura de los dos sexos en Chile, Costa Rica y Panamá; sólo en Uruguay los porcentajes de cobertura eran similares. En Brasil la brecha de cobertura por género entre trabajadores activos se redujo de 10 a 5 puntos porcentuales entre 1992 y 2006, mientras la brecha de cobertura entre ancianos disminuyó de 14 a 7 puntos, ambas como efecto del incremento de prestaciones a mujeres residentes en zonas rurales, previamente pagadas sólo a los hombres (Rofman, Luchetti y Ourens, 2008). En Costa Rica, la distribución porcentual de las pensiones contributivas y no contributivas, indica una mejoría en la situación de las mujeres: en las contributivas la proporción de beneficiarias creció de 44% a 46% entre 2000 y 2008, mientras que en las no contributivas la proporción de beneficiarias fue mayor que la de los beneficiarios y creció de 58,3% a 59,6%. Además el promedio de la pensión contributiva femenina en relación con el promedio masculino aumentó de 67% a 72% en dicho período, mientras que la pensión no contributiva es igual en ambos sexos (Mesa-Lago, 2009e).

La pensión femenina promedio es generalmente más baja que la del hombre, en parte por discriminaciones del mercado laboral. Comparadas con los hombres, las mujeres cobran un salario menor por trabajo igual, tienen una densidad de contribución menor (el promedio anual de aportes de un asegurado durante su vida laboral), debido al salario menor y salidas de la fuerza laboral para criar a los hijos, y 4-5 años de esperanza de vida más larga. El sistema también contribuye a la inequidad: cinco sistemas públicos y cinco privados fijan una edad de retiro femenina cinco años menor que la masculina, resultando en períodos jubilatorios promedio entre nueve y diez años más largos. Los otros diez sistemas tienen edades de retiro iguales, facilitando a las mujeres acumular más contribuciones y aumentar el monto de sus pensiones, pero no compensan la esperanza de vida femenina más larga. El trabajo de las mujeres criando a los hijos y cuidando a los ancianos no es remunerado ni tenido en cuenta para el cálculo de las pensiones.

Aunque las desigualdades de género existen en sistemas privados y públicos, los últimos son relativamente más neutrales o positivos, al conceder la pensión mínima con menos años de contribución, basar la fórmula de la pensión en los últimos años de la vida laboral, y utilizar tablas de mortalidad unisexo. Los sistemas privados acentúan las desigualdades de género porque demandan más años de contribuciones para la pensión mínima, aportadas durante toda la vida laboral, y aplican tablas de mortalidad diferenciadas por sexo, que generan pensiones inferiores para las mujeres. En Chile, después de 26 años de reforma, las mujeres tenían fondos en cuentas individuales, tasas de reemplazo y pensiones promedio más bajas que los hombres, y se proyectaba que 45% de ellas recibiría una pensión inferior a la mínima. La re-reforma chilena de 2008 mitiga dichas inequidades con un bono universal depositado en las cuentas individuales de todas las madres por cada hijo nacido vivo y, en caso de divorcio, el fondo de pensión ahorrado durante el matrimonio puede ser dividido entre los cónyuges. Uruguay otorga desde 2008 un año de trabajo (contabilizado en los 30 años requeridos para obtener la pensión mínima) a las mujeres por cada hijo que tengan. En Argentina la reforma de 2007 promulgó una moratoria para el pago de adeudos de pensiones a los trabajadores independientes, 90% de los cuales son mujeres (Mesa-Lago, 2009b).

E. Eficiencia y costo administrativo

Grynspan (2009) afirma que los sistemas de seguridad social en América Latina producen rendimientos inferiores a lo esperado de acuerdo con la inversión realizada. Es difícil medir comparativamente la eficiencia en salud y más aún en pensiones; lo contrario ocurre con la

¹⁸ Al combinar género y localidad se acentúan las diferencias en la cobertura de la población anciana; por ejemplo, en Perú la cobertura de hombres era 52% en zonas urbanas y 7% en las rurales, mientras que entre las mujeres era 17% y 1% respectivamente (OIT, 2008).

evaluación del costo administrativo. Esta sección ofrece algunos indicadores de ambos, aunque se necesita información adicional para arribar a conclusiones más robustas.

1. Salud

La segmentación que predomina en la región genera ineficiencia, duplicación de funciones y desperdicio. Según Sojo (2009) “dificulta intervenciones eficaces en función de los costos y del uso eficiente de los recursos”. El Cuadro 4 resume nueve indicadores de salud en América Latina y el Caribe, cinco de insumos (columnas 1 a 5) y cuatro de productos (columnas 6 a 9). Con pocas excepciones, los países del grupo 1 se colocan a la cabeza en todos los indicadores, seguidos del grupo 2, mientras que los países del grupo 3 están a la zaga.

CUADRO 4
AMERICA LATINA Y EL CARIBE,
INDICADORES DE EFICIENCIA EN SALUD (INSUMOS Y PRODUCTOS) 2005-2008

Grupos	América Latina								
	Insumos					Productos			
	Países ^a	Gasto salud ^b	Camas hospital ^c	Médicos ^d	Acceso ^e		Tasas de mortalidad		
					Agua potable	Saneamiento	Esperanza de vida ^f	Infantil	-5 años
Grupo 1									
Uruguay	885	1,9	239	100	100	76,6	10,5	16,4	n.d.
Cuba	333	4,8	155	91	98	78,4	5,3	6,8	49,4
Costa Rica	684	1,3	521	98	96	78,9	9,7	11,6	39,3
Argentina	1.529	2,0	325	96	91	75,5	12,6	15,9	39,2
Chile	668	2,3	779	95	94	78,7	7,9	9,0	19,8
Panamá	660	2,3	739	92	74	75,7	19,4	24,4	66,0
Brasil	755	2,4	356	91	77	72,6	22,6	30,0	76,1
Grupo 2									
México	725	0,8	698	95	81	76,4	18,1	21,1	63,4
Venezuela (Rep. Bol. De)	325	0,9	n.d.	n.d.	n.d.	73,9	15,5	22,3	59,9
Colombia	581	1,0	727	93	78	73,1	15,9	26,5	72,7
Grupo 3									
Ecuador	274	1,6	696	95	84	75,2	22,1	26,5	85,0
R. Dominicana	356	1,1	673	95	79	72,4	30,6	34,3	80,0
El Salvador	364	0,9	1.925	84	86	72,1	25,0	30,4	71,2
Perú	274	1,6	668	84	72	71,7	28,7	31,1	185,0
Paraguay	312	1,1	1.527	77	70	72,0	n.d.	39,2	153,5
Nicaragua	253	0,8	2.251	79	48	73,2	31,0	n.d.	86,5
Honduras	226	0,7	1.015	84	66	70,4	23,0	42,6	n.d.
Bolivia (Est. Plur. de)	203	1,4	2.806	86	43	65,9	54,0	62,9	230,0
Guatemala	244	n.d.	3.975	75	47	70,5	39,0	41,2	148,8
Haití	71	n.d.	n.d.	58	19	61,3	57,0	73,7	630,0
Promedios ^j	486	1,8	1.254	88	74	73,2	23,6	27,6	119,8

(Continúa)

Cuadro 4 (Conclusión)

Grupos	Caribe no Latino								
	Insumos					Productos			
	Países ^a	Gasto salud ^b	Camas hospital ^c	Médicos ^d	Acceso ^e		Tasas de mortalidad		
Agua potable					Saneamiento	Esperanza de vida ^f	Infantil	-5 años	Materna
Barbados	1 102	6,6	n.d.	n.d.	100	77,5	14,2	12,0	n.d.
Bahamas	1 404	3,2	598	100	99	73,9	17,6	18,0	n.d.
Trinidad	763	2,7	n.d.	94	92	70,1	16,5	18,0	n.d.
Tobago									
Jamaica	210	2,0	1 176	93	83	72,7	n.d.	32,0	95,0
Guyana	238	2,5	4 545	93	81	67,1	22,0	59,0	161,2

Fuente: Elaboración del autor basado en gasto de OMS, 2008; otros de OPS, 2008; CEPAL, 2009a.

^a Los países se han ordenado por el promedio aritmético del orden combinado de todos los indicadores; Cuba y Haití han sido agregados en América Latina; Argentina, Costa Rica y Cuba están virtualmente empatados; cinco países del Caribe no latino han sido añadidos y ordenados entre sí.

^b En dólares internacionales con poder paritario adquisitivo (PPA) por habitante.

^c Por 1.000 habitantes.

^d Habitantes por médico.

^e Porcentaje de la población.

^f Al nacer en años.

^g Por 1.000 nacidos vivos.

^h Por 1.000.

ⁱ Por 100.000 partos.

^j Promedios aritméticos.

La comparación de insumos y productos revela varios aspectos importantes sobre la eficiencia de los recursos financieros, de infraestructura y humanos. Por ejemplo, Argentina con un sistema altamente segmentado tiene el mayor gasto de salud por habitante (en dólares internacionales PPA), la segunda disponibilidad de médicos y el tercer acceso superior en agua potable, pero se ordena séptima en esperanza de vida y quinta en mortalidad infantil.

El sistema muy segmentado de Brasil tiene el tercer gasto mayor y la segunda disponibilidad de camas hospitalarias pero sus indicadores de productos se ordenan entre el décimo y el duodécimo puestos entre los 20 países, por debajo de los indicadores de los grupos 1 y 2. Por el contrario, el gasto de salud del sistema público integrado de Cuba se ordena onceavo en gran medida debido al bajísimo costo salarial del personal sanitario), aunque tiene las mejores disponibilidades de camas hospitalarias y médicos, y se ordena primero en la mortalidad infantil y de niños menores de cinco años más bajas, y tercero en esperanza de vida más larga. Los indicadores de insumos del sistema integrado de seguro social de Costa Rica están entre los más bajos del grupo (salvo el acceso a agua y saneamiento) pero sus productos se ordenan entre el primer y tercer lugar de la región. Los cinco países del Caribe no latino se clasifican por sus indicadores (segmento final del Cuadro 4): los de Bahamas, Barbados y Trinidad & Tobago son similares a los del grupo 1, mientras que los de Jamaica y Guayana lo son con el grupo 3. Bahamas y Barbados tienen mejores indicadores de insumos y especialmente de productos que Brasil y la mayoría de los de Barbados es superior a los de Argentina.

Otros tres indicadores del período 2003-2007 son útiles para evaluar la eficiencia: la asignación del gasto total entre los tres niveles de salud, la ocupación hospitalaria y la relación de médicos por un enfermero. La asignación al primer nivel que resuelve la mayoría de los problemas de salud, especialmente en el grupo 3, promedió 21,9% en todos los países, pero era mayor en el

grupo 1 (28,1%) intermedio en el grupo 2 (22,5%) y menor en el grupo 3 (18,6%). El sistema público de Cuba tenía el porcentaje superior (29,7%) seguido del seguro social en Costa Rica (27,5%) y el público-seguro social de Chile (27%), mientras que los seguros sociales de Honduras y República Dominicana asignaban 7,1% y 4,8% respectivamente. No hay información sobre Argentina y Brasil, importante en la comparación. La ocupación hospitalaria promedió 71,6% en el seguro social, pero en Costa Rica fue 83,8% con una cobertura poblacional de 87%; por el contrario en la República Dominicana la ocupación era 53,6% y en El Salvador, Guatemala y Nicaragua 66%, frente a coberturas poblacionales de 16-27%. La relación de médicos por enfermero promedió 2,5 en el seguro social, lo cual implica baja eficiencia ya que el personal de enfermería puede desempeñar muchas funciones a un costo inferior al del médico. En el sistema público de Cuba la relación bajaba a 0,8 mientras que en El Salvador y República Dominicana eran 3,0 y 3,4 respectivamente. Hay escasísima información sobre los dos últimos indicadores que comparen el seguro social y sector privado: en Ecuador la ocupación hospitalaria era 73% y 37% respectivamente, y en Perú 86% y 35%; mientras que la relación médico/enfermero era 2,3 y 8 en Ecuador y 0,8 y 2,1 en México (Mesa-Lago, 2008a, 2009e; Superintendencia de Salud, 2009).

El análisis anterior sugiere que la integración o adecuada coordinación de los sistemas, unida a una utilización más eficaz de los recursos disponibles, mejoraría los niveles de salud en muchos países y ayudaría a cumplir las Metas del Milenio¹⁹.

El costo administrativo como proporción del gasto total del seguro de salud en doce países en 2000-2006 fue menor en los países del grupo 1 debido a la alta cobertura y especialmente en los más integrados: Costa Rica 3,5%²⁰, Panamá 4,7% y Uruguay 5,2%. Los costos subían en los grupos 2 y 3 según la cobertura era menor y la segmentación mayor: 9-11% en Nicaragua, Bolivia y Guatemala; 15-16% en Colombia, Ecuador y Venezuela; y 27% en República Dominicana. De manera que antes de la crisis en curso se observaba la misma situación que después de la crisis de los 80.

Sólo hay cifras comparativas del costo administrativo del seguro social y el sector privado en dos países antes de la crisis: en Chile eran 1% y 16,7% respectivamente, y en República Dominicana 27% y 33,6%. Los costos mayores de los sistemas privados se debe a que no gozan de economías de escala, tienen utilidades (en Chile 8,5% del gasto de las ISAPRE en 2007), y costos de publicidad y mercadeo (Mesa-Lago, 2008a; Superintendencia de Salud, 2009).

2. Pensiones

Las reformas estructurales prometieron que el costo administrativo del sistema privado sería reducido por la competencia y una mayor eficiencia. La competencia no existe en dos sistemas privados (Bolivia y El Salvador son duopolios) y es inadecuada en otros, a más de que hay un grado alto y creciente de la concentración, lo que contribuye a costos administrativos elevados y sostenidos, mayores que en los sistemas públicos. El costo administrativo como porcentaje de la masa salarial imponible promedió 1,63% en los diez sistemas privados mientras en cuatro públicos oscilaba entre 0,003% en Brasil y 0,93% en Nicaragua. El menor costo en los sistemas públicos se explica porque estos no tienen ganancias, ni pagan comisiones a los vendedores, ni hacen publicidad (que toman 57% del gasto operativo de los privados). La mayoría del costo administrativo en los sistemas públicos resulta de personal excesivo, salarios y beneficios complementarios. Los asegurados en los sistemas privados carecen de información sobre aspectos claves del sistema y tienen escasa

¹⁹ Sojo (2009) nota el avance de la región en reducir la mortalidad infantil (la más baja en el mundo en desarrollo y la de más rápida disminución) pero la dificultad en cumplir la meta de bajar de 48,2% a 5,6%; por otra parte advierte que la mortalidad materna está virtualmente estancada, con algunas excepciones.

²⁰ El costo administrativo del seguro social de salud costarricense aumentó a 4,7% en 2007 (aún baja en el contexto regional); la relación de empleados por 1.000 habitantes que estuvo estancada en 8 en 2000-2003, alcanzó un record de 9,8 en 2008 y el costo de los servicios personales aumentó 21% (Mesa-Lago, 2009e).

capacidad para hacer decisiones racionales. Los sistemas públicos sufren de pobre transparencia; la mayoría no publica regularmente información sobre costo administrativo, pago de contribuciones, composición de la cartera, rentabilidad de la inversión y equilibrio actuarial (Mesa-Lago, 2009b).

El costo administrativo (comisión total) pagado exclusivamente por los trabajadores en siete de los diez sistemas privados, comprende la comisión neta a la administradora para gestionar el programa de vejez, y la prima a compañías de seguros comerciales para cubrir los riesgos de invalidez y muerte. Como porcentaje del salario en 2007, dicho costo oscilaba entre 2,2% en Bolivia (sólo hay dos administradoras, sin real competencia) y 3,5% en México, para un promedio de 2,7%. Como porcentaje de la deducción total sobre el salario (comisión neta, más prima, más depósito en la cuenta individual), el costo administrativo variaba entre 18% en Bolivia y 34% en Argentina, promediando 23%. El costo administrativo saltó seis veces después de la reforma en El Salvador; en Chile era 2,44% del salario en 1981 cuando comenzó el sistema y 2,68% en 2008, después de 27 años de reforma (AIOS, 2008).

La reforma argentina de 2007 fijó un tope a la comisión neta y terminó el pago de la prima a compañías comerciales, financiando los riesgos de invalidez y muerte con un fondo público. En 2008 México introdujo un indicador para comparar la rentabilidad de las diversas administradoras; nuevos entrantes en la fuerza laboral automáticamente se asignan a la que pague una rentabilidad mayor; se permiten sin restricciones transferencias entre administradoras que generan la mayor rentabilidad (en vez de la norma de una al año); las administradoras pueden cargar una comisión sobre el saldo, pero no sobre las contribuciones salariales mensuales. La re-reforma chilena de 2008 creó mecanismos para aumentar la competencia y reducir el costo administrativo: una licitación bianual para que la administradora que ofrezca la comisión menor gane la afiliación de los 200.000 trabajadores que entran en el mercado laboral (la comisión menor debe ser aplicada también a los afiliados anteriores), y autorización a los bancos para gestionar las cuentas individuales en competencia con las administradoras. El Salvador y Perú han adoptado algunas de estas medidas (Mesa-Lago, 2008a, 2009a; Bertranou, Calvo y Bertranou, 2009).

F. Sustentabilidad financiera

1. Salud

El Cuadro 5 compara los indicadores del gasto de salud en los 20 países latinoamericanos y cinco del Caribe no latino en 2005 (las cifras más recientes de la OMS). Con pocas excepciones, el gasto por habitante en dólares internacionales PPA (columna 1), es superior en los países más desarrollados e inferior en los menos desarrollados: el grupo 1 promedió 788 y todos los países superaban el promedio regional, salvo Cuba cuyo gasto era similar al del grupo 3, debido al bajo costo de salarios del personal; el grupo 2 promedió 543 (Venezuela estaba por debajo del promedio), y el grupo 3 promedió 258, todos los países estaban por debajo del promedio regional, pero el gasto de El Salvador y República Dominicana era superior al de Cuba y Venezuela. Hay variedad notable en el gasto en los cinco países del Caribe no latino: los de Bahamas, Barbados y Trinidad & Tobago están por encima del promedio latinoamericano y se colocan en el grupo 1, mientras que los de Guyana y Jamaica están por debajo del promedio y encajan en el grupo 3. El gasto promedio por habitante aumentó 17% entre 2001 y 2005, de 415 a 486 (OMS, 2004 y 2008); ello se debió a varios factores: a) la transición demográfica o envejecimiento de la población; b) la transición epidemiológica o disminución de la mortalidad y morbilidad por enfermedades contagiosas, combinada con un ascenso de enfermedades crónicas degenerativas y accidentes; c) la población más longeva que enfrenta tratamientos más caros; y d) los avances tecnológicos y la inflación que aumentan los salarios y el precio del equipo y las medicinas. Como ya se analizó, el

nivel del gasto no siempre está aparejado con los productos de salud, porque la eficiencia en la asignación del gasto es un factor importante en sus resultados: hay países cuyo gasto es muy bajo pero sus indicadores de productos son muy altos, y viceversa (sección II-E-1).

CUADRO 5
AMERICA LATINA Y EL CARIBE, INDICADORES DEL GASTO DE SALUD, 2005

Grupos Países ^a	GastoUS\$ per capita ^b	Gastos totales de salud por sector (%) ^c					
		Público	Seguro social	Privado			
				Total	Familias	Seguros	Otros
América Latina							
Grupo 1							
Uruguay	855	22,6	19,9	57,5	17,9	39,6 ^g	0,0
Argentina	1 529	18,6	25,3	56,1	24,3	29,0	2,8
Costa Rica	684	5,5	70,5	24,0	19,0	3,0	2,0
Brasil	755	44,1	0,0	55,9	30,5	16,9	8,5
Cuba	333	90,8	0,0	9,2	8,6	0,0	0,6
Chile	668	^e	51,4 ^e	48,6	26,4	22,2	0,0
Panamá	660	35,9	33,0	31,1	25,1	5,9	0,1
Grupo 2							
Colombia	581	25,6	59,2	15,2	6,8	8,3	0,1
México	725	17,3	28,2	54,5	51,2	3,3	0,0
Venezuela	325	34,7	10,6	54,7	48,2	2,0	4,5
Grupo 3							
El Salvador	364	29,7	24,2	46,1	42,0	4,0	0,1
Perú	274	26,7	22,3	51,0	40,8	8,5	1,7
Bolivia	203	10,2	51,4	38,4	31,2	3,8	3,4
Ecuador	274	25,0	15,0	60,0	51,0	3,4	5,6
R. Dominicana	356	22,8	8,3	68,9	60,9	4,7	3,3
Honduras	226	43,4	7,2	49,4	43,0	3,6	2,8
Nicaragua	253	36,5	13,1	50,4	48,5	1,5	0,4
Paraguay	312	22,9	13,6	63,5	55,7	7,8	0,0
Haití	71	51,3	0,0	48,7 ^f	43,8	0,0	4,9
Guatemala	244	20,6	17,3	62,1	57,2	2,2	2,7
Promedios^d	486	29,2	23,5	47,3	36,6	8,5	2,2
Caribe no Latino							
Barbados	1 102	63,5	0,0	36,5	28,7	7,8	0,0
Bahamas	1 404	48,7	1,4	49,9	19,5	29,8	0,6
Trinidad Tobago	763	53,7	0,0	46,3	40,6	3,1	2,6
Guyana	238	83,6	0,0	16,4	16,4	0,0	0,0
Jamaica	210	48,8	0,0	51,2	32,6	15,4	3,2

Fuentes: Elaboración del autor basado en OMS, 2008.

^a Los países se han ordenado por el promedio aritmético del orden combinado de dos variables: el mayor monto del gasto (US\$PPP p/h) y el menor gasto de familias; los países del Caribe no Latino se ordenan entre sí.

^b Dólares internacionales poder paritario adquisitivo por habitante.

^c El sector público es predominantemente el ministerio pero también incluye otras instituciones en varios países; el seguro social se refiere al programa general pero en algunos países incluye programas separados; las familias es el gasto de bolsillo; los seguros incluyen prepagas, planes de salud, etc; "otros" es un residuo no especificado, se explica en unos pocos países por la ayuda externa, pero no en otros.

^d Promedios aritméticos.

^e Público-seguro social incluye FONASA, municipios y fuerzas armadas; familias incluye directo y copagos; seguros incluye ISAPRES y mutuales.

^f Parte del gasto privado es por ONGs, así como clínicas y otros establecimientos.

^g Principalmente mutuales (IAMC).

Las restantes columnas del Cuadro 5 muestran la distribución porcentual del gasto entre los tres sectores: público, seguro social y privado. El gasto privado es desagregado en: gasto de familias (sinónimo de gasto de bolsillo), seguros (pre-pagas, planes privados, etc.) y "otros", que es un residuo no especificado que puede incluir la ayuda externa. Aunque las cifras más recientes de la distribución del gasto de salud de la OMS son de 2005 y presentan problemas de calidad,

especialmente sobre el gasto de bolsillo²¹, los promedios muestran que: a) la participación del sector público era 29,2%, muy inferior a la proporción de la población no asegurada que debe atender (un promedio regional de 37% y la mayoría en once países); b) la participación del seguro social era 23,5%, y c) la participación del sector privado era 47,3%. De esta última, la participación mayor era 36,6% en gasto de familias, 8,5% los seguros privados y 2,2% los “otros”. Las tendencias entre 2001 y 2005 en la distribución porcentual promedio del gasto fueron: el público disminuyó de 31,6% a 29,2%, el de seguro social aumentó de 22,3% a 23,5% y el total privado ascendió de 46,1% a 47,3%. Dentro del privado, el gasto de familias acreció ligeramente de 36,2% a 36,6%, el de seguros aumentó de 8,1% a 8,5 y “otros” subió de 1,8% a 2,2%. En el período hubo una transferencia de 2,4 puntos porcentuales del gasto del sector público a 1,2% al seguro social y 1,2% al sector privado, del cual un tercio fue incremento del gasto de familias y un tercio de los seguros privados (basado en OMS, 2004 y 2008). Por cuanto la cobertura del seguro social de salud disminuyó, creció la presión sobre el sector público que sufrió una disminución del gasto, acentuándose la inequidad en la distribución del gasto de salud. Los países con la participación mayor de los seguros privados fueron Argentina (29%), Chile (22%), Brasil (17%), Colombia y Perú (8%); Uruguay exhibe un porcentaje muy alto (40%) pero el grueso es de entidades colectivas o mutuales no lucrativas, en vez de seguros privados.

El gasto de bolsillo en salud puede tener efectos regresivos fuertes si es desembolsado por la población pobre o de bajo ingreso, carente de seguro social o privado y sin acceso efectivo al sector público, que por ello debe pagar atención de salud o medicinas de su bolsillo. Pero también sectores de ingreso medio pueden incurrir en dicho gasto porque su cobertura de seguro social o privado puede excluir ciertas prestaciones y/o imponer copagos (CEPAL, 2008c; Sojo, 2009). Una mayor proporción de este gasto en países con baja cobertura y alta incidencia de pobreza es un indicador de regresividad del sistema de salud²². En promedio, dicho gasto es menor en el grupo 1 (21,7%) y el Caribe no latino (salvo Trinidad & Tobago); aumenta en el grupo 2 (35,4%) y es mayor en el grupo 3 (47,4%) salvo en Bolivia (31%). Esta tendencia se corresponde con la de cobertura de la población que es mayor en el grupo 1 e inferior en el grupo 3, pero también con el grado de segmentación o integración del sistema de salud. El seguro social unificado de Costa Rica que cubre a los pobres de manera gratuita, tiene la segunda mayor cobertura poblacional (87%) y el cuarto gasto de bolsillo menor (reducido de 29% a 19% en 2001-2005), y el sistema público unificado de Cuba con acceso virtualmente universal tiene el segundo gasto de bolsillo más bajo (reducido de 10,6 a 8,6%). Por el contrario, el seguro social de Paraguay sufre la segunda cobertura más baja (12,4%) y el tercer gasto de familia mayor (incrementado de 44,2% a 55,7%) y la República Dominicana cubre 27,5% de la población y tiene el gasto de familia mayor (acrecido de 56,5% a 60%), ambos países tienen sistemas de salud altamente segmentados.

Dos países del grupo 2, con cobertura intermedia y recursos económicos adecuados, tienen un gasto de familia similar al del grupo 3: en México se estancó en 51% en 2001-2005, mientras que en Venezuela creció de 36% a 48% (OMS 2004 y 2008). El Seguro Popular de Salud mexicano ha ampliado la cobertura básica pero no ha logrado reducir el gasto de familia; su sistema de salud es uno de los más segmentados y hay múltiples programas contra la pobreza no coordinados. El programa Barrio Adentro venezolano, a pesar de sus bondades, tampoco ha conseguido disminuir el gasto de bolsillo; el sistema de salud continúa altamente segmentado y no existe una canasta básica universal garantizada. Sistemas integrados con escasos recursos han reducido notablemente el gasto

²¹ Para un análisis reciente del gasto de bolsillo, ver CEPAL 2008c, pp. 88-92

²² El documento interagencial coordinado por CEPAL sobre avance de las metas del milenio relacionadas con salud que analiza el gasto de bolsillo en salud con encuestas de ingresos y gastos de hogares no constata una clara asociación entre aseguramiento y magnitud de gasto de bolsillo (CEPAL, 2008c). El documento señala además la importancia del gasto en salud reprimido, en familias pobres y sin cobertura de salud. Saksena y Xu (2008) también sugieren para fuera de la región que no hay una asociación entre aseguramiento y magnitud del gasto de bolsillo en salud.

de familia mientras que sistemas altamente segmentados con recursos abundantes no han tenido igual éxito.

Brasil es una excepción pues tiene un sistema altamente segmentado pero redujo el gasto de familias de 37,4% a 30,5%, lo que puede explicarse por una serie de políticas exitosas: el Programa de Salud de Familia, el Piso de Atención Básica (paquete de prestaciones básicas) ampliado con más prestaciones, el Programa de Asistencia Farmacéutica, y el Fondo Nacional de Salud que financia al paquete básico. Pero el sistema aún carece de criterios geográficos, epidemiológicos y sociales adecuados para distribuir sus fondos, se centra en los hospitales y gastos sanitarios orientados a los estratos de ingreso medio y alto, por lo que todavía el gasto de familia es alto. Se necesita integrar mejor los tres niveles de salud y los múltiples programas existentes para evitar duplicaciones y llenar vacíos en la cobertura efectiva (Mesa-Lago, 2007).

Las reformas de salud promovieron el establecimiento de cuotas de uso en el sector público para controlar la utilización innecesaria de los servicios y generar ingresos para mejorarlos. La mitad de los países establecieron dichas cuotas, incluyendo siete de los diez en el grupo 3. Unos pocos países exceptuaron a los pobres del pago de dichas cuotas y las impusieron según el ingreso, pero no en los menos desarrollados, por lo que tuvieron un impacto regresivo fuerte y levantaron barreras en el acceso. Parte de los países ha eliminado las cuotas.

Varios países, especialmente en los grupos 1 y 2, han introducido fondos solidarios o de compensación para mejorar la equidad en el financiamiento. En Argentina el Fondo Solidario de Redistribución garantiza el paquete básico a todos los asegurados y sus familiares dependientes. En Bolivia el Fondo Solidario Nacional provee financiamiento adicional para financiar el paquete básico en municipalidades con recursos insuficientes. En Brasil el Fondo Nacional de Salud financia el paquete básico mediante un per capita mínimo uniforme en todo el país, mientras que el Fondo de Acciones Estratégicas y de Compensación reduce las diferencias regionales en el financiamiento de acciones de alta complejidad. En Colombia el Fondo Solidario y de Garantía recauda todos los recursos y los distribuye en el sistema infundiendo solidaridad en base a un per capita ajustado por edad, género y localidad. En Chile el Fondo Nacional de Salud asigna ayudas según un índice de capitación basado en una fórmula de pobreza que favorece a las municipalidades más pobres y contribuye a disminuir las inequidades. México tiene dos fondos nacionales para financiar el Seguro Popular de Salud, uno para cubrir los riesgos catastróficos y otro para compensar desigualdades entre estados. En Uruguay el Fondo Nacional de Recursos financia atención de alta complejidad a toda la población ejerciendo una función compensatoria entre estratos de ingresos.

Hay escasísima información reciente sobre la evasión y la morosidad en el pago de contribuciones al seguro social de salud. En 2002, entre 18% y 77% de los trabajadores asalariados no estaban cubiertos en Honduras, México, Paraguay y Venezuela, lo que implica evasión. En Perú, a pesar de un incremento en la cobertura de la PEA en 5 puntos porcentuales en 2002-2006, 64% de los trabajadores no estaban cubiertos por evasión patronal. Costa Rica tiene una de las dos tasas más bajas de evasión y morosidad en la región; en 2007 10% de las contribuciones a la seguridad social no se pagaba a tiempo, de las cuales 73% eran al seguro de salud; el reforzamiento del control de la morosidad y la inspección, combinado con el endurecimiento de sanciones a los morosos logró reducir el porcentaje (Mesa-Lago, 2008a, 2009e; OIT, 2008)

Las estadísticas sobre el equilibrio financiero del seguro social de salud son aún más difíciles de obtener y las más recientes son de 2001-2004, con pocas excepciones. En la gran mayoría de los países el balance financiero arrojaba déficit: 5-7% en Guatemala, Panamá y Perú; 14-25% en México y Uruguay; 45% en la República Dominicana, y 167% en Venezuela. Tres países generaron superávit de 11-12%: Ecuador, El Salvador y Honduras (Mesa-Lago, 2008a). Información más reciente indica una mejoría en varios países. En Colombia el régimen subsidiado que cubre a los

pobres sufría problemas financieros, en parte por el bajo cumplimiento de las obligaciones del gobierno, pero una ley de 2007 aumentó la contribución, aseguró un aporte mínimo estatal e incrementó la participación en las transferencias de los departamentos, pero no parece que logre el equilibrio en las actuales circunstancias (Acosta, 2009). En Costa Rica el balance financiero en 2000-2007 mostró un pequeño superávit que osciló entre 0,5% y 1% del PIB, pero calculado en base a ingresos efectivamente cobrados se convertía en un pequeño déficit de 0,1% en el período; los ingresos no recaudados se debían mayormente a demoras en el pago de las obligaciones estatales, si estas se cobrasen puntualmente habría un balance financiero positivo estable. En Nicaragua el programa de salud generó un superávit hasta 2003 con el cual se cubrió el déficit del programa de pensiones y amplió dicho superávit a partir de 2004²³. En la República Dominicana el Seguro Familiar de Salud está generando un pequeño superávit debido al más rápido incremento en la contribución y una tasa de dependencia de familiares del asegurado menor a la que se había proyectado (Restrepo y Sánchez, 2007; Poveda, 2008; Mesa-Lago 2009e; Tesorería, 2009).

2. Pensiones

El Cuadro 6 compara seis indicadores financieros claves de los sistemas de pensiones en 17 países (no hay series estadísticas de Cuba, Haití y Venezuela, aunque sí algunas cifras aisladas), distinguiendo entre “A” sistemas públicos y “B” sistemas privados. En los sistemas mixtos que combinan un pilar público y otro privado (Argentina –hasta fines de 2008–, Costa Rica y Uruguay), así como en los paralelos en que compiten uno público y otro privado (Colombia y Perú), las cifras del cuadro se refieren al sistema privado. Hay tres sistemas públicos en el grupo 1 (incluyendo a Cuba –no mostrado–, y Panamá hasta 2008 cuando se convirtió en mixto), Venezuela en el grupo 2 (no mostrado) y cinco en el grupo 3 (incluyendo a Haití –no mostrado–). Seis sistemas privados están en los grupos 1 y 2, y cuatro en el grupo 3.

El porcentaje de afiliados que contribuye regularmente al seguro social es importante, pues la evasión y la morosidad son serios problemas. El mayor porcentaje promedio es el del grupo 1 (71%), seguido del grupo 2 (48,9%), y el menor en el grupo 3 (39%)²⁴. Este indicador se basa en encuestas, pero las estadísticas institucionales normalizadas de los sistemas privados muestran porcentajes menores²⁵. El promedio ponderado de los 17 países es 62%, o sea 38% de los afiliados no contribuye activamente, más un porcentaje desconocido que no está afiliado y evade. El promedio de los sistemas públicos (65,4%) es mayor que el de los sistemas privados (57,3%); no obstante, si se substraen Brasil que tiene gran peso, el promedio público disminuye a 45,5%, menor al promedio privado.

Entre los sistemas públicos, Brasil, Cuba y Haití (así como el público paralelo de Perú) son de reparto y no tienen reservas; lo mismo es cierto de los pilares públicos en los sistemas mixtos de Argentina y Uruguay. No obstante, Brasil tiene el mayor número de planes de pensiones complementarias privadas en la región y muchos de ellos son de capitalización; aunque el sistema público brasileño no tiene fondo invertido se incluyó la información de los sistemas complementarios debido a su importancia comparativa y el peso que ejerce en la región.

²³ El informe estadístico más reciente de Nicaragua no desagrega los egresos por programas por lo que no pueden estimarse el balance de salud (INSS, 2008).

²⁴ La República Dominicana tiene 58%, pero se reporta una considerable evasión en empresas pequeñas así como grandes y subdeclaración de salarios. En 2008 sólo 45% del mercado laboral potencial para afiliarse era contribuyente (Lizardo, 2009a; SIPEN, 2009).

²⁵ Las cifras institucionales (AIOS, 2008) versus las de las encuestas (citadas por CEPAL, 2008a) son: 35,9% y 46,2% en El Salvador; 40,6% y 60,6% en Argentina; 51,8% y 58,4% en República Dominicana; 53,8% y 79,8% en Chile; 58,6% y 73,7% en Uruguay; y 68,4% y 75,3% en Costa Rica.

CUADRO 6
AMERICA LATINA Y EL CARIBE: INDICADORES FINANCIEROS DE PENSIONES, 2005-2007

Grupos/países ^a	Afiliados contribuyentes (%) ^b	Valor total del fondo			Inversión de la cartera (%)				Balance ^f % de PIB
		Millones US\$ por asegurado ^c	% del PIB	Deuda pública	Acciones	Extranjero	Otros ^d	Rentabilidad ^e	
Grupo 1									
Chile (B)	79,8	25 647	64,4	7,8	14,5	35,6	0,1	10,0	-6,0
Brasil (A) ^g	67,3	5 559	21,7	49,1	28,8	n.d.	5,6	15,7	-4,8
Uruguay (B)	73,7	7 483	15,7	57,8	0,1	0	1,9	10,7	-4,0
Costa Rica (B)	75,3	1 242	5,1	60,3	0,4	13,4	2,8	5,7	0,9
Argentina (B)	60,6	6 854	11,5	54,9	15,0	8,4	3,2	9,2	-2,5
Panamá (A)	69,8	1 783	8,3	42,8	0	2,1	48,5	4,2	-0,5
Grupo 2									
Colombia (B)	45,1	7 565	14,7	44,1	22,3	12,0	3,4	5,3	-1,6
México (B)	52,6	5 166	8,5	69,3	3,8	9,8	0	7,3	-0,5
Grupo 3									
Perú (B)	29,9	11 864	18,5	20,6	41,2	13,2	5,4	10,6	-0,7
El Salvador(B)	46,2	6 984	21,2	78,7	0	0	0	8,5	-1,4
Honduras (A)	39,3	619	16,0	53,0	0	0	47,0	6,2	0,2
Nicaragua (A)	34,0	945	7,5	40,7	0	0	55,3	n.d.	1,2
Ecuador (A)	45,6	1 014	2,5	25,9	0	0	65,2	4,7	0,4
Bolivia (B)	26,7	5 707	22,0	72,4	0	2,2	1,2	7,6	-3,5
Paraguay (A)	34,8	1 137	4,2	4,6	0	0	95,4	n.d.	0,5
Guatemala (A)	36,4	845	4,0	36,5	0	0	58,0	3,3	0,2
República Dominicana(B)	58,4	1.118	2,4	19,1	0	0	80,2	-0,03	n.d.
Promedio Total ^h	62,1	6 517	17,9	36,0	10,1	12,7	20,8	7,2	-1,4
Promedio Públicos	65,4 ⁱ	5 167 ⁱ	20,1 ⁱ	35,0	4,2	0,4	53,3	6,8 ⁱ	-0,4 ^j
Promedio Privados	57,3	8 536	15,9	36,8	13,6	20,1	1,1	7,5	-2,1

Fuente: Elaboración del autor: columna 1 de CEPAL, 2008a; resto de Mesa-Lago, 2009b actualizado con IESS, 2008; IGSS, 2008; IHSS, 2008; INSS, 2008; IPS, 2008; los promedios son calculados por el autor en parte basado en AIOS, 2008.

A= Sistema público. B= Sistema privado.

^a Los países se ordenan con base al promedio aritmético de cinco variables: 1) afiliados que contribuyen, 2) promedio del valor del fondo y su porcentaje del PIB, 3) diversificación de la cartera (promedio de las columnas 4 a 7), 4) rentabilidad y 5) balance/costo de transición; excluye a Cuba, Haití y Venezuela por falta de estadísticas.

^b Basado en encuestas; las cifras institucionales son más bajas en todos los sistemas privados menos dos (AIOS 2008).

^c Total del fondo del país dividido por el número de contribuyentes activos.

^d En los sistemas públicos hay una proporción muy alta invertida en depósitos bancarios con frecuencia en bancos estatales, inmuebles, préstamos hipotecarios a los asegurados o en infraestructura del programa de salud; en la R. Dominicana todo en depósitos a plazo fijo.

^e En los sistemas privados es el promedio anual de la rentabilidad real en los últimos 10 años hasta 2007; en los públicos los promedios se basan en períodos diversos.

^f Año más reciente disponible; en los sistemas públicos es el balance de los ingresos menos los egresos como porcentaje del PIB (si es déficit se indica con signo negativo); en los sistemas privados es el costo fiscal de la transición como porcentaje del PIB; ambos indicadores no son estrictamente comparables.

^g Brasil tiene un sistema público de reparto sin reservas, las cifras de valor del fondo e inversión de la cartera se refieren a los sistemas complementarios, muchos de ellos de capitalización.

^h Los promedios son ponderados en las tres primeras columnas y aritméticos simples en el resto.

ⁱ Sustrayendo a Brasil el promedio de afiliados que contribuyen disminuye a 45,5%, el fondo por asegurado a US\$1.087, el porcentaje del PIB a 4%, y la rentabilidad a 5,5%.

^j Al agregar el balance de Cuba y Venezuela (-2,9% cada uno) el promedio de los sistemas públicos aumenta a -1%.

Los sistemas o pilares públicos de Colombia, Costa Rica, Ecuador, Honduras, Guatemala, Nicaragua, Panamá y Paraguay son de capitalización parcial colectiva y tienen reservas invertidas. El valor total del fondo acumulado se estimó en dólares por afiliado contribuyente, para tener en cuenta el número de asegurados y hacer una comparación más apropiada (segunda columna del Cuadro 6). El grupo 2, con las excepciones de Costa Rica y Panamá, tiene las sumas mayores, seguidas del grupo 2; mientras que el grupo 3 muestra las sumas menores, salvo Bolivia, El Salvador y Perú que tienen niveles similares a los de grupo 1. En general los países más grandes y desarrollados tienen una acumulación mayor y los países más pequeños y menos desarrollados tienen una acumulación menor. El promedio ponderado de los sistemas privados (US\$8.536) es menor que el promedio de los sistemas públicos incluyendo a Brasil (US\$6.517), pero excluyendo a Brasil el promedio público decrece de manera significativa (US\$1.087).

Una tendencia similar se observa en la comparación del valor del fondo como porcentaje del PIB (tercera columna): exceptuando un país en el grupo 1 y cuatro en el grupo 3, a mayor el tamaño del país y su desarrollo, mayor es el porcentaje fondo/PIB. El promedio ponderado de los 17 países es 18%; el promedio público (20%) es mayor que el promedio privado (16%), pero excluyendo a Brasil el público declina a 4%, un cuarto del privado. Esto comprueba el supuesto de las reformas estructurales que un sistema privado acumula más capital que uno público, aunque con una cautela que se analizará después.

La distribución porcentual de la cartera invertida por cuatro instrumentos clave a fines de 2007 se exhibe en las columnas 4 a 7 del Cuadro 6 (se excluyeron algunos instrumentos para simplificar el análisis). La política convencional es diversificar la inversión de la cartera pues una excesiva concentración aumenta los riesgos, de ahí que los países fueron ordenados según su mayor diversificación. Los países con las carteras más diversificadas eran Chile, Perú, Brasil, Colombia, Argentina y Uruguay que tenían 8-58% en deuda pública, 14-41% en acciones, 8-35% en emisiones extranjeras y ninguna concentración significativa en otros instrumentos. La concentración en deuda pública fluctuaba 60-79% en Costa Rica, México, Bolivia y El Salvador; por el contrario, Honduras, Panamá, Nicaragua, Guatemala, Ecuador, República Dominicana y Paraguay tenían 5-53% en deuda pública pero 47-95% concentrado en depósitos en bancos estatales a un interés por debajo de la tasa de mercado, a plazo fijo en bancos privados, en préstamos al Estado, en préstamos hipotecarios a los asegurados o en inmuebles.

Los países están sometidos a dos tipos de riesgos. Uno político que depende del comportamiento estatal; incurren en este riesgo los países con excesiva concentración en deuda pública, préstamos al Estado y depósitos en bancos estatales; el gobierno que fija la tasa de interés puede reducirla, también forzar el cambio de instrumentos dolarizados a la moneda nacional y después devaluar ésta (como ocurrió en crisis anteriores en Argentina y Perú) con efectos desastrosos para el valor del fondo. Por el contrario, el riesgo político se reduce si el Estado paga intereses comparables a los del mercado y no interfiere en las decisiones de la inversión.

El otro riesgo es el financiero que incurren los países con una proporción excesiva de la inversión en acciones y emisiones extranjeras, exponiéndose a la volatilidad del mercado de valores. Por ejemplo, Chile y Perú tenían en 2007 bajo riesgo político (sólo 9-20% en deuda pública), pero alto riesgo financiero (50-54% en acciones y emisiones extranjeras), aunque atenuado con varios fondos o carteras de diversa rentabilidad-riesgo (ver sección III-F-2; Rivera, 2009).

Por el contrario, la República Dominicana con 80% en depósitos en bancos estatales tenía un alto riesgo político, al igual que Bolivia y El Salvador con 72-79% de la cartera invertida en deuda pública. El problema se complica en los países pequeños donde no hay un mercado de valores o éste es incipiente y negocia pocos instrumentos, de ahí que la alternativa viable es la inversión en el extranjero pero está con frecuencia prohibida, dejando sólo los títulos de deuda pública y los depósitos bancarios con baja

rentabilidad real. En República Dominicana, una ley de 2007 permitió diversificar la cartera con inversión en instrumentos del Banco Central para lograr una mayor rentabilidad.

Antes de la crisis, los países con las carteras más diversificadas tenían la rentabilidad real anual promedio mayor: 9-16% en Argentina, Brasil, Chile, Perú y Uruguay (Colombia era un excepción con 5%). Por el contrario, los países con alta concentración en deuda pública u “otros” instrumentos tenían la rentabilidad real menor: 3-7% en Bolivia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, México y Panamá; la rentabilidad real en la República Dominicana que tenía 80% de la cartera en depósitos en bancos estatales fue la peor: -0,03%. La rentabilidad promedio en los sistemas privados fue 7,5%, algo mayor que el promedio de 6,8% en los sistemas públicos incluyendo Brasil, pero 5,5% excluyendo a este país (Cuadro 6, penúltima columna). El promedio de rentabilidad real anual en un período aproximado de diez años en 15 países fue 7,2% pero mayor en el grupo 1 (9,2%), intermedia en el grupo 2 (6,3%) y menor en el grupo 3 (5,8%).

La sustentabilidad financiera de los sistemas de pensiones es la más difícil de evaluar, por su complejidad, escasez de cifras confiables recientes e imposibilidad de comparación técnicamente adecuada entre los sistemas privados y los públicos. En los privados el costo fiscal de la transición²⁶, que puede alargarse por 50-70 años, debe contrapesarse con su alta acumulación de capital, así durante los primeros 16 años de reforma en Chile, al deducir el costo fiscal de la acumulación de capital, el resultado neto anual promedio como porcentaje del PIB fue negativo (-3%). En los sistemas públicos, el balance financiero o contable es la diferencia entre los ingresos y los egresos como porcentaje del PIB. La última columna del Cuadro 6 contrasta ambos indicadores aunque no son técnicamente comparables. El grupo 1 sufría el déficit o costo fiscal promedio mayor (-2,6% incluyendo a Cuba con -2,9%, no mostrado en el cuadro), pero el pilar público de Costa Rica generó un superávit de 0,9% y el sistema público de Panamá arrojó un déficit de sólo -0,5%. Los países del grupo 2 tenían déficit intermedio (-1%), los dos privados tuvieron un costo fiscal de -0,5% y -1,6%, mientras que el déficit del sistema público de Venezuela fue -2,9% (no mostrado en el Cuadro). Los países del grupo 3 tenían el déficit menor (-0,3%), cinco públicos generaron un superávit de 0,2-1,2%, mientras que en tres privados el costo fiscal osciló entre -0,7% y -3,5%. El balance financiero promedio de los sistemas públicos fue un déficit de -0,4% (-1% añadiendo a Cuba y Venezuela), mientras que el promedio del costo fiscal de los sistemas privados fue -2,1%.

Respecto de la sustentabilidad actuarial a largo plazo de los sistemas públicos, destacan las grandes diferencias. Por ejemplo, la reforma paramétrica de Costa Rica en 2005 aseguró el equilibrio hasta 2048, mientras que la reforma paramétrica de Cuba no ha resuelto el severo déficit actuarial. En cuatro sistemas públicos centroamericanos, el balance de ingresos/egresos se proyecta que será positivo pero generará déficit a partir del año indicado: Honduras 2050, Costa Rica 2048, Nicaragua 2020 y Guatemala 2014. Los sistemas privados han hecho explícita la deuda implícita de los sistemas públicos, reflejada en un alto costo fiscal pero que gradualmente debe decrecer. Sin embargo, Bolivia y Perú inicialmente recortaron los derechos de los asegurados con el fin de disminuir el costo fiscal; Bolivia posteriormente introdujo cambios en las prestaciones que aumentaron el costo fiscal y alargaron el período de transición, mientras que El Salvador enfrenta serios problemas para financiar el costo fiscal. Chile es el único sistema privado que ha generado un consistente superávit fiscal para financiar el costo de transición, el cual es el mayor entre todas las reformas estructurales, dado que ofrece las mejores garantías para los asegurados y beneficiarios; además ha hecho cálculos actuariales para asegurar el equilibrio de los cambios introducidos por la re-reforma de 2008 (Mesa-Lago, 2008a, 2009e, 2009f; Durán, 2009).

²⁶ El Estado financia las pensiones en curso de pago y futuras del sistema público cerrado, el valor de las contribuciones pagadas al sistema público por los asegurados que se pasaron al sistema privado, y la garantía de la pensión mínima a los asegurados en el sistema privado que no acumulan lo suficiente en sus cuentas individuales.

II. Los efectos actuales y potenciales de la crisis global sobre la seguridad social en la región, a la luz del punto de partida

A. Cobertura

1. Salud

La crisis tendrá un impacto adverso en la cobertura del seguro social por un incremento del desempleo, la informalidad, la evasión-mora patronal y la pobreza. El desempleo que promedió 7,5% en la región en 2008 se predice aumentará a 9% en 2009; la tasa de crecimiento del PIB proyectada a 3,2% para 2010 será insuficiente para revertir el incremento del desempleo y la informalidad en 2009. La tasa de crecimiento del sector formal que aumentó sostenidamente hasta 2008 decrecerá en 2009 (CEPAL, 2009c).

Los países del grupo 1 gozaban de la mayor cobertura antes de la crisis y probablemente serán relativamente menos afectados por ella, en parte porque también tienen el menor sector informal e incidencia de pobreza. Pero el sistema contribuirá al resultado, así los de seguro social o público integrados tienen el acceso más alto y probablemente serán menos afligidos que los muy segmentados. Los países del grupo 3 probablemente serán más afectados:

- a) sufrirían la cobertura menor del seguro social antes de la crisis, porque tienen el mayor sector informal (incluyendo independientes) e incidencia de pobreza, así como sistemas muy segmentados;
- b) el sector público carece de recursos suficientes para atender a la mayoría de la población que no está asegurada;
- c) con el repunte de la pobreza habrá mayor demanda por cobertura de salud pública o no contributiva del seguro social, financiadas por el Estado y el acceso efectivo pudiera reducirse si hay recortes presupuestales al sector, y
- d) flujos migratorios de los países más pobres a los más ricos (por ejemplo, en Costa Rica) pondrán presión en la demanda de servicios de salud de los segundos, especialmente la emergencia, aunque a mediano y largo plazo los inmigrantes contribuirían al financiamiento de la seguridad social.

Algunos países, especialmente en el grupo 1, han tomado medidas para enfrentar la crisis aunque con ámbito y efectos diversos. En Argentina, la Ley de Emergencia Sanitaria de 2002 ha sido nuevamente renovada por el congreso en 2009; siete años después de la crisis económica de 2001. Muchas obras sociales han experimentado una caída en su ingreso por contribuciones, que puede afectar la afiliación (AISS, 2009a).

En Costa Rica la cobertura en salud de la población total creció de 87,6% a 88,8% entre diciembre de 2007 y diciembre de 2008 y se estancó en 88,8% en mayo de 2009 (CCSS, 2009). La cobertura de salud era superior a la de pensiones por la protección a los familiares dependientes y todos los pensionados y sus familias. Como el seguro social cubre a los contribuyentes y no contribuyentes, la eventual caída en la afiliación contributiva permite a ese sector acogerse a la asistencia no contributiva. En Chile la cobertura de la población por el sistema, combinando el sector público-seguro social y las ISAPRE (excluyendo fuerzas armadas y mutuales), aumentó de 87% en 2007 a 89,2% en diciembre 2008 y 89,4% en mayo de 2009, la afiliación al sector público creció de 70,4% a 72,7% mientras que la de las ISAPRE disminuyó levemente de 16,6% a 16,5% (Superintendencia de Salud, 2009). La re-reforma previsional chilena de 2008 estipuló que los beneficiarios de pensiones no contributivas tengan acceso gratuito a la atención de salud, y la extensión gradual de la cobertura en salud a los trabajadores independientes pero no hasta 2016. Trinidad y Tobago está considerando introducir un seguro nacional de salud (AISS, 2009a).

En Uruguay el gobierno que asumió el poder en 2005 enfrentó una difícil situación en la salud, con alta segmentación, declive en los indicadores, reducción del gasto público, situación financiera pobre del sector público, y severo déficit en las mutuales (IAMC). Para mejorar la situación tomó varias medidas:

- a) dio prioridad al gasto social e implementó un Plan Nacional de Emergencia Sanitaria focalizado en los pobres, las mujeres y los niños sin protección, que atacó los problemas más urgentes como nutrición, inmunización, atención a la mujer embarazada, etc.;
- b) organizó un Diálogo de la Seguridad Social en que participaron todos los ministerios clave, con amplia representación de los sectores involucrados, así como la OIT y el Banco Mundial, del cual emanaron directivas de políticas para una estrategia permanente con énfasis en un mayor papel del Estado como articulador y financista, la universalidad en la cobertura y la solidaridad social;
- c) fortaleció la rectoría del Ministerio de Salud, infundiéndole poder para regular y supervisar todo el sector, controlando el cumplimiento de proveedores diversos, mejorando la inspección y estableciendo una Junta Nacional de Salud;
- d) creó el Ministerio de Desarrollo Social con poder para coordinar toda la política social, detectar vacíos en la cobertura y la protección;

- e) fundó el Instituto de Alimentación a cargo del programa nacional de alimentos focalizado en grupos vulnerables a los que entregó una tarjeta magnética de nutrición;
- f) estableció el programa Uruguay Saludable que transforma el modelo de atención privilegiando la promoción y prevención, y reorientando los recursos al primer nivel de atención; y
- g) lanzó en 2007 el Sistema Nacional Integrado de Salud y estableció un nuevo Fondo Nacional de Salud que financia el Seguro Nacional de Salud. A partir de 2008, el SNS incorporó a 450.000 hijos menores de 18 años de trabajadores, además afilió a 124.387 funcionarios públicos y 21.000 pensionados de bajo ingreso (ya el jubilado no pierde la cobertura de salud al retirarse). La cobertura en el seguro de salud se duplicó, de 718.596 en 2007 a 1,415.194 en marzo de 2009, equivalente a 43% de la población. Esto excluye el sector público al que tiene acceso el resto de la población y al cual el gobierno duplicó la asignación presupuestaria, mejorando el acceso de los habitantes en el interior del país. Estas políticas reforzaron la cobertura y finanzas del sistema de salud, redujeron la incidencia de pobreza y vulnerabilidad. y sentaron bases financieras más sólidas antes de que golpease la crisis (MEF, 2009; Presidencia, 2009; BPS, 2009).

Dentro del grupo 3, por su parte, la República Dominicana incrementó sostenidamente la afiliación al Seguro Familiar de Salud (tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado): la cobertura de la población aumentó de 30,7% en diciembre 2008 a 32,5% junio de 2009; se ha establecido una meta de cobertura total del régimen subsidiado en 2011 pero se advierte que las restricciones presupuestarias por la crisis pueden limitar la extensión de la cobertura de los pobres (ver Cuadro 7).

Cuadro 7
AMERICA LATINA Y EL CARIBE, IMPACTO DE LA CRISIS
EN LA COBERTURA DE PENSIONES Y SALUD 2007-2009
(en porcentajes)

Grupos/países	PEA en pensiones ^a			Población total en salud		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Grupo 1						
Argentina	24,3	19,8 ^c				
Costa Rica	55,8	58,0	57,2 ^d	87,6	88,8	88,8 _e
Chile	61,2	62,8		87,0	89,2	89,4 _e
Uruguay	27,7	30,6				
Grupo 2						
Colombia	17,1	18,0				
México	32,2	31,4				
Grupo 3						
Bolivia	13,3	12,8				
El Salvador	18,8	18,8				
Perú	13,4	13,8				
R. Dominicana	20,8	20,8		27,5	30,7	32,5 ^c
Promedios b	27,1	27,6				

Fuentes: Elaboración del autor, pensiones basado en AIOS, 2009; salud basado en CCSS, 2009; Superintendencia de Salud, 2009; Tesorería 2009.

^a Se basa en afiliados que contribuyeron en el último mes; las cifras son a diciembre de cada año; excluye a los afiliados en sistemas o pilares públicos y programas separados.

^b Ponderados.

^c Junio.

^d Febrero.

^e Mayo.

2. Pensiones

El impacto de la crisis de la cobertura de la PEA en pensiones en diez países se evalúa en el Cuadro 8; se advierte que las cifras no abarcan a todos los asegurados sino sólo a los que están en el sistema privado (salvo Costa Rica) y excluye a los programas separados. En el grupo 1 tres países incrementaron su cobertura entre diciembre de 2007 y diciembre de 2008 (Costa Rica, Chile y Uruguay, éste con el mayor aumento), mientras que en Argentina disminuyó (basada en la últimas cifras del sistema privado en junio); la cobertura declinó ligeramente en Costa Rica en febrero 2009. En el grupo 2, aumentó la cobertura en Colombia y se redujo en México. En el grupo 3 todos los países sufrieron un declive o estancamiento, salvo un leve incremento en Perú. El promedio ponderado de cobertura ascendió 0,5 puntos, de 27,1% a 27,6%, a una tasa menor de la mitad de la tasa promedio de incremento anual en 2004-2007, aupada por el crecimiento de la economía y el empleo formal (AIOS, 2008).

Las reformas implantadas por Uruguay en 2007-2008 flexibilizaron la jubilación por vejez y aumentaron la pensión contributiva creando incentivos para la afiliación; por otra parte la extensión de la pensión no contributiva expande la cobertura de los ancianos sin recursos (MEF 2009). En Costa Rica, un programa para combatir la evasión ayudó a expandir la cobertura en 2008 pero la crisis la afectó en 2009. La re-reforma chilena de 2008 incrementó el estímulo a la afiliación y amplió la cobertura de los ancianos con la pensión solidaria universal. Trinidad y Tobago está considerando extender la cobertura a los trabajadores independientes para hacer frente a la reducción en el empleo asalariado formal (AISS, 2009a).

B. Suficiencia y calidad de las prestaciones

1. Salud

La crisis actual podría afectar la calidad de la atención, aumentar las listas de espera para consulta especializada y cirugía, y a mediano plazo deteriorar los indicadores de salud. Este escenario ocurriría si el Estado recorta los gastos asignados al sector público, caen los ingresos del seguro social que obligue a reducir sus gastos, y se pierde cobertura en los seguros privados, afectando desmedidamente a los grupos más vulnerables.

En Costa Rica, los nuevos registros en la lista de espera para cirugía aumentaron 24% entre enero de 2008 y marzo de 2009; aunque la comparación no es técnicamente correcta pues hay que restarle las nuevas cirugías hechas en 2009 sobre las que no hay información. La consulta de especialidades disminuyó achacada a un déficit de 1.723 especialistas arrastrado desde 2005 que se procura disminuir duplicando las plazas de estudiantes médicos contratados, y contratando 754 nuevos estudiantes en 2010-2013 (Mesa-Lago 2009e).

La tasa de inflación en la región promedió 8,8% en 2008, pero se desaceleró en el primer semestre de 2009. Si aumentase la inflación debido al incremento del gasto público, tendría efectos nocivos en las prestaciones y la atención de salud. En los años 80 en la región y 2001 en Argentina, la inflación provocó un incremento notable del precio de las medicinas, equipo, etc. lo que hizo prohibitivo su acceso. Los ajustes de salarios del personal de seguridad social por fuerte presión sindical ocurridos en los 80, redujeron notablemente los recursos disponibles para prestaciones de salud y la inversión en infraestructura y equipo, mantenimiento, etc. un escenario que podría repetirse en 2009.

En Uruguay se implantó en 2008 el Plan Integral de Atención en Salud que desde 2009 define el paquete básico de prestaciones con medidas para evaluar su cumplimiento. El incremento en 71% del gasto de salud real en 2005-2009, principalmente a proveedores públicos, permitió

modernizar su infraestructura y equipo, mejorar la calidad de sus servicios, cerrar la brecha con los de las mutuales (IACM), expandir la inmunización, reducir la lista de espera en los hospitales, y recortar en 44% el cargo a las medicinas. Además se reforzó el Fondo Nacional de Recursos que compensa costos entre regiones en la cobertura de acciones de alta complejidad y costo, otorgándole más recursos, ampliando el ámbito de sus acciones, dando más énfasis a la prevención y extendiendo la cobertura a medicinas costosas (Presidencia, 2009).

2. Pensiones

La crisis reducirá el monto de la pensión de los asegurados próximos a retirarse en los sistemas de capitalización, porque el fondo acumulado ha declinado fuertemente al caer el valor de los instrumentos (en la mitad) y su rentabilidad (en todos menos uno). Donde el asegurado está obligado a tomar una renta vitalicia (en varios países se puede elegir una renta programada), la misma será mermada por la disminución del monto acumulado en la cuenta individual. El Banco Mundial (2009) sostiene que sólo un pequeño número de trabajadores se retirará durante la crisis y pone como ejemplo a Chile (que tiene la reforma más antigua y, por tanto, la más madura en la región) en que se estima que sólo 5% de los actuales asegurados planea jubilarse en los próximos cinco años. Además Chile tiene un sistema de “multifondos” desde 2002, con carteras de diverso riesgo y rentabilidad; 80% de los que se retirarán en los próximos cinco años está en el fondo menos riesgo, lo cual amortiguará la disminución de la pensión (ver sección III-F-2).

Existen también multifondos en Costa Rica, México y Perú, pero no en los otros seis sistemas de capitalización. El Banco Mundial además argumenta que la mayoría de los sistemas tiene una pensión mínima garantizada y algunos conceden pensiones asistenciales. Aunque estos argumentos parecen ser correctos, en Chile se proyectaba en 2007 que un porcentaje muy alto de los asegurados no accedería a la pensión mínima (especialmente mujeres) y que la pensión asistencial no se otorgaba a todos los pobres. La re-reforma de 2008 ha resuelto estos problemas pero, aún así, los que se retiren durante la crisis no recibirán la tasa de reemplazo y el monto de la pensión que esperaban.

En México, la reforma previsional de 1995-1996 concedió a los asegurados del sistema público la opción de determinar la pensión con base a la cuenta individual en el sistema privado o las normas de cálculo del sistema público; la mayoría de los que están ahora próximos al retiro probablemente se acogerá a la segunda alternativa. Los otros países con sistemas de capitalización no tienen las ventajas de la reforma chilena o la opción mexicana.

Las pensiones de los sistemas públicos no serán inmediatamente afectadas por la crisis y el impacto de ésta dependerá de su sistema de financiamiento: los de reparto si tienen fuerte déficit (como Brasil, Cuba y Venezuela) dependerán de que el Estado cumpla con sus obligaciones; los de capitalización parcial colectiva tienen reservas y algunos como Costa Rica están equilibrados actuarialmente por un período largo de manera que podrán sostener las pensiones aunque tendrán que hacer ajustes a largo plazo (ver sección F).

Los sistemas mixtos otorgan dos pensiones: una por el pilar público de reparto o capitalización parcial colectiva, y otra complementaria por el pilar de capitalización privado, pero la proporción de ambas en la pensión total varía considerablemente. Por ejemplo, en Argentina antes del cierre del sistema privado, la pensión pública era la básica y la complementaria privada era el componente mayor, mientras que en Costa Rica es lo contrario, la pensión fundamental es la pública y la complementaria es de poca monta. En los sistemas paralelos de Colombia y Perú, la mayoría de los asegurados está en el programa privado pero más en Perú que en Colombia, de manera que los efectos inmediatos de la crisis podrán ser algo amortiguados.

Una ley de 2008 en Uruguay flexibilizó las condiciones de acceso para obtener la pensión: redujo los años de servicios requeridos para retirarse de 35 a 30, ambos con 60 años de edad; otorgó a la mujer un año de servicio por cada hijo; permitió retirarse a los desempleados próximos al retiro con 28 años de servicios y 58 de edad, abonándoles una pensión reducida hasta que cumplan los 60 años requeridos para obtener la pensión normal; y concedió una pensión no contributiva a los que tengan 65 años pero menos de 70 (como exigía la legislación previa) y carezcan de recursos (MEF, 2009).

Como ocurrió durante la crisis de los 80, un alza de la inflación en 2009 podría reducir el valor de la pensión real; la inflación aumentó en 2008 aunque hubo una desaceleración en el primer semestre de 2009. Los países que hacen un ajuste automático a la inflación no están siendo afectados: Brasil ajustó las pensiones al IPC en 2009 y también el salario mínimo; Costa Rica hizo otro tanto y aumentó la pensión *real* en 4,6% (por encima de la inflación); Uruguay ajustó las pensiones al índice de salarios en 2008, con porcentajes adicionales a la pensión mínima y a los pensionados de más edad—la pensión real aumentó 32% y la mínima 81% entre 2005 y 2008 (AISS, 2009a; MEF, 2009). Un repunte inflacionario, causado por el incremento del gasto público, reduciría el valor real de las pensiones en los tres países que carecen de mecanismos para el ajuste anual y en los ocho en que el gobierno tiene poder discrecional para hacerlo y subordinado a los recursos fiscales disponibles: Argentina, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Perú y Venezuela. Ya se ha visto el efecto de la falta de ajuste automático en la caída de la pensión real en Cuba y con un repunte de la inflación en 2009 disminuiría aún más.

C. Igual trato y solidaridad social

1. Salud

La segmentación en los servicios de salud que predomina en la mayoría de América Latina (es mucho menor en el Caribe de habla inglesa) jugará un papel negativo en la crisis, que puede acentuar la desigualdad y disminuir la solidaridad social. Los sistemas segmentados serán los más perjudicados. Los estratos de ingreso medio-superior y alto continuarán utilizando seguros y atención privada, mientras que las fuerzas armadas, los funcionarios públicos y otros grupos poderosos que tienen instalaciones propias o programas especiales buscarán ser menos afectados, ejerciendo presiones para que no se recorten los subsidios fiscales de que gozan.

Si se deterioran los servicios públicos (incluyendo inmunizaciones y prevención de enfermedades contagiosas), los pobres y estratos de bajo ingreso serán perjudicados, pero también toda la población si se expanden epidemias como el dengue y la fiebre porcina. En la mayoría de la región falta un ministerio o superintendencia con poder de regulación y vigilancia fuertes sobre el seguro social y el sector privado (sólo hay superintendencias únicas en Colombia, Chile y República Dominicana—esta última débil). La falta de supervisión apropiada y la presión para reducir costos podría contribuir al menoscabo de los servicios públicos y abusos en el sector privado.

Los pocos sistemas de salud universales e integrados o relativamente integrados que permiten a los que pierden empleo e ingresos mantener la cobertura (fundamentalmente en el grupo 1), funcionarán como un cojín amortiguador de la crisis, siempre que el Estado cumpla con sus obligaciones.

Por ejemplo, si disminuyese la cobertura contributiva en Costa Rica y el Estado transfiere a la seguridad social los recursos necesarios, se expandiría la atención de salud no contributiva; de igual manera si aumenta el sector informal, los trabajadores independientes de bajo ingreso contarían con el subsidio estatal para mantener su cobertura en pensiones. En Chile el sistema público-seguro social, cuya solidaridad social fue reforzada por las reformas antes de la crisis, se hará cargo de los que pierdan su afiliación en seguros privados. Los sistemas públicos universales de Brasil y Cuba funcionarán de

manera similar, aunque la segmentación en Brasil será un obstáculo. En Uruguay el Plan de Equidad que comenzó a implantarse en 2008 en coordinación con varios ministerios y el ente de seguridad social, intenta reducir las desigualdades existentes; el Fondo Nacional de Salud recibe aportes de individuos de acuerdo con sus ingresos pero presta servicios de acuerdo con sus riesgos, de manera que promueve una transferencia de recursos entre estratos de ingresos y de sanos a enfermos. En Colombia y República Dominicana, los que pierdan cobertura en el régimen contributivo y carezcan de recursos, serían cubiertos por el régimen subsidiado.

Los siete países que tienen fondos de compensación o solidarios (Argentina, Brasil, Chile y Uruguay en el grupo 1, Colombia y México en el grupo 2, y Bolivia en el grupo 3) ayudarán a amortiguar las desigualdades que generará la crisis.

2. Pensiones

En la mayoría de los países, las fuerzas armadas, los funcionarios públicos y otros grupos poderosos mantendrán sus programas de pensiones separados, y defenderán sus prestaciones superiores. Peor aún, si la crisis se prolonga y se deterioran las pensiones de los cubiertos en el sistema general, los privilegios de los esquemas separados ejercerán un efecto nocivo de demostración y otros sectores poderosos intentarían salirse para protegerse de la crisis con esquemas propios.

Lo anterior vaticina una lucha por recursos fiscales escasos, en que los programas asistenciales para los pobres podrían estar en desventaja, a menos que el Estado tome una acción decisiva en asignar prioridades. Los tres países que tienen una sola superintendencia de pensiones (Colombia, Costa Rica, Chile y República Dominicana), que vigila todo el sistema y tiene poderes fuertes para ejecutar sus decisiones estarán mejor posicionados para enfrentar la crisis que la mayoría de los países, que bien carecen de una superintendencia específica o, si ella existe, no supervisa todo el sistema o sus poderes son débiles y no impone sanciones a los violadores de las normas legales.

La crisis pudiera también debilitar la solidaridad social debido a una reducción de los recursos para proteger a los estratos pobre y de bajo ingreso, así como un aumento de las desigualdades. En 2007-2008, 88 millones de latinoamericanos pobres recibían transferencias focalizadas en 16 países de América Latina y el Caribe, de los cuales había 44 millones en Brasil y 25 millones en México. Aunque positivos, estos programas carecen de la flexibilidad necesaria para responder de manera efectiva a los efectos inmediatos de la crisis: la cantidad de las transferencias puede aumentar para los que ya están en los programas, pero es más difícil una rápida incorporación de los nuevos afectados por la crisis (Grynspan, 2009). Además, nótese que el total de beneficiarios equivalía a 15% de la población total, menos de la mitad del promedio regional de 34% en la incidencia de pobreza en 2007 (CEPAL, 2008).

Si se recortan los programas focalizados en grupos vulnerables de la población y en áreas geográficas afectadas por índices de salud inferiores al promedio, se reducirá la solidaridad social por la expansión de la desigualdad y la desprotección. Por el contrario, si se pone énfasis en la focalización, se aumentará la solidaridad y se contendrá la pobreza. Pero si los mecanismos de focalización no son efectivos, ocurriría “riesgo moral” y se podría incentivar la desafiliación al seguro social.

La re-reforma de pensiones implantada en Chile a mediados de 2008, justo antes de que se desatara la crisis, infundió considerable solidaridad social en un sistema que era muy inequitativo y desigual. Medidas como la pensión básica solidaria universal y el aporte estatal solidario para mejorar las pensiones, han colocado al país en una posición más ventajosa para enfrentar la crisis. Pero, por otro lado, la reforma profundizó la liberalización de la inversión de los fondos

(liberalización que cuando ya aconteció la crisis financiera no había llegado a implementarse), se modificó la institucionalidad pública relacionada con el sistema de pensiones, y se transformó radicalmente la estructura de la industria; esto último en términos en que los costos para los afiliados pueden incrementarse y en que plantea nuevos desafíos regulatorios (Rivera, 2009).

D. Equidad de género

La OIT (2009b) predice que la crisis tendrá efectos desproporcionados en las mujeres, porque están sobre-representadas en el trabajo ocasional, temporal, informal y en el hogar, a más de que son más afectadas por el desempleo y sus salarios, menores que los de los hombres, disminuirán aún más durante la crisis.

El desempleo regional entre 2008 y el primer trimestre de 2009 aumentó en un millón de desocupados. En seis de ocho países sobre los que hay información, las tasas de desempleo de las mujeres eran entre 2 y 5,3 puntos porcentuales mayores que las de los hombres en 2008 y entre 3,9 y 4,8 puntos más en 2009²⁷; aunque se observó que el desempleo estaba afectando más a los hombres en 2009, aún así las tasas de las mujeres superaban ampliamente a las de ellos. La tasa de crecimiento del empleo cubierto por la seguridad social decreció en los ocho países y sufrió una caída absoluta en México; esto implica un aumento del trabajo informal (carente de cobertura de seguridad social en la mayoría de los países) en que hay más mujeres que hombres (CEPAL, 2009b).

1. Salud

La crisis afectará más a las mujeres que los hombres porque podría reducir el acceso al sector público de salud al que las mujeres (especialmente las jefas de hogar) y su familia acuden proporcionalmente más que los hombres. Hasta el momento, la mayoría de los programas iniciados en la región (principalmente en el grupo 1) para enfrentar el desempleo y la desprotección social no tienen un componente específico orientado a las mujeres, aunque varios de ellos las benefician: la ampliación en 1,3 millones del Programa Bolsa de Familia en Brasil que ya tenía 11 millones de beneficiarios; los subsidios y prestación de servicios de salud a las familias pobres en Chile; y las medidas focalizadas en los pobres para mejorar el acceso y servicios de salud públicos en Uruguay (CEPAL, 2009b; OIT, 2009c). Como las mujeres tienen una incidencia de pobreza mayor que los hombres y utilizan con más frecuencia los servicios básicos de salud serán beneficiadas por estos programas, ya se ha visto que en Chile las mujeres tienen proporciones mayores que los hombres en el acceso a las prestaciones sanitarias, su monto y per capita.

Uruguay ha tomado medidas con un componente específico de género: el Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos entre Hombres y Mujeres 2007-2011; la inclusión de jefas de hogar vulnerables en la cobertura de salud; la definición del paquete básico que otorga varias prestaciones importantes a las mujeres (incluyendo exámenes gratuitos durante el embarazo, subsidio de lactancia, mamografías, salud sexual y reproductiva); la cuota o per capita que se asigna a las proveedoras que incluye un factor de riesgo por sexo y edad, aumentando las cuotas para hacer frente a los riesgos mayores de las mujeres; la desagregación por género de la información de los usuarios en el nuevo sistema de información integrada para el área social, que comenzó a mediados de 2009 y determinará que programas y acciones tienen un impacto en las mujeres; y el proyecto de ley de Derechos Sexuales y Salud Reproductiva (MEF, 2009; Presidencia, 2009).

²⁷ Las tasas femeninas eran mayores que las masculinas en Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay, mientras que no había diferencias significativas en México y Venezuela.

En el grupo 3, la notable expansión de la cobertura del régimen subsidiado en República Dominicana, favorece a las mujeres que tienen una incidencia de pobreza y salarios menores que los de los hombres.

2. Pensiones

Algunos países del grupo 1 han tomado medidas que favorecen a las mujeres: Costa Rica aumentó en 170% el monto de las pensiones no contributivas en 2006-2008; Chile concede a partir de 2008 una pensión básica a todos los que están debajo de cierto nivel de ingreso (la proporción recibida por las mujeres versus los hombres creció de 61,4% en julio de 2008 a 64,5% en marzo de 2009); y Uruguay extendió el acceso al seguro de desempleo, y redujo los años de contribución requeridos para el retiro. Las mujeres enfrentan más dificultades en acumular los años de contribución para ganar una pensión y son especialmente beneficiarias de estas medidas. Políticas específicas a favor de las mujeres son: Chile otorga a partir de 2009 un bono de maternidad por cada hijo a las mujeres que tengan 65 años y hayan vivido 20 años en el país, independientemente de su condición socioeconómica y si han contribuido o no a una pensión, el Estado deposita el bono en la cuenta individual de la mujer y gana una rentabilidad promedio; Uruguay flexibilizó en 2008 las condiciones para obtener una pensión por vejez a las mujeres otorgándoles un año de servicio por cada hijo. El régimen subsidiado de Colombia favorece a las mujeres, pero la República Dominicana no lo ha implementado, ocho años después de ser estipulado por la reforma de 2001 (MEF, 2009; Mesa-Lago, 2009e; SUPEN, 2009; Torres, 2009).

E. Eficiencia y costo administrativo

1. Salud

Los países que tienen un gasto de salud per capita relativamente bajo pero indicadores de productos relativamente altos (Bahamas, Barbados, Costa Rica, Cuba), disfrutan una ventaja de eficiencia en caso de que tengan que reducir el gasto de salud. Por el contrario aquellos con gastos de salud muy altos pero indicadores sanitarios inferiores (Argentina, Brasil) serán más afectados por una posible reducción del gasto, lo cual hará imperativo una mejora de la eficiencia, asignando más recursos a la prevención y el primer nivel, elevando la ocupación hospitalaria, usando más enfermeras en relación a médicos, etc.

Los seguros sociales unificados, con alta cobertura tienen un costo administrativo más bajo que el de las aseguradoras privadas (porque estas son fragmentados, no gozan de economías de escala, tienen utilidades y gastos de mercadeo por la competencia), y también costos más bajos que los seguros sociales fragmentados y con baja cobertura. En 2008 el costo administrativo de los servicios de salud públicos en Chile era de 1% del gasto total, comparado con 16,7% en los servicios privados de las ISAPRE. A medida que el sector privado sea mayor, los países tendrían que controlar el gasto excesivo de las aseguradoras y proveedoras privadas para evitar una escalada en las primas, desafiliación y traspaso al sector público o de seguro social. Aunque hay mucha más competencia entre las administradoras privadas de salud que entre las de pensiones, la crisis podría reducir el número de aquellas, por quiebras y fusiones, lo que aumentaría la concentración, reduciría la competencia y elevaría el costo administrativo. En Chile, sólo una aseguradora privada cerró y fue absorbida por una grande en octubre de 2008; ninguna cerró en el primer semestre de 2009. Por el contrario, la reducción de los ingresos de muchas obras sociales en Argentina, podría provocar algún cierre. En Uruguay las mutuales fueron reforzadas antes de la crisis.

La crisis aumentará la demanda para los servicios de salud públicos a par de que se reduce el aseguramiento contributivo, por lo que generará fuertes presiones para reducir los gastos

administrativos y aumentar la eficiencia. Si aumenta la inflación y los empleados de la seguridad social consiguen un ajuste de sus salarios, en el contexto de ingresos contributivos declinantes, provocará una reducción de los recursos disponibles para prevención, inversión, mantenimiento de la infraestructura y equipo, insumos, medicinas, etc., lo que a su vez podría deteriorar los indicadores de salud.

La reciente reforma de la salud en Uruguay probablemente mejorará la eficiencia, al establecer un sistema de salud mejor coordinado, asignar más recursos al primer nivel y proveer incentivos mediante incrementos en el per capita que se paga a los proveedores cuando cumplen las metas; además advierte la necesidad de usar los recursos con más eficiencia, reduciendo la planta y personal donde es excedente y transfiriéndola a donde hay déficit (MEF, 2009).

2. Pensiones

La crisis posiblemente disminuirá el número de administradoras privadas de pensiones por quiebras y fusiones, reduciendo la competencia y permitiendo un incremento de las primas. La historia muestra una tendencia declinante en el número de administradoras, especialmente en etapas de crisis²⁸, en este sentido son importantes las medidas recientes tomadas en Argentina, Chile y México para estimular la competencia y reducir el costo administrativo. También pudiera acentuarse la tendencia a la alza en la prima cargada por aseguradoras comerciales para cubrir los riesgos de invalidez y sobrevivientes; los dos países en que dichos riesgos son cubiertos por el seguro social (Colombia y México) podrían amortiguar ese problema.

F. Sustentabilidad financiera

La crisis ya ejerce un impacto adverso en el financiamiento de la seguridad social en la región. La encuesta mundial de la AISS en 2009 encontró que la mayoría de los países había sufrido una caída importante en sus ingresos y reservas y un aumento en sus gastos. Basados en las lecciones de las crisis anteriores e información preliminar de la crisis en curso identificamos las causas probables del deterioro financiero. El ingreso ha disminuido o declinará por: a) reducción de la masa salarial y las contribuciones²⁹, b) aumento de la evasión, la morosidad y subdeclaración salarial por los empleadores; c) recorte de los aportes y subsidios estatales a programas contributivos y no contributivos; d) caída en el valor del fondo de pensiones y de su rentabilidad; e) si aumenta la inflación³⁰, disminuirá aún más la rentabilidad real y generará mayores desincentivos para el cumplimiento de las obligaciones (los empleadores ganarán en demorar el pago a fin de hacerlo con moneda devaluada). El gasto ha aumentado o subirá por: a) el creciente número de desocupados que aumenta el costo del seguro de desempleo; b) si crece la inflación generará presión para el alza de las prestaciones, los salarios del personal, el precio de los medicamentos, equipos, etc.; c) el desempleo y disminución de los salarios forzarán a parte de los que tienen seguros o atención de salud privados a transferirse a sistemas públicos aumentando su demanda y gastos al tiempo que el Estado puede recortar su presupuesto e inversión social; y d) por causa del aumento del desempleo y la pobreza, así como la disminución del salario real, parte de los afiliados a programas contributivos dejará de aportar y procurará cobertura en los programas no contributivos cuando las transferencias fiscales a estos pueden contraerse; también ocurre un cambio de afiliados en seguros

²⁸ En Argentina disminuyeron de 21 a 11 (antes de la nacionalización), en Chile de 21 a 5, en Perú de 8 a 4, en Colombia de 10 a 6, en la República Dominicana de 9 a 5, y en El Salvador de 5 a 2; por el contrario en México crecieron de 11 a 21 y en Costa Rica sólo bajaron de 9 a 8 (Mesa-Lago, 2008a; AIOS, 2009).

²⁹ La remuneración media real declinó en nueve de 15 países en 2008, mientras que el salario mínimo disminuyó en 10 de los 20 países y se estancó en dos, se predicen caídas en más países en 2009. La participación promedio de las contribuciones a la seguridad social en el total de ingresos tributarios se estancó en 2,7% en 2008 y probablemente se contraerá en 2009 (CEPAL, 2009c).

³⁰ La inflación promedio regional creció de 7,4% en 2007 a 8,4% en 2008; se proyecta una desaceleración a 5,6% en 2009 (CEPAL, 2009c).

privados de salud a programas públicos por lo que los gastos de los programas contributivos públicos aumentan. Estos factores incidirán negativamente en el equilibrio financiero y actuarial de los sistemas de salud y pensiones.

La inversión social puede reducirse como efecto de la crisis. La inversión social total costarricense entre 2006 y 2008 creció 22%: la participación más alta fue la de seguridad social (pensiones y salud), que tomó 35% del total en 2008 después de estar prácticamente estancada desde 2000, mientras que la segunda fue la de salud y tomó 30% del total tras decrecer drásticamente en 2004-2005, pero no hay cifras para 2009 (Mesa-Lago, 2009e). En República Dominicana la inversión social ejecutada versus la proyectada en el presupuesto en el primer cuatrimestre de 2009 (33%), presentaba diferencias: la de seguridad social—pensiones—la sobrepasó (35,5%), mientras que las de salud y asistencia social³¹ (26,4%) estaban por debajo de la meta (Lizardo, 2009b).

Otro factor importante que puede hacer más difícil el financiamiento de la seguridad social a largo plazo es el envejecimiento de la población. Según la CEPAL (2007), los países latinoamericanos tienen una “ventana histórica de oportunidad” para combatir la pobreza y la desprotección social debido al “bono demográfico” que resulta de una etapa ventajosa de la transición demográfica porque cae la “relación de dependencia”: la proporción del segmento en edad productiva (15-64) que mantiene a los dos segmentos dependientes o no productivos de la población (jóvenes hasta 14 años y ancianos de 65 y más años). Por la caída sostenida de la tasa de fecundidad en la región, el segmento joven se reduce, mientras que se expande el segmento productivo y aún no crece el segmento anciano. Por ello se reduce la carga y se disponen de recursos para atacar los problemas sociales, pero el bono tiene un límite de tiempo, ya que a medida que avanza el proceso crece el segmento anciano (envejece la población) y se contrae el segmento productivo por lo que aumentará de nuevo la relación de dependencia y la carga correspondiente, de forma que se revertirá la situación. La carga de los ancianos es más pesada que la de los niños-adolescentes y el segmento productivo porque la atención sanitaria de los primeros es más costosa que la de los otros dos, las pensiones tienen que ser financiadas con una fuerza laboral en disminución, y el aumento de la esperanza de vida, aunque es una bendición humana, agrava dichos costos por la población más longeva. También el envejecimiento reduce proporcionalmente la base de contribuyentes fiscales respecto a los receptores de transferencias públicas. Por otra parte la población relativamente numerosa en edades de máxima acumulación de capital posibilita un creciente ahorro interno para la previsión social en la vejez, que permita enfrentar los problemas financieros asociados al envejecimiento.

1. Salud

En Argentina (grupo 1) muchos seguros sociales de salud (“obras sociales”) reportan una caída en las contribuciones de 5-10%, en parte debido al desempleo creciente; las inversiones generalmente están en bonos de deuda estatal a largo plazo y hasta ahora la crisis no ha afectado ni el principal ni los intereses. Para enfrentar la caída en los ingresos, las obras sociales están otorgando estrictamente las prestaciones obligatorias del paquete básico y usualmente no autorizan procedimientos fuera del paquete; además no tienen ánimo de lucro, no pagan dividendos y todos sus ingresos se dedican a prestaciones, por lo que esperan superar esta crisis. El gobierno tomó medidas, algunas antes de la crisis, como subsidios a las empresas que deben despedir a trabajadores para que abonen un monto fijo por trabajador (AISS, 2009a). En el sector público-seguro social de Chile, los ingresos por cotizaciones aumentaron 0,3% entre diciembre 2008 y marzo 2009 (Superintendencia de Salud, 2009). Uruguay reforzó las finanzas del fondo de

³¹ El monto total de transferencias focalizadas en hogares se triplicó entre enero y noviembre de 2008, pero disminuyó en febrero-abril de 2009.

compensación de riesgos catastróficos; también duplicó el gasto real de salud; aumentó el equilibrio financiero de las mutuales (IAMC) la mayoría de las cuales arrojó pérdidas antes de las reformas de 2007-2008, pero se advierte la necesidad de mantener la sustentabilidad a largo plazo (MEF, 2009). Trinidad y Tobago reporta un declive en la recaudación y medidas para controlar la evasión y la morosidad, a través de mejor inspección, auditorías de empresas y acciones legales de cobro (AISS, 2009a).

La principal entidad pública de seguridad social en México (IMSS), en el grupo 2, registró una desaceleración en la recaudación del seguro de salud, de un incremento de 4,3% en 2007 a 0,6% en 2008 y una caída de -3,3% en febrero de 2009; la rentabilidad real descendió de 3,4% en 2007 a 1% en 2008, a pesar de que 81% de la cartera está en títulos públicos. Medidas adoptadas para hacer frente a la crisis son: la extensión de la cobertura de salud de dos a seis meses a los desempleados en el primer semestre de 2009, que estén asegurados y tengan un mínimo de contribuciones en el IMSS; un descuento de 5% a las contribuciones de los empleadores para proteger al empleo, y cambios en la composición de la cartera de inversiones (AISS, 2009a).

En República Dominicana (grupo 3) la recaudación del Seguro Familiar de Salud aumentó 12% en el primer trimestre de 2009 comparado con 2008 y en el programa contributivo 1,1% versus 3,5% en el primer trimestre de 2008. El programa contributivo generó superávit en mayo de 2009 equivalente a 19% de los ingresos, un avance frente al déficit en el pasado, debido a la aceleración del incremento de la contribución que estaba supuesta a ser gradual en cinco años. Sin embargo, al desagregar a las empresas aportantes se encuentra una diferencia: las que tienen más de 100 empleados perdieron empleo formal en el primer cuatrimestre (disminuyendo su contribución), mientras que las instituciones públicas han aumentado su empleo (incrementando su contribución) y también las empresas privadas de menos de 99 empleados (pero con tendencia decreciente), generando un efecto neto positivo (Tesorería, 2009).

La crisis probablemente aumentará el gasto de las familias, el cual exhibió una tendencia creciente en 2001-2005. Si se reducen los gastos de salud del sector público, como ocurrió en las crisis pasadas, el sector recortará servicios y los grupos pobres y de bajo ingreso perderán acceso efectivo y serán forzados a pagar de su bolsillo por los servicios esenciales, aunque postergarían otros menos importantes o cuyo precio haya crecido más allá de sus medios. Este escenario ocurriría especialmente en los países del grupo 3; la República Dominicana podría ser una excepción si sigue expandiéndose el régimen subsidiado con apoyo fiscal.

2. Pensiones

Los mercados de capitales en los países desarrollados perdieron 43% de su valor en 2008; en Brasil la bolsa perdió 45% y en México 32%. Durante la Gran Depresión y la recesión de los años 70, tomó diez años a la bolsa de valores para recuperar el nivel anterior a la crisis. Las estadísticas de los sistemas privados de pensiones en América Latina son más fáciles de obtener y se publican semestralmente de manera normalizada; las estadísticas de los sistemas públicos son mucho más difíciles de obtener porque su publicación toma más tiempo y las cifras no están normalizadas entre los países.

El modelo del sistema de pensiones jugará un papel en el impacto de la crisis. Los de capitalización individual pura serán más afectados pues sus asegurados están expuestos al riesgo financiero de la volatilidad del mercado de valores y esto afectará al valor acumulado en sus cuentas individuales y el monto de sus pensiones, particularmente de los cercanos al retiro. Sin embargo los mecanismos solidarios, como la pensión universal básica en varios países y el aporte estatal solidario en Chile, serán amortiguadores del impacto. Los de prestación definida públicos probablemente no sufrirán un efecto inmediato (especialmente los de reparto) pero pueden enfrentar una caída en sus ingresos por la disminución en las contribuciones y posible aumento en

los gastos de pensiones, por lo que tendrán que utilizar balances en efectivo; los que tengan reservas tendrían que extraer fondos para hacer frente a un posible déficit financiero; la mayoría a largo plazo deberá reevaluar su sostenibilidad financiera-actuarial³² (AISS, 2008b; Banco Mundial, 2009). Los sistemas mixtos, con un primer pilar público de prestación definida y un pilar de capitalización individual con prestación sometida a las oscilaciones del mercado de valores funcionarían como un cojín amortiguador a la crisis porque sus riesgos están equilibrados entre los dos pilares, pero no serán inmunes. Las pérdidas en los sistemas con reservas dependerán en gran medida de cómo tengan invertidas sus carteras, mientras que en los sistemas de reparto la situación estará subordinada al aporte del Estado para financiar el déficit.

El Cuadro 8 resume los principales indicadores de sustentabilidad financiera de los diez sistemas privados de pensiones, uno público (Guatemala) y los fondos complementarios de Brasil (no pudo obtenerse información del resto de los sistemas públicos, salvo parcialmente en Trinidad y Tobago). El porcentaje de afiliados en los sistemas privados que contribuyó en diciembre de 2008 comparado con dicho mes en 2007 (primeras dos columnas del Cuadro) descendió en seis países, se estancó en dos y aumentó en dos; el promedio disminuyó de 42,3% a 38%. La República Dominicana informa que la relación afiliado/contribuyente declinó de 50,8% a 46,8% entre 2007 y 2008, ambas inferiores a las del Cuadro (SIPEN, 2009)³³.

El principal programa de pensiones públicas de Brasil que cubre a los trabajadores del sector privado (RGPS), experimentó aumento sostenido en las recaudaciones pero desaceleración en la tasa de crecimiento de las mismas, de 10% en 2008 a 2,4% en enero-febrero 2009 respecto a dichos meses en 2008. El desempleo disminuyó notablemente entre 2003 y 2008, a fines de este año era de 6,8% pero aumentó a 8,2% en enero 2009; no obstante ello se debió a un factor estacional y la tasa era similar a la de enero de 2008; pero ha ocurrido una disminución en el crecimiento del empleo formal que podría afectar las recaudaciones. Antes de la crisis, una ley estimuló la formalización de microempresas y el aumento de sus contribuciones; hasta marzo no se consideraban necesarias medidas de corrección financiera en el sistema (AISS, 2009a).

La crisis ha afectado el valor del fondo acumulado y la rentabilidad pero con importantes diferencias entre los países. El valor del fondo disminuyó en promedio -2,8% entre diciembre 2007 y diciembre 2008 (substrayendo a Brasil creció 0,2%), pero osciló entre un crecimiento de 42% en República Dominicana a una caída de 33% en Chile. La rentabilidad real fue positiva en la mayoría de los países en 2007 y promedió 12,5%, (4,5% sin Brasil). En 2008 la rentabilidad disminuyó en todos los países menos República Dominicana y promedió -10%, oscilando de -0,6% en Guatemala a -21% en Chile y -27% en Perú. El sistema privado de Argentina se cerró en noviembre (las cifras del Cuadro 9 se refieren a octubre), su fondo declinó -13,6%³⁴ y la rentabilidad real -25,4% entre octubre 2007 y octubre 2008; estas fueron razones dadas oficialmente para traspasar el fondo y 9,5 millones de afiliados del sistema privado al público.

³² Trinidad y Tobago está considerando dedicar recursos a restaurar la sustentabilidad financiera del sistema para garantizar sus obligaciones futuras (AISS, 2009a).

³³ Sorpresivamente, el número de contribuyentes que quedan en el sistema público de reparto (4,4% del total de contribuyentes), aumentó 26,4% en diciembre de 2008 sobre diciembre de 2007 (quizás por el traspaso ahora autorizado de asegurados del sistema privado); aún así, la relación afiliado/contribuyente disminuyó de 35% a 27,5%, ambas inferiores a las del sistema privado (SIPEN, 2009).

³⁴ Si se compara el valor del fondo cuando alcanzó su cénit, US\$32.881 millones en junio de 2008 (AIOS, 2008), y su valor en octubre 2008, US\$26.000 millones, la caída fue más abrupta: 21%.

CUADRO 8
AMERICA LATINA Y EL CARIBE, IMPACTO FINANCIERO DE LA CRISIS
EN LOS SISTEMAS DE PENSIONES
2007 Y 2008

Grupos/ Países	Afiliados (%) que contribuyen ^a		Fondos acumulados (millones de dólares)			Rentabilidad anual real ^b		
	2007	2008	2007	2008	Cambio (%)	Últimos 12 meses	Histórica ^c	
						Dic. 2007	Dic. 2008	Dic. 2008
Grupo 1								
Argentina (B) ^d	40,6	37,9	30 105	26 000	-13,6	2,2	-25,4	6,6
Brasil ^e	n.d.	n.d.	223 000	210 000	-5,8	19,8	-8,2	11,0
Costa Rica (B)	68,4	68,4	1 396	1 513	8,4	-0,7	-9,0	3,6
Chile (B)	53,8	54,6	111 037	74 313	-33,1	5,0	-18,9	8,8 g
Uruguay (B)	58,6	60,6	3 392	2 872	-15,3	0,5	-21,5	7,7
Grupo 2								
Colombia (B)	45,1	44,8	24 643	26 021	5,6	0,9	-2,7	3,7
México (B)	38,2	36,3	75 995	67 771	-10,8	2,5	-6,5	6,0
Grupo 3								
Bolivia (B)	47,3	43,1	2 910	3 885	33,5	-2,9	-1,9	6,8
El Salvador (B)	35,9	31,2	3 958	4 441	12,2	1,4	-2,3	7,7
Guatemala (A)	n.d.	n.d.	1 684	1 937	15,0	-0,7	-0,6	2,4
Perú (B)	41,4	41,2	20 155	16 682	-17,2	20,2	-26,7	7,5
R. Dominicana (B)	51,8	48,1	955	1 356	42,0	-0,4	8,0	1,2
Promedios/totales^f								
Todos	42,3	38,0	449 231	436 791	-2,8	12,5	-10,0	8,8
Sin Brasil	42,3	38,0	226 230	226 791	0,2	4,5	-11,7	6,8

Fuentes: Elaboración del autor basada en AIOS, 2008 a 2009 para sistemas privados; AISS, 2009a, Mesa-Lago, 2009a y IGSS, 2008 para Argentina, Brasil y Guatemala.

A = Sistema público B= Sistema privado

^a Afiliados que contribuyeron el último mes.

^b Rentabilidad ajustada a la inflación.

^c Promedio anual: últimos 10 años en los sistemas privados, 10 en Guatemala, 5 en Brasil.

^d El sistema privado se cerró en noviembre de 2008; las cifras de 2008 son diciembre para contribuyentes, octubre 2008 para el fondo, entre octubre 2007 y octubre 2008 para la rentabilidad anual y los últimos 10 años hasta octubre 2008 para la rentabilidad histórica.

^e Fondos complementarios privados al sistema público.

^f Columnas 1 y 2 son promedios ponderados por aportantes; columnas 3, 4 y 5 son totales; columnas 6, 7 y 8 son estimados del autor ponderados por el fondo acumulado en cada país. f Fondo intermedio "C".

La explicación de una caída mayor en el valor del fondo y su rentabilidad en ciertos países comparados con otros radica en gran medida en la composición de la cartera. La crisis ha afectado con más fuerza las acciones y emisiones extranjeras, mientras que los títulos públicos y los depósitos bancarios han sido menos perjudicados hasta ahora, por lo que han amortiguado el impacto de la crisis, aunque si ésta se recrudece el Estado y los bancos reducirían las tasas de interés. A mediados de 2008 Perú y Chile tenían respectivamente 54% y 51% de sus fondos invertidos en acciones y emisiones extranjeras, versus 21% y 8% en títulos de deuda pública y sufrieron fuertes caídas en el valor del fondo y su rentabilidad³⁵. Por el contrario Bolivia y El Salvador tenían sólo 3% y cero respectivamente en acciones nacionales y externas y 73% y 79% en títulos de la deuda pública y el valor de sus fondos aumentó y la rentabilidad disminuyó poco o creció algo. La República Dominicana tenía 60% de su inversión en certificados de depósitos³⁶ y su

³⁵ En Chile el fondo público fiscalizado por la Superintendencia de Seguridad Social tenía 47% en efectivo y 35% invertido en bonos, debido a cautelas legales, y el valor del fondo aumentó 0,6% entre 2007 y 2008, mientras que la rentabilidad disminuyó de 1,7% a 0,03% pero se mantuvo positiva (AISS, 2009a).

³⁶ La Superintendencia reporta que a fines de 2008 se había reducido el porcentaje invertido en depósitos bancarios a 43% o 41,5%, ambas muy inferiores al 60% publicado por AIOS; la inversión en deuda pública creció de cero a 49%, y la rentabilidad histórica real fue de 1,3%, ligeramente mayor a la del Cuadro 9 (SIPEN, 2009).

desempeño fue positivo, lo que explica el caso único de 8% de rentabilidad en 2008, si bien en el largo plazo dichos instrumentos han tenido una rentabilidad baja, contribuyendo a la rentabilidad real histórica inferior entre los sistemas privados.

Los títulos de deuda de países emergentes no son inmunes a la crisis porque los inversionistas en el extranjero los venden en una severa crisis como la actual por temor a una caída en su valor. La mayor administradora en Uruguay (República AFP) informa que 90% de su cartera estaba en títulos de deuda pública en 2008, cuyo valor se deterioró fuertemente y la rentabilidad real total cayó -20,5% en ese año y -4,4% en los últimos tres años. En los programas de funcionarios públicos de Brasil, a fines de 2008 la cartera estaba concentrada 98,6% en instrumentos de renta fija, especialmente títulos públicos, y sólo 1,4% en renta variable incluyendo acciones. Los regímenes complementarios de pensiones brasileños aumentaron la concentración en títulos públicos de 54% a 62,8% entre 2007 y 2008, y ocurrió una pérdida de 8,2% en la rentabilidad total (AISS, 2009a).

No obstante la caída de la rentabilidad, a largo plazo el rendimiento histórico real de los doce sistemas de pensiones se mantuvo positivo promediando 8,8% (6,8% sin Brasil), con un rango desde 1% en la República Dominicana hasta 11% en Brasil. En Argentina, a pesar de la caída de 25,4% en la rentabilidad entre octubre 2007 y octubre 2008, la rentabilidad histórica era entonces 6,6%, similar al promedio de los doce países; el informe más reciente del fondo nacionalizado en abril de 2009 no provee su rentabilidad.

La caída en el valor del fondo fue más fuerte en el grupo 1 (excluyendo Brasil y Costa Rica) y menor en el grupo 3 (excluyendo a Perú); esto se observa con más claridad en la disminución de la rentabilidad que fue la mayor en el grupo 1 y la menor en el grupo 3 (excluyendo a Perú). Ello se debe en gran medida a la diversa composición de la cartera.

Los más perjudicados por la caída en el valor del fondo en las cuentas individuales de los sistemas privados son aquellos que se retiran en medio de la crisis; ya se ha apuntado que debido a que dichos sistemas tienen pocos años se asume que no habrá muchos asegurados en esta situación (Uruguay proyecta que la mayoría se retirará en los próximos 15 años) y que una manera de enfrentar el problema de los que se retiran en medio de la crisis son los “multifondos” de Costa Rica, Chile, México y Perú (ver sección II-B-2). Estos ofrecen varias carteras con diferente rentabilidad y riesgo y los asegurados pueden escoger entre ellas; un asegurado joven debería invertir más en los fondos de mayor riesgo y rentabilidad, pero al acercarse al retiro transferir a los fondos de menor riesgo y rentabilidad.

Chile, que fue el pionero, tiene cinco fondos: A el más riesgoso, B riesgoso, C intermedio, D conservador y E el más conservador (tiene el menor riesgo). En 2008, 74% de la inversión en A estaba en renta variable y 26% en renta fija, mientras que en E, 99% estaba en renta fija y 1% en renta variable. En enero- octubre de 2008 el valor promedio real del fondo total fue -23% pero -41% en A y -1% en E; la rentabilidad histórica real anual promedio del fondo C (riesgo intermedio) fue 8,9% (Figuroa 2008). La evolución del número de afiliados a cada uno de los fondos desde la creación del sistema de multifondos en el año 2002 en Chile muestra que inicialmente pocos afiliados aprovecharon la fase de mayor rentabilidad de los fondos más riesgosos. Tras la gradual migración a los fondos más riesgosos, la gran mayoría de los afiliados que debieron enfrentar grandes pérdidas no habían disfrutado de las altas tasas de rentabilidad (Rivera, 2009). La Superintendencia chilena ha ordenado a las administradoras que especifiquen el grado de riesgo de los cinco fondos, y permitir a los asegurados cambiar de fondo de acuerdo con su edad, sin necesidad de firmar traspasos; también está estudiando diversas medidas de regulación, y sanciones por incumplimiento de las administradoras; y se creó un Comité de Superintendentes de áreas financieras para la mejor coordinación de la fiscalización y políticas anticíclicas (Berstein,

2009). Uruguay está considerando la creación de un fondo con activos a corto plazo y baja volatilidad para aquellos próximos al retiro (AISS, 2009a).

Hay algunas indicaciones de algunos sistemas de capitalización han tocado fondo o iniciado cierta recuperación. En Costa Rica la rentabilidad real anual promedió peor fue -11,1% en noviembre de 2008 y era -7,6% en marzo de 2009, mientras que la rentabilidad real histórica fue 3,4% en diciembre de 2008 y 3,6% en marzo 2009 indicando un ligero repunte (SIPEN, 2009). En República Dominicana la rentabilidad fue -3,3% en junio de 2007 respecto a junio de 2006 y 8% en diciembre 2008 respecto a dicho mes en 2007 (AIOS 2008, 2009). La evidencia más positiva es de Chile que en 2008 sufrió la mayor caída en el valor del fondo y la cuarta en la rentabilidad: a) el valor total del fondo en millones de dólares aumentó 34,9% entre diciembre de 2008 (74.313) y junio de 2009 (100.244) aunque aún estaba 9,7% por debajo del nivel de diciembre de 2007 (111.037); b) la rentabilidad de los cinco fondos fue positiva en junio, variando de 0,46% el más riesgoso (A) a 1,57% el más conservador (E), mientras que la rentabilidad en los últimos 12 meses del fondo E fue 161,6%; c) había cierta recuperación de la confianza, pues en abril de 2009, comparado con abril de 2008, la proporción en el fondo A había disminuido 6,3 puntos porcentuales y la del fondo E había aumentado 6,3 puntos, mientras que en junio de 2009 la proporción de A había ascendido 2,2 puntos y la de E declinado 2,8 puntos; d) la recuperación de las bolsas internacionales en julio de 2009 debe haber tenido un efecto positivo en el fondo y rentabilidad de Chile (SUPEN, 2009; Berstein, 2009).

¿Ahora bien, cómo puede afectar la crisis a la sustentabilidad financiera de los sistemas públicos a largo plazo?

En Argentina el traspaso de los fondos del sistema privado al público en el corto plazo fortificó a éste financieramente, pero en el largo plazo lo hace responsable de la deuda implícita del régimen de reparto y el pago de las obligaciones futuras de los asegurados transferidos; si desciende la rentabilidad, las pensiones futuras serán inferiores o su garantía de pago estará en riesgo. La suma recibida se administra por una agencia estatal (ANSES) que no es autónoma, la inversión de los recursos no ha sido regulada, ni los instrumentos son calificados, y el traspaso de fondos se hizo cuando su valor era muy bajo (Mesa-Lago, 2009a; Kay, 2009). En abril de 2009 el fondo era de US\$26.798 millones, estancado desde octubre de 2008. La composición de la cartera cambió de octubre de 2008 a abril de 2009: los títulos de deuda pública y préstamos al gobierno nacional crecieron de 56% a 61%; la inversión en emisiones extranjeras se terminó, en acciones locales declinó de 14% a 10% y en fondos mutuos y fideicomisos bajó de 11% a 6%; parte del fondo se dedica a incentivar el consumo y la industria (ANSES, 2009). El superávit financiero global de ANSES en mayo de 2009 fue 31% menor que en mayo de 2008 y sin el traspaso de los fondos privados hubiese ocurrido déficit debido a un aumento en 35% del gasto; 65% de éste se dedicó a prestaciones y el resto fueron giros a organismos públicos para estimular el consumo y políticas anticíclicas; en septiembre hay que ajustar las pensiones lo que incrementará más el gasto. Las contribuciones de los transferidos del sistema público al privado se estimaban en US\$4.500 millones anuales pero hasta mayo se estaba recibiendo un 75% de lo esperado (Chelala, 2009).

Aunque Brasil ha reducido el déficit financiero de sus sistemas de reparto para empleados privados, y especialmente funcionarios públicos, mediante reformas paramétricas introducidas en años recientes, aún dicho déficit tomaba 4,8% del PIB antes de la crisis. Hasta marzo de 2009 no había indicios de fuerte impacto en el sistema privado, pero ya se analizó la caída en la rentabilidad de los fondos complementarios y la excesiva concentración en renta fija de los fondos de funcionarios públicos. Si se agravase la situación, el Estado tendría cargas fiscales adicionales, pues difícilmente renegaría sus obligaciones y en 2009 ajustó las pensiones al IPC. Se están estudiando normas alternativas para la composición de la cartera que permitan su ajuste a la realidad cambiante del mercado de valores brasileño y mundial, a fin de evitar un agravamiento de

la sustentabilidad financiera de los programas de funcionarios públicos y amenazas al equilibrio actuarial en los programas complementarios, aunque hasta ahora no se ha identificado un caso (AISS, 2008a).

En Venezuela el déficit financiero de los múltiples programas de pensiones puede ser agravado por la severa caída en los ingresos del gobierno provocada por el desplome del precio mundial del petróleo; además habrá competencia entre los programas de pensiones contributivos y los populares programas de protección social.

Una reforma paramétrica aprobada en Cuba a fines de 2008, incrementa gradualmente las edades de retiro en cinco años para ambos sexos en un período de siete años, pero las nuevas edades (60 mujeres y 65 hombres) son aún muy inferiores a la esperanza de vida al tiempo del retiro; la reforma también estipuló una contribución al trabajador (que antes virtualmente no contribuía) pero supeditada a incrementos del salario³⁷. El alivio del déficit, por tanto, no será inmediato y probablemente crecerá en 2009. El pilar público de Costa Rica está en equilibrio hasta 2048; el balance financiero generó un superávit de 1% del PIB en 2008, la reserva como porcentaje del PIB aumentó de 7,3% a 7,6% entre 2007 y 2008, y la relación pensionados por un contribuyente disminuyó de 15 a 12,7 entre 2005 y 2008 debido a la expansión de la cobertura; no se tiene aún una valuación actuarial sobre el posible impacto de la crisis, pero el pilar público mostraba una situación sólida a fines de 2008 (Mesa-Lago, 2009e, 2009f). El balance de ingresos/egresos será positivo pero generará déficit en tres países del grupo 3: Honduras en 2050, Nicaragua en 2020 y Guatemala en 2014 (Durán, 2009).

³⁷ Los primeros aumentos de salario con la obligación de contribuir al sistema de pensiones se aprobaron en julio de 2009 sólo para maestros.

III. Conclusiones y políticas para atenuar los efectos de la crisis en la seguridad social

A. Impactos y políticas en previas crisis

Aunque las causas de la crisis de los 80 y la actual son diversas, sus impactos sobre la seguridad social probablemente sean similares, por lo que se analizaron aquéllas a fin de ayudar a predecir efectos potenciales de la crisis actual y extraer lecciones de políticas. Sucintamente, los efectos de aquellas crisis pueden sintetizarse de la siguiente manera:

La cobertura de pensiones y salud cayó o se estancó en la mayoría de los países, más en los sistemas segmentados que en los integrados, mientras que se expandió la demanda por servicios públicos de salud; las reformas estructurales radicales contribuyeron al declive de la cobertura; los programas de empleo, reforzamiento de la salud y asistencia social a los grupos marginales, y esquemas no contributivos de pensiones y salud ayudaron a paliar los efectos de la crisis.

En cuanto al igual trato y suficiencia: el gasto de seguridad social como porcentaje del PIB declinó en 15 países y se estancó en nueve, el valor real de las pensiones disminuyó drásticamente en diez, varios recortaron el presupuesto público de salud y algunos indicadores de salud se deterioraron; las medidas para garantizar medicinas básicas, mejorar el paquete de prestaciones sanitarias y regular las proveedoras privadas fueron beneficiosas.

La solidaridad social se dañó por la extensión de la segmentación y la desigualdad, los sistemas generales sufrieron el embate de la crisis mientras que grupos con servicios de salud o esquemas de pensiones propios mantuvieron sus prestaciones; la eliminación o reducción de la contribución del empleador tuvo efectos adversos en la solidaridad y las finanzas; las redes mínimas de protección social implantadas en 15 países fueron positivas pero limitadas por su impacto reducido en la población, falta de focalización adecuada y de evaluación de sus resultados.

La equidad de género probablemente disminuyó, pero no se logró obtener información sobre políticas para aliviarla. En cuanto a la eficiencia y gasto administrativo: el gasto era menor en los países con sistemas integrados y amplia cobertura que en los segmentados con baja cobertura, creció en 29 países en parte por el ajuste de los salarios del personal a la inflación; tres países implementaron políticas exitosas para controlar dicho gasto.

Respecto de la sustentabilidad financiera, en 17 de 25 países aumentó el déficit de seguridad social o disminuyó el superávit, los que tenían los programas de pensiones más antiguos y envejecimiento poblacional sufrieron más que aquellos con programas y poblaciones más jóvenes (la gran mayoría de los países del Caribe no latino generaron superávit); la rentabilidad de la inversión dependió del tamaño de la reserva, la concentración versus diversificación de la cartera, la tasa de inflación y el papel del Estado en el uso de las reservas y fijación de la tasa de interés.

Los países que implantaron políticas sociales anticíclicas, aliviaron los efectos de la crisis, ayudaron a preservar el poder adquisitivo de las pensiones así como los indicadores de salud y facilitaron una recuperación más rápida.

B. Fortalezas y debilidades antes de la crisis actual

Se utilizó una taxonomía que identifica tres grupos de países, ordenados de uno al tres, de mejor a peor. El Cuadro 9 resume los principales indicadores de la situación de la salud y las pensiones en América Latina antes de la crisis, comparando los tres grupos y estimando totales o promedios regionales, que permiten identificar las fortalezas y debilidades entre dichos grupos respecto a los seis aspectos. Aunque los países se mantienen de manera consistente dentro de cada grupo, muestran diversos ordenamientos según los indicadores. No obstante, el promedio aritmético de todos los ordenamientos en los seis cuadros, resultó en el orden que se da a cada grupo.

Grupo 1

Uruguay, Chile, Costa Rica, Brasil, Cuba³⁸, Argentina y Panamá. Estos países son socialmente los más desarrollados, tienen el sector informal (28-41%) y la incidencia de pobreza (14-33%) menores, y mostraban en los seis aspectos de la organización de la seguridad social las mayores fortalezas y las menores debilidades antes de la crisis. Tienen la relación de dependencia inferior (49-59%) con transición demográfica avanzada, disfrutaban del bono demográfico, pero su ventana de oportunidad es la más corta, de manera que tienen menos tiempo para resolver las debilidades de sus sistemas.

³⁸ En el caso de Cuba se coloca en esta posición basado en sólo tres indicadores: suficiencia, insumo/producto en salud y gasto de salud. No hay cifras sobre la mayoría de los indicadores: cobertura, sector informal y pobreza disparidades en cobertura, género, finanzas en pensiones e impacto de la crisis en salud y pensiones.

CUADRO 9
AMERICA LATINA Y EL CARIBE: COMPARACION DE INDICADORES DE SALUD Y PENSIONES
DE SEGURIDAD SOCIAL EN LOS TRES GRUPOS ANTES DE LA CRISIS, 2007

Indicadores	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Promedio/Total
Cobertura				
Población salud	69,7%	45,6%	17,1%	37,6%
PEA pensiones	53,1%	34,3%	20,0%	33,4%
65+ pensiones	64,4%	26,3%	14,1%	33,0%
Pensiones asistencia social	Sí, salvo Panamá	No	No, salvo Bolivia	7 países
Trabajadores independientes	Mayoría obligatoria	Sólo Colombia	Voluntaria o excluyen	
Trabajadores rurales	Mayoría cubiertos	Programas especiales	No, o minoría cubierta	
Suficiencia				
Paquete básico salud	Sí	Colombia; México parcial; Venezuela no	R. Dominicana; 5 parcial; 4 no	9 completo, 6 parciales, 5 no
Riesgos catastróficos	Sí; Panamá parcial	Colombia, México parcial	Sólo 2	8 países
Pensión mínima	Sí	Sí	Sí, salvo 3	17 países
Ajuste pensiones Periódica	4	2	Bolivia, Paraguay, RD	9 países
Discrecional o no	Argentina, Cuba, Panamá	Venezuela	7	11 países
Igual Trato/Solidaridad				
Sistema salud	3 integrados, Argentina y Brasil segmentados	Segmentados	Altamente segmentados	15 segmentados
Desigualdad regional	Baja	Media	Alta	
Fondos solidarios	Argentina, Brasil, Chile, Uruguay	Colombia, México	Bolivia	7 países
Pensiones				
Cobertura rural-urbana	46% vs. 55%	22% vs. 37%	10% vs. 26%	23,0% vs. 37,8%
Cobertura quintiles 1 y 4	28% vs. 72%	12% vs. 52%	4% vs. 34%	13,7% vs. 50,7%
Programas separados	Sí, salvo C. Rica, Panamá	Sí, mayor en Venezuela	Sí, mayor, salvo Bolivia	17 países
Equidad de Género				
Cobertura PEA (hombre/mujer)	55% vs. 50%	34% vs. 35%	20% vs. 21%	33,9% vs. 32,9%
Cobertura 65+ (hombre/mujer)	71% vs. 60%	33% vs. 21%	20% vs. 12%	40,4% vs. 30,4%
Bono a mujer por criar hijos	Chile, Uruguay	No	No	2 países
Eficiencia/Costo administrativo				
Gasto salud per capita (\$PPA)	788	543	258	486
Camas hospitalarias (x 1.000)	2,4	0,9	1,2	1,8
Habitantes por médico	445	712	1.726	1.254
Acceso agua potable	95%	94%	82%	88%
Acceso saneamiento	90%	80%	61%	74%
Esperanza de vida (años al nacer)	76,6	74,5	70,4	73,2
Mortalidad infantil (x 1.000)	12,6	16,5	34,5	23,6
Mortalidad materna (x 100.000)	48,3	65,3	185,6	119,8
Asignación al primer nivel	28,1%	22,5%	18,6%	21,9%
Gasto administrativo salud/total	4,4%	15,5%	23,1%	16,6%
Sustentabilidad Financiera				
Salud				
Distribución del gasto				
Sector público	22,5%	25,7%	28,9%	29,2%
Seguro social	37,2%	32,9%	17,2%	23,5%
Sector privado	40,3%	41,4%	53,9%	47,3%
Familias (bolsillo)	21,7%, Cuba 9%	35,4%, Colombia 7%	47,4%	36,6%
Pensiones				
Afiliados que contribuyen	71,1%	48,9%	39,0%	62,1%
Valor del fondo (US\$ millones)	8.094	6.366	3.359	6.517
Rentabilidad real anual	9,2%	6,3%	5,8%	7,2%
Multifondos en privados	Chile, C. Rica	México	Perú	4 países
Balance o costo fiscal/PIB	-2,6%	-1,0%	-0,3%	-1,4%

Fuente: Elaboración del autor basado en los cuadros 1-6, el texto y Mesa-Lago, 2008a.

a) Fortalezas

- *Cobertura*: tienen la cobertura más alta en salud, pensiones y ancianos; todos han extendido la protección de salud, con sistemas de seguro social o públicos, la mayoría ofreciendo atención gratuita u otorgando subsidios a los pobres y grupos de bajo ingreso; la mayoría estipula la afiliación obligatoria de los trabajadores independientes (dos la estimulan con subsidio fiscal a los de bajo ingreso) y tienen afiliación obligatoria o programas especiales para los trabajadores rurales, alcanzando las coberturas más altas de estos trabajadores; todos menos uno otorgan pensiones asistenciales lo que explica la alta cobertura de los ancianos.
- *Suficiencia*: todos ofrecen un paquete básico de prestaciones de salud y cubren riesgos catastróficos (aunque en diverso grado), así como la pensión mínima; cuatro ajustan las pensiones anualmente. *Igual trato y solidaridad social*: dos sistemas integrados (seguro social y público) otorgan atención similar a virtualmente toda la población; uno tiene dos programas (público solidario y privado), un tercero cubre a la mayoría de la población con un seguro social integrado, estos tienen los indicadores de salud más altos y menor disparidad entre regiones; cuatro tienen fondos solidarios o de compensación que aminoran desigualdades regionales o garantizan el paquete básico o la cobertura de riesgos catastróficos; en tres la brecha urbano-rural en la cobertura de pensiones es pequeña; la cobertura del quintil más pobre es la más alta; en dos casi la mitad del primer quintil está cubierto.
- *Equidad de género*: las mujeres trabajadoras y las ancianas tienen la cobertura mayor en pensiones; la mayoría otorga el paquete básico sin discriminación por género; dos otorgan un bono o año de servicio a la mujer por cada hijo nacido; dos tienen programas asistenciales focalizados en las mujeres.
- *Eficiencia y costo administrativo*: todos en promedio tienen los mayores gastos de salud per capita y recursos (infraestructura y personal), así como los indicadores de productos mejores; uno con un gasto muy bajo ha logrado productos superiores; la asignación del gasto al primer nivel es la más alta; los gastos administrativos de salud son los más bajos especialmente en los sistemas integrados; los sistemas públicos de pensiones tienen gastos administrativos inferiores a los privados.
- *Sustentabilidad financiera*: en promedio tienen el mayor gasto de salud per cápita (pero el gasto de familia menor), la proporción de afiliados que contribuye, el fondo acumulado de pensiones y la rentabilidad real de la inversión, ésta como resultado de una cartera diversificada; dos tienen superávit o un pequeño déficit en el balance financiero.

b) Debilidades

- *Cobertura*: tres no cubren a 55-60% de la PEA en pensiones (especialmente los independientes y otros informales); uno no cubre al 59% de los ancianos porque no otorga pensiones asistenciales. *Suficiencia*: dos ajustan las pensiones discrecionalmente y uno no las ajusta.
- *Igual trato y solidaridad*: dos tienen sistemas federativos altamente segmentados que generan desigualdades entre regiones, aunque relativamente bajas en relación a los otros grupos; en dos la brecha en cobertura urbano-rural se acentúa; en tres las fuerzas armadas tienen programas separados superiores al general, y en dos también los funcionarios públicos. *Equidad de género*: uno tiene baja cobertura de las trabajadoras y otro de las ancianas; cinco no compensan la labor de la mujer criando a sus hijos.

- *Eficiencia y costo administrativo*: dos tienen gastos y recursos altos pero indicadores de productos relativamente bajos, lo que indica ineficiencia.
- *Sustentabilidad financiera*: dos tienen fondos de pensiones semejantes a los del grupo 3 (uno público y otro privado); dos tienen carteras concentradas en deuda pública u otros instrumentos y la rentabilidad real baja; los que tienen carteras diversificadas reducen el riesgo político pero se exponen a alto riesgo financiero; en promedio tienen el déficit por balance financiero o costo fiscal de la transición más altos, particularmente los que tienen los programas más antiguos y las poblaciones más envejecidas.

Grupo 2

Colombia, México y Venezuela (los dos últimos virtualmente empatados). Estos países tienen un desarrollo social, sector informal (41-45%), incidencia de pobreza (31-46%), fortalezas/debilidades, y relación de dependencia intermedias entre los otros dos.

a) Fortalezas

- *Cobertura*: en promedio tienen la segunda cobertura más alta en salud, pensiones y de ancianos, la de uno en salud es comparable a la del grupo 1 porque tiene un régimen subsidiado de pensiones y salud que ha extendido la cobertura a pobres y de bajo ingreso, así como a los independientes; dos tienen programas especiales para extender la cobertura pero no tan exitosos como en el grupo 1.
- *Suficiencia*: todos otorgan la pensión mínima; dos ofrecen el paquete básico universal, cubren riesgos catastróficos y ajustan las pensiones periódicamente.
- *Igual trato y solidaridad social*: dos tienen fondos de solidaridad en salud que compensan diferencias entre regiones.
- *Equidad de género*: dos tienen una cobertura mayor de las trabajadoras que de los trabajadores en pensiones; uno ofrece el paquete básico sin discriminación por género.
- *Eficiencia y costo administrativo*: uno tiene una asignación del gasto de salud al primer nivel comparable al grupo 1.
- *Sustentabilidad financiera*: uno tiene el gasto de familia más bajo en la región; dos privados de pensiones tienen fondos y rentabilidad comparables a los del grupo 2.

b) Debilidades

- *Cobertura*: en promedio 74% de los ancianos no reciben pensiones (porque no hay pensiones asistenciales), 66% de la PEA carece de cobertura de pensiones (porque conceden cobertura voluntaria poco efectiva a los independientes) y 54% de la población en salud (dos por excesiva segmentación del sistema).
- *Suficiencia*: uno no ofrece paquete básico ni cubre riesgos catastróficos y el ajuste de pensiones es discrecional, otro ofrece un paquete básico y cubre riesgos catastróficos de manera parcial.
- *Igual trato y solidaridad social*: todos tienen sistemas de salud segmentados que generan disparidad en los indicadores de salud entre regiones; la brecha en la cobertura urbano-rural y por quintiles es mayor que en el grupo 1; también tienen múltiples programas separados de pensiones con prestaciones superiores.
- *Equidad de género*: en dos la cobertura de las ancianas es la mitad que la del hombre.

- *Eficiencia y costo administrativo*: uno tiene un gasto de salud y algunos indicadores similares a los de grupo 3; uno con sistema privado de pensiones tiene el costo administrativo superior.
- *Sustentabilidad financiera*: dos tienen gastos de familia similares a los de grupo 3; tienen una relación intermedia afiliado/cotizante; uno tiene el mayor déficit en el programa de salud y el quinto mayor en el programa de pensiones; uno tiene una cartera muy concentrada.

Grupo 3

El Salvador, Ecuador, Perú, República Dominicana, Guatemala, Nicaragua, Bolivia, Paraguay, Honduras y Haití. Aunque con diferencias entre ellos, estos son los países menos desarrollados socialmente, tienen los mayores sector informal (46-60%) e incidencia de pobreza (43-72%), y mostraban las debilidades más fuertes antes de la crisis, aunque algunos habían logrado avances importantes. Tienen la relación de dependencia mayor (62-90%), transición demográfica plena (moderada en uno) y una ventana de oportunidad más larga para enfrentar las debilidades de sus sistemas.

a) Fortalezas

- *Cobertura*: uno ofrece una pensión “universal” independiente del ingreso que en la práctica excluye a la mayoría de la población rural; uno ha logrado extender la cobertura de salud a los pobres mediante un régimen subsidiado; algunos tienen programas de protección social.
- *Suficiencia*: uno ofrece un paquete básico y dos cubren los riesgos catastróficos; la gran mayoría otorga una pensión mínima y tres ajustan la pensión periódicamente.
- *Igual trato y solidaridad social*: uno tiene un sistema unificado de pensiones y un fondo solidario para ayudar a financiar el paquete básico de salud en localidades pobres.
- *Equidad de género*: en promedio las trabajadoras tienen cobertura ligeramente mayor que los trabajadores; dos otorgan el paquete básico sin discriminación por género.
- *Eficiencia y costo administrativo*: uno tiene un gasto de salud per capita bajo pero indicadores de productos similares a los de los grupos 1 y 2.
- *Sustentabilidad financiera*: uno tiene un gasto de familias similar al grupo 1; uno tiene un porcentaje de afiliados que contribuyen superior al del grupo 2; tres sistemas privados de pensiones tienen fondos y rentabilidad semejantes a los de los grupos 1 y 2 (uno de ellos tiene la segunda cartera de inversión más diversificada), también uno público tiene rentabilidad alta; en promedio exhiben el costo fiscal/déficit financiero de pensiones más bajo, y cinco públicos generan superávit financiero.

b) Debilidades

- *Cobertura*: la mayoría de la población no está cubierta en salud, pensiones y mayores de 65 años, debido que todos salvo uno no conceden pensión asistencial, y virtualmente todos excluyen a los independientes y a los rurales u otorgan afiliación voluntaria muy poco efectiva.
- *Suficiencia*: cuatro no otorgan el paquete básico y cinco con limitaciones; ocho no cubren los riesgos catastróficos; tres no otorgan la pensión mínima o la limitan; la mayoría no ajusta las pensiones o lo hace discrecionalmente.
- *Igual trato y solidaridad social*: todos los sistemas de salud son segmentados o altamente segmentados, generando las mayores desigualdades entre regiones en cobertura, recursos

e indicadores de salud, especialmente respecto a las poblaciones indígenas; la brecha de cobertura urbano-rural es la mayor y la cobertura del quintil mas pobre es la inferior.

- *Equidad de género:* tienen la cobertura inferior en pensiones de las trabajadoras y las ancianas; dos no otorgan a la asegurada indirecta la atención por enfermedad o por maternidad.
- *Eficiencia y costo administrativo:* tienen el gasto per capita de salud y los indicadores de salud inferiores.
- *Sustentabilidad financiera:* tienen el gasto per cápita de salud menor y el de familias mayor; seis (cinco públicos) tienen los fondos de pensiones menores; la mayoría tiene carteras poco diversificadas y la rentabilidad promedio inferior.

Caribe no latino: No hay suficientes indicadores para ordenar a los cinco países caribeños seleccionados, en los tres grupos. En todos ellos el sistema de salud es público, gratuito y virtualmente universal. Bahamas, Barbados y Trinidad & Tobago ofrecen pensiones asistenciales, tienen un sector informal e incidencia de pobreza reducidos, y relaciones insumo/producto de salud adecuadas, así que se asemejan a los países del grupo 1. Jamaica y Guayana no otorgan pensiones asistenciales, tienen un sector informal e incidencia de pobreza más altos, y relaciones insumo/producto de salud inadecuadas, por lo que se asemejan a los países del grupo 3.

C. Efectos ya ocurridos de la crisis actual

1. En cobertura

Salud

- *Grupo 1:* La cobertura de la población por el seguro de salud aumentó en dos puntos porcentuales en Chile entre 2007 y 2008, y ligeramente en 2009, expandiéndose el sector público y estancándose el privado; en Costa Rica la cobertura subió hasta diciembre de 2008 y se estancó en mayo 2009; en Uruguay aumentó sostenidamente hasta marzo 2009 y se expandió la asignación presupuestaria al sector público que extendió el acceso; en Argentina la caída en las contribuciones en las obras sociales es un indicador de potencial disminución en la cobertura.
- *Grupo 2:* En Colombia el régimen subsidiado estaba aumentando la cobertura antes de la crisis, pero no hay información de 2008-2009. Grupo 3: En la República Dominicana la afiliación combinada a los regímenes contributivo y subsidiado creció 5 puntos porcentuales entre diciembre de 2008 y junio de 2009.

Pensiones

- *Grupo 1:* La cobertura de la PEA en pensiones, entre diciembre de 2007 y diciembre de 2008, aumentó en Uruguay, Costa Rica y Chile, pero declinó en Argentina; en Costa Rica continuó aumentando hasta febrero de 2009 en que descendió ligeramente; la recaudación en el principal programa de Brasil se mantuvo hasta fines de 2008 sugiriendo un aumento en la cobertura.
- *Grupo 2:* La cobertura entre diciembre 2007 y diciembre 2008 ascendió 1,6 puntos porcentuales en Colombia, pero disminuyó 0,8 puntos en México.
- *Grupo 3:* En el mismo período la cobertura aumentó levemente en Perú, se estancó en El Salvador y República Dominicana, y descendió en Bolivia.

2. En suficiencia y calidad

Salud

- *Grupo 1:* Antes de la crisis, Uruguay reforzó el nivel primario, modernizó la infraestructura y equipo, mejoró la calidad de los servicios, redujo la lista de espera y el cargo a las medicinas, expandió las acciones de alta complejidad cubiertas y adecuó los salarios del personal del sector público; Costa Rica tomó medidas para reducir la lista de espera y consulta especializada. No hay información sobre los otros grupos.

Pensiones

- *Grupo 1:* Brasil, Costa Rica y Uruguay ajustaron las pensiones en 2008, los dos últimos por encima de la inflación, mientras que en Cuba cayó la pensión real en 2008. No hay información de los otros grupos.

3. En igual trato y solidaridad

Salud

- *Grupo 1:* Uruguay introdujo reformas solidarias y un plan de equidad antes de la crisis. No hay información sobre los otros países.

Pensiones

- No hay información.

4. En equidad de género

Salud

- *Grupo 1:* Medidas tomadas que favorecen a las mujeres son: en Brasil la ampliación del Programa Bolsa de Familia; en Chile los subsidios y prestación de servicios de salud a las familias pobres; y en Uruguay el Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos, la inclusión de jefas de hogar vulnerables en la cobertura de salud, la expansión del paquete básico, la cuota asignada a las proveedoras que incluye un factor de riesgo por sexo, y la desagregación por género en el nuevo sistema de información social integrada.
- *Grupo 2:* No hay información.
- *Grupo 3:* En la República Dominicana la expansión en la cobertura del régimen subsidiado favorece a las mujeres.

Pensiones

- *Grupo 1:* Costa Rica aumentó el monto de las pensiones no contributivas que tienen una participación femenina mayor que la masculina; Chile otorga una pensión básica universal que favorece a las mujeres y un bono de maternidad por cada hijo; Uruguay redujo los años de contribución requeridos para el retiro que ayuda a las mujeres, y concede a las mujeres un año de servicio por cada hijo. No hay información de los otros grupos.

5. En eficiencia y costo administrativo

Salud

- No hay información.

Pensiones

- Chile y México han introducido medidas para mejorar la competencia y reducir el costo administrativo aunque éste continúa siendo alto, al igual que en Colombia. No hay información de otros países.

6. En sustentabilidad financiera

Salud

- *Grupo 1:* En Argentina la recaudación cayó en muchas obras sociales en 2008, así como en Trinidad y Tobago; en Costa Rica la recaudación se mantuvo en el primer trimestre de 2009 y en Chile aumentó ligeramente en dicho trimestre; Argentina, Trinidad & Tobago y Uruguay tomaron medidas, respectivamente, para ceñirse estrictamente a las prestaciones del paquete básico, controlar la evasión-morosidad, y reforzar financieramente el sistema.
- *Grupo 2:* En México hubo una desaceleración en la tasa de crecimiento de la recaudación en 2008 y una caída en febrero de 2009, y se ha extendido la cobertura de salud a los desempleados y otorgado descuentos a las contribuciones de las empresas que mantengan el empleo; no hay información de Colombia y Venezuela.
- *Grupo 3:* En República Dominicana la recaudación aumentó en 2008 y en el primer trimestre de 2009, pero las empresas grandes disminuyeron su contribución, mientras que las públicas la mantuvieron y las empresas medianas la aumentaron ligeramente.

Pensiones

- *Grupo 1:* En Brasil el principal programa experimentó aumento sostenido en la recaudación hasta febrero de 2009 pero disminución en su tasa de crecimiento; en Chile y Uruguay aumentó el porcentaje de afiliados contribuyentes en diciembre de 2008 sobre diciembre de 2007, mientras que se estancó en Costa Rica y disminuyó en Argentina. El valor del fondo a fines de 2008 disminuyó notablemente en Chile, y en menor grado en Uruguay y Argentina, y la caída menor fue en Brasil, mientras que el fondo creció en Costa Rica; el descenso en la rentabilidad en 2008 fue peor en Argentina y Uruguay, seguidos por Chile y en menor grado Brasil (pensiones complementarias) y Costa Rica; los países con la mayor concentración de la cartera en acciones y emisiones extranjeras han sufrido las caídas mayores, mientras que los que tenían la cartera concentrada en títulos públicos han estado más protegidos al menos en el corto plazo; por el contrario, la rentabilidad real promedio en el último decenio fue positiva y la mayor en Brasil y Chile, que tienen carteras diversificadas, y la menor en Costa Rica cuya cartera está muy concentrada en títulos de deuda pública. La superintendencia chilena ha tomado medidas para atenuar el impacto y reducirlo en futuras crisis.
- *Grupo 2:* El porcentaje de afiliados contribuyentes disminuyó en Colombia y México; el primero aumentó el valor del fondo y su rentabilidad disminuyó pero moderadamente, mientras que el segundo sufrió una caída fuerte en el fondo, pero menos en su

rentabilidad; lo opuesto ocurrió con la rentabilidad histórica que fue mayor en México que en Colombia, por razones similares a las del Grupo 1.

- *Grupo 3*: El porcentaje de afiliados contribuyentes disminuyó o se estancó en Bolivia, El Salvador, Perú y República Dominicana; el valor del fondo creció en estos países y el rendimiento disminuyó menos (la República Dominicana tuvo el mayor crecimiento del fondo y del rendimiento por su gran concentración en depósitos bancarios); Perú fue la excepción porque tenía la cartera más diversificada en la región con una alta exposición a la volatilidad del mercado de valores, pero su rentabilidad histórica fue una de las mayores del grupo mientras que la de República Dominicana fue la menor entre todos los países.

D. El impacto potencial de la crisis actual

1. En la cobertura

Con pocas excepciones, en la actual crisis ocurrirá una caída en la cobertura de salud y pensiones en la mayoría de los países del grupo 3, que ya tenían las coberturas menores antes de la crisis, provocada por incrementos del desempleo, la informalidad, la evasión-morosidad y la pobreza (que afectan más este grupo que a los otros dos), así como la alta segmentación del sistema de salud, y la falta de pensiones asistenciales para los ancianos. Es probable que los países del grupo 1 sufran las menores caídas o estancamiento, especialmente los que tienen coordinadas coberturas contributivas y no contributivas focalizadas.

2. En suficiencia y calidad

La crisis podría afectar la calidad de la atención sanitaria, aumentar las listas de espera para consulta especializada y cirugía, y a mediano plazo deteriorar los indicadores de salud, especialmente si el Estado recorta los gastos asignados al sector público, caen los ingresos del seguro social que obligue a reducir sus gastos, y se pierde cobertura en los seguros privados. El grupo 1 y Colombia probablemente mantendrán la suficiencia, porque otorgan el paquete básico y cubren riesgos catastróficos; México concede ambos con limitantes y el Seguro Popular de Salud jugará un papel crucial, mientras que Venezuela carece de dichos programas y podría ser más afectada. En el grupo 3, sólo República Dominicana otorga el paquete básico y cubre riesgos catastróficos (aunque con limitaciones) por lo que está mejor preparada; el resto no los cubre o lo hace con limitaciones y sufrirá más los embates de la crisis. Un aumento de la inflación tendría efectos nocivos en la atención de salud debido al alza del precio de las medicinas, equipo e insumos, así como ajustes salariales del personal de seguridad social, recortando los recursos disponibles para prestaciones y mantenimiento de la infraestructura y equipo. También reduciría el valor real de las pensiones en los tres países que carecen de mecanismos de ajuste anual y en los ocho en que el gobierno tiene poder discrecional para hacerlo y subordinado a los recursos fiscales disponibles (siete de ellos en el grupo 3 que sería el más afectado). Debido a la caída del valor del fondo y su rentabilidad, la crisis reducirá el monto de la pensión de los asegurados que se retiren en los sistemas de capitalización, aunque se asume que será un grupo pequeño y algunos podrían haber tomado ventaja de los multifondos. Ese efecto no será inmediato en los sistemas públicos (y los pilares públicos de Costa Rica y Uruguay) porque los que se retiren estarán protegidos por la pensión garantizada del pilar público que es la principal; pero ello dependerá de la estabilidad financiera de sus sistemas y el rol del Estado en caso de severo desequilibrio financiero.

3. En igual trato y solidaridad

Los sistemas de salud segmentados (particularmente en el grupo 3 –salvo la República Dominicana por su régimen subsidiado– y en los gobiernos federativos de los grupos 1 y 2), serán los más castigados por la crisis que acentuará sus desigualdades. Los pocos sistemas universales y total o parcialmente integrados (que coordinan regímenes contributivo y no contributivo o subsidiado), así como los fondos solidarios (la mayoría en los grupos 1 y 2), ayudarán a aminorar las desigualdades y actuarán como cojines amortiguadores de la crisis asumiendo que el Estado cumpla con sus obligaciones. Las superintendencia únicas de salud y pensiones jugarán un papel positivo en tres países porque podrán tomar medidas rápidas que se apliquen a todo el sistema. Si se deterioran los servicios públicos, los estratos pobres y de bajo ingreso serán perjudicados, pero también toda la población si se expanden epidemias. Los grupos poderosos mantendrán sus programas de pensiones separados con prestaciones superiores y anti-solidarios (especialmente en el grupo 3, salvo Bolivia, y en el grupo 2, salvo Colombia); si la crisis se agudiza y prolonga y se deterioran las pensiones del sistema general, otros sectores influyentes intentarían salirse de aquél y crear programas propios para protegerse. Es predecible una lucha por recursos fiscales escasos en que los programas asistenciales para los pobres podrían estar en desventajas. Si se recortan los programas focalizados en grupos vulnerables de la población y en áreas geográficas menos desarrolladas, se reducirá la solidaridad social por la expansión de la desigualdad y la desprotección; por el contrario, un énfasis en la focalización aumentará la solidaridad y contendrá la pobreza, pero deben perfeccionarse los mecanismos de focalización. Los programas asistenciales con trasferencias focalizadas, debido a que carecen de la flexibilidad necesaria, podrían no incorporar con rapidez a los nuevos afectados por la crisis.

4. En equidad de género

La crisis tendrá efectos desproporcionados en las mujeres, porque están sobre-representadas en el trabajo ocasional, temporal, informal y en el hogar, son más afectadas por el desempleo y sus salarios son menores que los de los hombres. La crisis podría reducir el acceso al sector público de salud al que las mujeres (especialmente las jefas de hogar) y su familia acuden proporcionalmente más que los hombres. También reduciría más el salario y densidad de contribución de las mujeres respecto a los hombres, disminuyendo el monto de las pensiones de aquellas. Salvo tres países en el grupo 1 y uno en el grupo 3, la mayoría de los programas iniciados en la región para enfrentar el desempleo y la desprotección social no tienen un componente específico orientado a las mujeres. La crisis probablemente aumentará la inequidad de género en el grupo 3.

5. En eficiencia y costo administrativo

La crisis aumentará la demanda por servicios públicos de salud a par que reduce el aseguramiento contributivo, generando fuerte presión para aumentar la eficiencia y reducir el costo administrativo. Los sistemas segmentados de salud, los cuales adolecen de costos administrativos mayores que los más integrados (con alta cobertura), enfrentarán la disyuntiva de despedir personal y reducir salarios (una alternativa difícil políticamente) o cortar los servicios. Según el sector privado de salud sea mayor, los países tendrán que controlar el gasto de las aseguradoras-proveedoras privadas para evitar una escalada en las primas, desafiliación y traspaso al sector público o seguro social. Los países con una relación insumo/producto de salud inadecuada tendrán más presión para mejorar la eficiencia que aquellos que tienen una relación insumo/producto apropiada. La crisis podría provocar quiebras y fusiones de administradoras o aseguradoras privadas en salud y pensiones, reduciendo su número, aumentando la concentración, disminuyendo la competencia (aunque esta es mayor en salud que en pensiones) y elevando aún más el costo administrativo. Los sistemas públicos de pensiones con alta cobertura tienen costos administrativos inferiores a los

privados debido al mayor número de asegurados que permite economías de escala, y porque no hacen publicidad ni obtienen ganancias. Los sistemas privados de pensiones con costos administrativos muy altos (El Salvador donde no hay competencia, Perú) confrontarán la insatisfacción de los asegurados cuyos fondos en sus cuentas individuales han caído por causa de la crisis. La mayoría de los países del grupo 1 (así como Barbados y Bahamas) tienen sistemas integrados, altos indicadores de eficiencia, una relación insumo/producto adecuada, la mayor asignación del gasto al primer nivel, alta ocupación hospitalaria y costo administrativo bajo, por lo que podrán enfrentar mejor un posible declive del gasto de salud durante la crisis; Argentina y Brasil tienen sistemas segmentados y una relación insumo/producto inadecuada por lo que están más expuestos; Colombia y Venezuela tienen costos administrativos muy altos. Los países del grupo 3 que tienen sistemas segmentados, una relación insumo/producto inadecuada, un sector privado importante y costos administrativos altos –salvo Bolivia y República Dominicana– serán los más golpeados por la crisis.

6. En sustentabilidad financiera

Si la crisis se agudiza y prolonga reducirá los ingresos, aumentará los gastos y afectará el equilibrio financiero-actuarial de los programas de salud y pensiones aunque con diferencia entre grupos y países. El gasto de las familias pobres, que exhibió una tendencia creciente previa a la crisis, acelerará su crecimiento debido a que aquéllas perderán acceso efectivo a la salud especialmente en el grupo 3; la República Dominicana sería una excepción si sigue expandiendo el régimen subsidiado con apoyo fiscal. El impacto de la crisis es distinto según el modelo del sistema de pensiones. Los de capitalización individual pura son más afectados por la volatilidad del mercado de valores que ha reducido el valor acumulado en las cuentas individuales, la rentabilidad y el monto de las pensiones de los cercanos al retiro; mecanismos solidarios, como la pensión universal básica en varios países, el aporte estatal solidario en Chile y los multifondos, atenuarán el impacto. Los sistemas públicos no parecen haber sufrido un efecto inmediato pero pueden enfrentar una caída en sus ingresos por la disminución en las contribuciones y posible aumento en los gastos, que los obligaría a utilizar balances en efectivo; los que tengan reservas extraerían fondos de ellas para hacer frente a un posible déficit financiero. Los sistemas mixtos que equilibran riesgos entre los dos pilares funcionarían como amortiguador. La caída en el valor del fondo y la rentabilidad ha sido más fuerte en el grupo 1 (salvo Brasil y Costa Rica) y menor en el grupo 3 (salvo Perú), debido en gran medida a la diversa composición de la cartera. En Chile, Costa Rica y República Dominicana hay indicaciones de que la crisis puede haber tocado fondo o comenzado una leve recuperación. En el largo plazo el sistema privado de Chile y el público de Costa Rica parecen ser los más sólidos financiera y actuarialmente; el sistema nacionalizado de Argentina pudiera enfrentar un desequilibrio y el de Brasil seguirá con déficit financiero aunque aminorado por las reformas recientes; el déficit financiero-actuarial de Cuba continuará a pesar de la reforma de 2008, y el de Venezuela probablemente se agravará. Los países del grupo 1, tienen la ventana demográfica más corta para atacar sus problemas, mientras que los del grupo 3 tienen la ventana de oportunidad más larga.

E. Políticas para atenuar el impacto de la crisis en curso

A continuación se ofrecen recomendaciones para hacer frente a los efectos de la crisis en la seguridad social, en salud y en pensiones –incluyendo asistencia social–, basadas en las lecciones aprendidas de las crisis previas, del examen de las fortalezas y debilidades de la seguridad social antes de la crisis, y de la evaluación de los efectos ya ocurridos y potenciales de la crisis en curso. Algunas recomendaciones provienen de organismos internacionales y regionales o de sus expertos (AISS, 2008a, 2009a, 2009b; Pinheiro, 2008; Banco Mundial, 2009; CEPAL 2009b; Cox, 2009; Grynspan, 2009; OIT, 2009b y 2009c) y otras son del autor (Mesa-Lago, 2009d, 2009e) que

también ha estructurado las políticas en torno a los actores claves: el Estado, las entidades de seguridad social, el sector privado y los organismos internacionales y regionales.

Aunque las recomendaciones se hacen de manera general, se intenta en lo posible distinguir entre los tres grupos e identificar países cuando es oportuno. El grupo 1 tiene cobertura casi universal y pensiones asistenciales, la incidencia de pobreza menor y más recursos por lo que el énfasis debe ponerse en mantener la cobertura contributiva y expandir la protección a los ancianos cubiertos por pensiones asistenciales y la población de bajo ingreso que accede a los servicios públicos de salud. Por el contrario, el grupo 3 tiene la cobertura menor en pensiones y salud, sufre la informalidad y pobreza mayores, no otorga pensiones asistenciales y goza de menos recursos, por todo ello el sistema de seguridad social juega un papel mucho menor en atenuar los efectos de la crisis que en el grupo 1; las políticas por tanto deben centrarse en programas de asistencia social focalizados en los nuevos pobres y los segmentos más vulnerables. En el grupo 3 es necesaria una combinación de ambas políticas.

1. Estado

a) Ambos programas

- Identificar los efectos nocivos de la crisis ya ocurridos y proyectar los potenciales basados en la experiencia y lecciones aprendidas de las crisis anteriores.
- Desarrollar una estrategia social nacional integrada, precedida de un diálogo social, que establezca prioridades, como se hizo en Uruguay.
- Planear y garantizar los recursos fiscales necesarios y determinar las fuentes de financiamiento para evitar un recorte en los programas sociales prioritarios y sostener los temporales de emergencia durante la crisis, ya sea utilizando el espacio fiscal disponible, el endeudamiento prudente y/o la ayuda externa.
- Cumplir las obligaciones financieras con el sistema de seguridad y protección social; autorizar financiamiento adicional para cubrir posible déficit durante la crisis, previo estudio de factibilidad.
- Asignar prioridad financiera al mantenimiento y extensión de la cobertura contributiva (especialmente en los grupos 1 y 2) así como a la asistencia social a segmentos vulnerables no asegurados (particularmente en el grupo 3).
- Establecer la obligación de proveer un “piso básico de protección social” a todos los programas según las orientaciones de la OIT.
- En la compilación de estadísticas e información, desagregarlas por género, para determinar el impacto de la crisis en las mujeres y adoptar las medidas correspondientes, como en Uruguay.
- Evitar la eliminación o recorte de las contribuciones de empleadores que la experiencia indica que provocan efectos adversos en la solidaridad social y el financiamiento.
- Flexibilizar los programas existentes de transferencias condicionadas o no condicionadas a fin de incorporar las nuevas personas afectadas por la crisis; donde no existan estos programas, ponerlos en marcha incluyendo acceso a la salud para madres y niños.

b) Salud (incluye sector público de salud)

- El Ministerio de Salud o la Superintendencia: realizar evaluaciones periódicas sobre el impacto de la crisis en la salud a fin de ajustar las medidas.
- Integrar o al menos coordinar los sistemas de salud altamente segmentados (típicos en el grupo 3) especialmente en países con regímenes federativos (Argentina, Brasil, México), ya sea a través del seguro social (como Costa Rica) o del sistema público (como Cuba).
- Incorporar o equiparar con el sistema general las prestaciones de los esquemas separados de salud (fuerzas armadas, funcionarios públicos) y, si no es posible, reasignar los subsidios fiscales hacia el sector público y programas asistenciales del seguro social.
- Reforzar los poderes rector, regulador y fiscalizador del Ministerio de Salud o una Superintendencia única (como la existente en Colombia, Chile y República Dominicana), sobre el seguro social y privado, con facultad para imponer sanciones a los violadores de las normas legales.
- En el grupo 1, mantener las transferencias fiscales solidarias (con prioridad a las condicionadas) al sector público de salud o a programas no contributivos del seguro social que eximen de pago a los pobres y hacen aportes decrecientes según aumenta el ingreso; en el grupo 2 extender dichas transferencias, y establecerlas en el grupo 3.
- En la mayoría del grupo 3 (Venezuela en el grupo 2) establecer paquetes básicos de prestaciones garantizadas para toda la población (o suprimir las limitaciones existentes) que tengan en cuenta las necesidades de las mujeres.
- Asignar más recursos al nivel primario, la nutrición, vacunación y promoción de la salud, especialmente en el grupo 3.
- Reducir el gasto de familias o de bolsillo con las tres medidas anteriores, especialmente en el grupo 3 y en el grupo 2 salvo Colombia; eliminar la cuota de uso o al menos eximir de ella a los grupos pobre y de bajo ingreso.
- Establecer fondos solidarios o de compensación (como en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, México y Uruguay) que reduzcan desigualdades entre regiones y/o grupos de ingreso.
- Prohibir la selección de riesgos practicadas por aseguradoras privadas y establecer primas colectivas que compensen el mayor riesgo femenino con transferencias de los hombres, como en Colombia, Chile y República Dominicana.

c) Pensiones

- Establecer una Superintendencia de Pensiones única, autónoma, con poderes reforzados para regular y fiscalizar todos los programas de pensiones incluyendo los seguros privados, como en Colombia, Costa Rica, Chile y República Dominicana.
- La Superintendencia de Pensiones: lanzar una campaña de información explicando la situación actual y efecto anticipado en las pensiones a corto, mediano y largo plazo, así como las garantías que existen y medidas tomadas para atenuar la crisis; prohibir la publicación de información engañosa sobre la rentabilidad del fondo, tasa de reemplazo, etc. y diseminar información simplificada, verídica y comparable entre diversos fondos de pensiones, privados y públicos.

- La Superintendencia de Pensiones en coordinación con la autoridad fiscalizadora del mercado de valores: estudiar una revaluación de las carteras de inversión, para establecer nuevos topes y cautelas (eliminar la inversión en instrumentos de muy alto riesgo), tanto en el corto y mediano plazo (como se está estudiando en Chile y Uruguay). Para ello debe tenerse en cuenta que cuando el valor del fondo ha disminuido por la crisis, cambiar drásticamente la composición de la cartera hacia instrumentos de menor riesgo y rentabilidad afectará en el largo plazo la rentabilidad del fondo y el monto de las pensiones.
- Para reducir el impacto de la volatilidad financiera en las pensiones de los asegurados próximos a jubilarse en sistemas de capitalización, crear un sistema de “multifondos” (como en Chile, Costa Rica, México y Perú) con varias carteras que tengan diversos riesgos y rentabilidad, permitiendo a los asegurados escoger entre ellas, pero con normas para que los que se aproximen al retiro (por ejemplo, cinco años) se cambien automáticamente hacia la cartera con menor riesgo.
- Donde los sistemas de capitalización obliguen a tomar una renta vitalicia a los que se retiran, dar opciones como el retiro programado o una combinación de ambos.
- Reforzar el pilar público para que ayude en la pobreza y provea una pensión mínima suficiente a los asegurados, y equilibrar mejor dicho pilar con otro complementario ya sea privado o público; igualmente balancear de manera más adecuada los regímenes de prestación definida y contribución definida (como en los sistemas mixtos de Costa Rica, Panamá y Uruguay).
- Al considerar una pensión no contributiva, tener en cuenta que el costo de una de tipo universal es mucho más costosa que una focalizada y, por tanto, estimar cual es la factible con los recursos existentes (en Bolivia focalizar la pensión existente o asegurar su extensión a la población rural pobre).

2. Entidades de seguridad social

a. Ambos programas

- Mantener la cobertura a los trabajadores asalariados, extenderla a los independientes (acelerar la cobertura obligatoria estipulada legalmente en Chile, como existe en Argentina y Uruguay) y empleados domésticos, mantener o establecer programas no contributivos para los pobres no asegurados, con transferencias fiscales.
- Perfeccionar los mecanismos de focalización (como en Chile) para evitar que “no pobres” reciban servicios gratuitos de salud y pensiones no contributivas, mientras que parte de los pobres quede sin protección.
- En un contexto de ingresos declinantes, controlar el gasto administrativo y maximizar la eficiencia. El personal de seguridad social no debería tener preferencia sobre los asegurados afectados por desempleo y caída en el salario real, así como el número creciente de pobres, y frente a las necesidades urgentes en prevención, medicamentos, insumos quirúrgicos, mantenimiento. Habría que congelar las plazas especialmente las administrativas no prioritarias; ejecutar el horario legal de trabajo de los médicos donde no se cumpla, y negociar con los sindicatos la posposición de incrementos salariales, a fin de garantizar las prestaciones y acciones de salud esenciales a los asegurados y la población.
- Reforzar la inspección y sancionar fuertemente a las empresas evasoras y morosas en el pago de sus contribuciones (como en Costa Rica).

- Realizar un estudio actuarial inmediato para evaluar el impacto de la crisis en el equilibrio financiero–actuarial de ambos programas e implementar los ajustes necesarios. Las posibles nuevas políticas deben tener una base financiero-actuarial sólida y sustentabilidad financiera (como se ha hecho en Chile): si son temporales durante el período previsto, si son permanentes en el largo plazo.

b. Salud

- Asignar más recursos a la atención primaria de salud que resuelve la mayoría de los problemas sanitarios, especialmente en el grupo 3; aumentar el número de enfermeros y personal auxiliar en relación con los médicos puesto que los primeros pueden atender muchas acciones a un costo menor en entrenamiento y salario.
- Desarrollar programas coordinados contributivos y no contributivos –con transferencias fiscales (como Costa Rica) o regímenes contributivos y subsidiados– también con transferencias fiscales (como Colombia y República Dominicana) o sistemas públicos con subsidios fiscales a grupos pobres y de bajo ingreso (como Chile) que permiten que a los que pierden la afiliación contributiva de seguro social o privada en una crisis y caen en la pobreza, sean protegidos por el programa asistencial. Otra alternativa es un sistema público universal gratuito (como Cuba) pero difícil en los países de escasos recursos como en el grupo 3.
- Mejorar la eficiencia con una mejor relación insumo/producto (como en Cuba, Costa Rica, Ecuador, México) en aquellos países del grupo 1 (Argentina, Brasil) y mayoría del grupo 3 que tienen una relación insumo/producto dispareja.
- Asegurar el cumplimiento del paquete básico con prestaciones garantizadas en el grupo 1, suprimir limitaciones en el grupo 2, establecerlo o levantar restricciones en el grupo 3 (salvo en República Dominicana que ya lo tiene); mejorar la información sobre derechos y acceso al paquete básico (en Colombia, República Dominicana) entre la población pobre que los desconoce, especialmente en zonas rurales y urbano-marginales, como hizo Chile con AUGE.
- Reducir el gasto de familia mediante las políticas anteriores como han hecho Colombia, Cuba, Uruguay y Costa Rica.
- Mantener la infraestructura hospitalaria y de equipo, así como maximizar su uso especialmente en países con baja ocupación hospitalaria, antes que construir nuevas instalaciones; aumentar la ocupación hospitalaria en el grupo 3 extendiendo la cobertura.
- Desarrollar una estrategia para evitar un aumento de las listas de espera, por ejemplo, cirugía ambulatoria como en Costa Rica.
- Otorgar a la mujer asegurada directa o indirecta prestaciones tanto de enfermedad como de maternidad e incorporar a las trabajadoras del hogar como en Uruguay.
- En los países con una transición demográfica avanzada (como en el grupo 1), convertir camas hospitalarias en ginecología y pediatría (por la drástica caída en la fecundidad) en camas de gerontología y asistencia en el hogar a los ancianos (por el proceso acelerado de envejecimiento).

c. Pensiones

- Teniendo en cuenta el impacto negativo de la crisis en la cobertura, la densidad de contribución y la rentabilidad del fondo, ajustar las proyecciones respecto a las tasas de reemplazo incluso después de la recuperación.

- En los sistemas públicos con reservas, ajustar la cartera de inversión de acuerdo con la realidad nacional, procurando diversificarla para distribuir riesgos.
- Con financiamiento propio, estatal o mixto, diseñar un esquema que provea una “rentabilidad mínima” temporal a aquellos que se retiren durante la crisis, cuyo fondo acumulado ha disminuido fuertemente.
- A largo plazo diseñar mecanismos para garantizar rentabilidad mínima y pensión básica tanto en los sistemas públicos como en los privados.
- En los grupos 1 y 2, compensar a la mujer el trabajo no remunerado criando a sus hijos mediante un bono o año de servicio por cada hijo nacido vivo (como en Chile y Uruguay); este beneficio sería muy difícil de financiar en el grupo 3, y los recursos fiscales deben utilizarse para mejorar la equidad de género con programas asistenciales focalizados.
- En los sistemas públicos incorporar todos los salarios (ajustados a la inflación) en el cálculo del salario base y ajustar gradualmente las edades de retiro de acuerdo con la esperanza de vida.
- Para prevenir un incremento del retiro fraudulento por invalidez, reforzar el control de esta rama del seguro social (como hizo Costa Rica).

3. Sector privado

a. Salud

- Las grandes empresas: desarrollar planes complementarios de salud o colaborar con el seguro social especialmente a nivel primario.
- Los planes pre-pago: extender sus servicios de salud a sectores de ingresos bajos y zonas rurales, diseñando paquetes de prestaciones básicas más baratas.
- Las ONGs, iglesias, entidades de caridad y comunidades: mantener sus servicios a sectores vulnerables con auxilio fiscal.

b. Pensiones

- Las administradoras: proveer información pronta, transparente y entendible a los afiliados sobre la situación de sus cuentas individuales y sus perspectivas.
- Introducir mecanismos para mejorar la competencia e intentar reducir el costo administrativos, como los introducidos por Chile, México, Perú y Uruguay.
- En los países en que hay multifondos (Costa Rica, Chile, México, Perú), las administradoras deben dar consejo sobre alternativas de menor riesgo en la inversión a los que se aproximan a la edad de retiro.
- Constituir un comité de inversión y solución de conflictos de interés que fiscalice el cumplimiento de normas y políticas.

4. Organismos internacionales y regionales

- Colaborar de manera coordinada en el diseño y financiamiento de la estrategia para atenuar el impacto adverso de la crisis en la seguridad social. La CEPAL y la OIT han comenzado un boletín informando sobre los efectos de la crisis y las medidas en curso. La AISS, la Comisión Inter-Americana de Seguridad Social (CISS) y la Organización

Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), en colaboración con la OIT, firmaron la Declaración de Santiago de Chile en 2009 por la que se comprometen a cooperar diseñando estrategias económicamente sostenibles para enfrentar los efectos sociales de la crisis, asignando prioridad al mantenimiento y extensión de la cobertura y la protección social de la población. El Banco Mundial y el BID deberían coordinar sus esfuerzos con la OIT, la CEPAL, la OPS y las asociaciones internacionales de seguridad social.

- Aumentar la cooperación financiera y ayuda social para la región especialmente para los países más necesitados. El Banco Mundial se comprometió a proveer US\$55.000 millones a países pobres, a más de US\$12.000 millones (el triple de la suma anterior) para apoyar programas de salud, educación y red mínimas de protección social; a más US\$100.000 millones para países de ingreso medio entre 2009 y 2011; para América Latina y el Caribe se asignaron US\$13.000 millones en el ejercicio que terminó en junio de 2009. El FMI ha doblado los límites para préstamos a 78 de los países más pobres que son lo más afectados por la crisis (AP 27 abril 2009). El BID está gestionando su refinanciamiento y se espera que parte del mismo sea asignado a programas sociales. Otras entidades regionales (CAF, BCIE, FLAR, etc.) están cooperando.
- Toda la ayuda financiera combinada es insuficiente para cubrir las necesidades regionales y es crucial que sea coordinada para evitar duplicaciones y vacíos, así como maximizar su eficacia e impacto.

Bibliografía

- Acosta, Olga Lucía (2009), “La judicialización del derecho a la salud en Colombia: tensiones financieras e institucionales”, exposición en seminario de la CEPAL e ICEFI “Repensar lo social en tiempos de crisis”, Antigua, 28 de mayo
- Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES) (2009). “Fondo de Garantía de Sustentabilidad: Presentación ante la Comisión Bicameral”, Buenos Aires, Ministerio del Trabajo, Empleo y Previsión Social, 20 de mayo.
- Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) (2008), “Análisis: la seguridad social en un momento de crisis financiera”, *Observador de la Seguridad Social*, No. 3, diciembre.
- ___ (2009a), Respuestas de seis países latinoamericanos y uno caribeño al cuestionario “La seguridad social en tiempos de crisis: impactos, retos y respuestas”, Ginebra.
- ___ (2009b), “Social Security Responses to the Financial Crisis”, *Social Security Observer*, No. 5, junio.
- Asociación Internacional de Organismos de Supervisión de Fondos de Pensiones (AIOS) (2002 a 2009), *Boletín Estadístico*, No. 6 (diciembre 2001) a No. 20 (diciembre 2008).
- Banco de Previsión Social (BPS) (2009), *Cifras de asegurados en el Seguro Nacional de Salud proporcionadas al autor*, Montevideo, 27 de julio.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2009), *Políticas sociales y laborales para tiempos tumultuosos: Cómo enfrentar la crisis global en América Latina y el Caribe*, Washington D.C.
- Banco Mundial (2009), *The financial crisis and mandatory pension systems in developing countries*, Washington D.C., Human Development Network.
- Barrientos, Armando y Claudio Santibáñez (2009), “New forms of social assistance and the evolution of social protection in Latin America”, *Journal of Latin American Studies*, Vol. 41, pp. 1-26.

- Berstein, Solange (2009), "Diseño del sistema de pensiones de capitalización individual: ¿cómo mitigar los riesgos", Santiago, Superintendencia de Pensiones, julio
- Bertranou, Fabio, Esteban Calvo y Evelina Bertranou (2009), *Is Latin America retreating from individual retirements accounts?*, Boston College, Center for Retirement Research, No. 9-14 (Julio), pp. 1-18.
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) 2009, "Cobertura de la PEA por Seguro", San José, Dirección de Estadísticas, 29 de julio.
- Chelala, Santiago (2009), "El superávit de ANSES se redujo en 31% a pesar de la reforma provisional", *El Cronista* (Buenos Aires), 22 de junio.
- Cid, Camilo (2009), "¿Qué podemos esperar de la crisis? Posibles escenarios en el sector de salud", Santiago, Superintendencia de Salud, power point, junio.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (1985), *El desarrollo de la seguridad social en América Latina*, Santiago.
- ___ (2007, 2008a), *Panorama social de América Latina 2007 y 2008*, Santiago, diciembre.
- ___ (2008b), *Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe 2008*, Santiago, diciembre.
- ___ (2008c), *Objetivos de desarrollo del milenio: La progresión hacia el derecho a la salud en América latina y el Caribe*, Santiago.
- ___ (2009a), *Anuario estadístico de América Latina 2008*, Santiago.
- ___ (2009b), "Crisis y mercado laboral", *Boletín CEPAL/OIT Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe*, No. 1.
- ___ (2009c), *Estudio económico de América Latina y el Caribe 2008-2009*, Santiago, julio.
- Cox, Pamela (2009), "América Latina en 2009: como enfrentar los efectos de la crisis mundial", Washington D.C, Centro Woodrow Wilson, 5 de febrero.
- Durán Valverde, Fabio (2009), "Transiciones demográficas y vulnerabilidad actuarial de los sistemas de pensiones en Centroamérica: visión comparativa", exposición en seminario de la CEPAL e ICEFI "Repensar lo social en tiempos de crisis", Antigua, 28 de mayo.
- Figueroa, Luis (2008), "Crisis financiera internacional y fondos de pensiones en Chile", Santiago, Superintendencia de Pensiones.
- Grynspan, Rebeca (2009), *La crisis global, sus efectos en América Latina y el Caribe y reflexiones sobre la cooperación internacional*, México, PNUD.
- Instituto de Previsión Social (IPS) (2008), *Estadísticas*, Asunción.
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) (2008), *Boletín Estadístico*, Quito.
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) (2007), *Informe de Labores 2006*, Tegucigalpa.
- Instituto Hondureño de de Seguridad Social (IHSS) (2008), *Estadísticas 2007 proporcionadas al autor*, Tegucigalpa.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) (2008), "Análisis de las variaciones intercensales 2001-2006 de la cobertura de jubilaciones y pensiones de la población de 65 años y más", Buenos Aires, Dirección Nacional de Estadísticas Sociales y de Población.
- Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) (2008), *Anuario estadístico 2007 y Memoria anual 2007*, Managua.
- Kay, Stephen (2009), "Political risk and pension privatization: the case of Argentina", *International Social Security Review*, Vol. 62, No. 3 (julio-septiembre), pp. 1-21.
- Lizardo, Jeffrey (2009a), "Funcionamiento del sistema dominicano de seguridad social", "Seguro Familiar de Salud" y "Reforma de la seguridad social en la RD", Espaillat, Taller de Actualización en Seguridad Social, mayo.
- ___ (2009b), "Evolución de algunos indicadores del área social, enero-abril 2009", Santo Domingo, Secretaría de Economía, Planificación y Desarrollo, 18 de mayo.
- Lloyd-Sherlock, Peter (2005), "Health sector reform in Argentina: a cautionary tale", *Social Science and Medicine*, 60, pp. 1893-1903.
- Mattar, Jorge (2009), "Crisis mundial: efectos en América Latina y el Caribe y respuestas de política", exposición en seminario de la CEPAL e ICEFI "Repensar lo social en tiempos de crisis", Antigua, 28 de mayo.
- Mesa-Lago, Carmelo (1994), *La reforma de la seguridad social en América Latina y el Caribe: hacia una disminución del costo social del ajuste estructural*, Santiago, CIEDESS.
- ___ (2000), "Achieving and sustaining social development with limited resources: the experience of Costa Rica", en Dharam Ghai (ed.), *Social development and public policy: a study of some successful experiences*, Londres, Macmillan, pp. 277-322.
- ___ (2007), "O sistema de saúde brasileiro e seu impacto em la pobreza e la desigualdade", *Nueva Sociedad*, Número especial: Brasil: a caminho da equidade, pp. 115-131.

- ___ (2008a), *Reassembling social security: a survey of pension and health care reforms in Latin America*, Oxford, Oxford University Press.
- ___ (2008b), “Protección social en Chile: reformas para mejorar la equidad”, *Revista Internacional del Trabajo*, Vol. 127, No. 4, pp. 421-446.
- ___ (2009a), “La ley de reforma de la previsión social argentina: antecedentes, razones, características y análisis de sus posibles resultados y riesgos”, *Nueva Sociedad*, No. 219 (enero-febrero), pp. 14-30.
- ___ (2009b), “Las pensiones de seguridad social en Iberoamérica después de tres décadas de reformas”, en *Anuario Iberoamericano 2009*, Madrid, Real Instituto Elcano.
- ___ (2009c), “Filling gaps with LAPOP 2010 on social security coverage/protection, and impact of world financial crisis”. University of Valderbilt, Taller de LAPOP, enero.
- ___ (2009d), “Impacto de la crisis económica global en los sistemas de salud en América Latina y medidas para enfrentarla”, exposición en seminario de la CEPAL e ICEFI “Repensar lo social en tiempos de crisis”, Antigua, 28 de mayo.
- ___ (2009e), “Impacto de la crisis mundial en la seguridad social en Costa Rica”, en *Estado de la Nación*, San José, en prensa.
- ___ (2009f), “Los servicios sociales en Cuba: antecedentes, calidad y costo actual, sustentabilidad financiera y políticas para el futuro”, Pittsburgh, Universidad de Pittsburgh.
- Mesa-Lago, Carmelo y Fabio Bertranou (1998), *Manual de economía de la seguridad social*, Montevideo, CLAEH.
- Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) (2009), *Informe de la situación económico-financiera y gestión de gobierno 2005-2009*, Montevideo, junio.
- Ministerio de Salud (2007, 2008), *Estadísticas vitales información básica 2006 y 2007*, Buenos Aires, Presidencia de la Nación, diciembre.
- Oficina Internacional del Trabajo (OIT) (2008), “Cobertura contributiva de la seguridad social en el Perú ¿Avanza el aseguramiento contributivo”, Lima.
- ___ (2009a), *Global employment trends-update*, Ginebra, mayo.
- ___ (2009b), *La crisis financiera y económica: una propuesta basada en el trabajo decente*, Ginebra, Comisión de Empleo y Política Social, marzo.
- www.ilo.org/public/spanish/bureau/inst/publications/book.htm.
- ___ (2009c), “América Latina y el Caribe frente a la crisis financiera: recomendaciones de la OIT e iniciativas de los países”, Lima, Oficina Subregional para el Cono Sur de América Latina.
- Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) (2008), *Anuario estadístico de Cuba 2007*, La Habana.
- Oficina Panamericana de la Salud (OPS) (2008), *La situación de la salud en las Américas: indicadores básicos*, Washington D.C.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004, 2008), *World health report*, Ginebra.
- Ossandón, Mario (2009), “El impacto de la crisis financiera en el sistema de pensiones chileno de capitalización individual y las reformas recientes de protección no contributiva”, exposición en Seminario CEPAL e ICEFI “Repensar lo social en tiempos de crisis”, La Antigua, Guatemala, 28 de mayo.
- Pinheiro C. Vinicius (2008), “Economic crisis and pension reforms in Latin America”, Ginebra, OIT, septiembre.
- Poveda, José C. (2008), “La reforma del sistema de pensiones en Nicaragua”, Universidad de Salamanca, trabajo inédito.
- Presidencia de la República (2009), *Informe y memoria anual de la gestión del gobierno nacional 2008*, Montevideo, febrero.
- Restrepo, Jairo y Laura Sánchez (2007), “Reforma a la seguridad social en Colombia, 1993-2007”, *Estudios de la Seguridad Social*, No. 100.
- Rivera Urrutia, Eugenio (2009) “A medio camino: reformar la reforma previsional del 2008”, trabajo preparado a solicitud del senador Carlos Ominami, presidente honorario de la Fundación Chile 21, Santiago, mimeo.
- Rofman, Rafael y Leonardo Luccetti (2006), *Sistemas de pensiones en América Latina: conceptos y mediciones de cobertura*, Washington D.C., Banco Mundial, SP Discussion Paper, No. 0616.
- Rofman, Rafael, Leonardo Luccetti y Guzmán Ourens (2008), *Pension systems in Latin America: concepts and measurements of coverage*, Washington D.C., Banco Mundial, octubre.
- Saksena, Priyanka y Ke Su (2008), “The distribution of household financial contributions to the health system: A look outside Latin America and the Caribbean”, exposición en CEPAL, seminario internacional “Desigualdad socioeconómica y el derecho a la salud en América Latina y el Caribe, en una perspectiva internacional”, Santiago de Chile, <http://www.eclac.cl/dd/noticias/paginas/5/34175/PriyankaSaksena.pdf>.

- Sojo, Ana (2009), "Objetivos de desarrollo del milenio: la progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe", exposición en Seminario CEPAL e ICEFI "Repensar lo social en tiempos de crisis", La Antigua, Guatemala, 28 de mayo.
- Stiglitz, Joseph (2009), "Crisis mundial, protección social y empleo", *Revista Internacional del Trabajo*, Vol. 128, No. 1-2, pp. 1-15.
- Superintendencia de Pensiones (SIPEN) (2009), *Boletín Trimestral*, No. 22, diciembre 2008.
- Superintendencia de Pensiones (SUPEN) (2009), "Panorama previsional", "Inversiones de los fondos de pensiones en el extranjero marzo 2009", "Inversiones y rentabilidad de los fondos de pensiones", Santiago, mayo, junio y julio.
- Superintendencia de Salud (2009). *Boletín estadístico de ISAPRES 2007 y Estadísticas FONASA 2008*, Santiago, www.supersalud.cl/documentacion/509/channel/htm.
- Tesorería de la Seguridad Social (2009), "Evolución de la afiliación al Seguro Familiar de Salud en el nuevo sistema de seguridad Social", Santo Domingo, junio.
- Torres, Natalia (2009), "Preguntas clave sobre el bono por hijo", *El Mercurio*, 23 de julio.



NACIONES UNIDAS

Serie

C E P A L

Políticas sociales

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

www.cepal.org/publicaciones

150. Carmelo Mesa-Lago, "Efectos de la crisis global sobre la seguridad social de salud y pensiones en América Latina y el Caribe y recomendaciones de políticas", (LC/L.3104-P), Número de venta: S.09.II.G.85, (US\$10.00), 2009.
149. Flavia Marco Navarro, "Legislación comparada en materia de familias. Los casos de cinco países de América Latina", (LC/L.3102-P), Número de venta: S.09.II.G.84, (US\$10.00), 2009.
148. Juan Gonzalo Zapata, "Coordinación y gestión territorial de la política social en Colombia" Uruguay: los beneficios no contributivos y las alternativas para su extensión", (LC/L.3002-P), Número de venta: S.09. S.09.II.G.83, (US\$10.00), 2009.
147. Marcela Cerrutti, Georgina Binstock, "Familias latinoamericanas en transformación: desafíos y demandas para la acción pública", (LC/L.3100-P), Número de venta: S.09.II.G.82, (US\$10.00), 2009.
146. Rodrigo Arim, Guillermo Cruces y Andrea Vigorito, "Programas sociales y transferencias de ingresos en Uruguay: los beneficios no contributivos y las alternativas para su extensión", (LC/L.3002-P), Número de venta: S.09.II.6.10, (US\$10.00), 2009.
145. Ana María Ibáñez y Andrea Velázquez, "El impacto del desplazamiento forzoso en Colombia: condiciones socioeconómicas de la población desplazada, vinculación a los mercados laborales y políticas públicas", (LC/L.2970-P), Número de venta: S.08.II.G.82, (US\$10.00), 2008.
144. Ricardo Bitrán, Liliana Escobar, Gonzalo Urcullo, Rodrigo Muñoz y Juanita Ubilla, "Estimación del costo de alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio en salud en algunos países de América Latina y el Caribe", (LC/L.2966-P), Número de venta: S.08.II.G.79, (US\$10.00), 2008.
143. Ricardo Infante, "El sector de empresas pequeñas y medianas. Lecciones de la experiencia de la Unión Europea y políticas de homogeneización productiva con generación de empleo", (LC/L.2895-P), Número de venta: S.08.II.G.31, (US\$10.00), 2008.
142. Guillermo Cruces, Nicolás Epele, Laura Guardia, "Los programas sociales y los objetivos de desarrollo del Milenio en Argentina", (LC/L.2889-P), Número de venta: S.08.II.G.26, (US\$10.00), 2008.
141. Marcela Peticara, "Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos", (LC/L.2879-P), Número de venta: S.08.II.G.18, (US\$10.00), 2008.

- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: publications@cepal.org.

Nombre:

Actividad:

Dirección:

Código postal, ciudad, país:

Tel.: Fax: E.mail: