

Panorama internacional de la seguridad social

Jorge Castellanos Robayo

Asesor Convenio Andino de Seguridad Social. Organización Panamericana de la Salud

Quisiera referirme en esta primera parte, a cuatro aspectos principales: primero ubicarnos en el tema en relación con su ámbito geográfico, sus contenidos y alcances; luego detenernos en el examen de algunas características de los programas de salud y de seguridad social en la evolución histórica de América Latina tocar brevemente algunos de los problemas que son de todos nosotros conocidos, y finalmente detenerme un poco en analizar los procesos de reforma que están siendo planteados en los diferentes países con relación a estos programas y a sus instituciones.

Reservaría para la segunda parte el poder profundizar quizás un poco más en algunos temas que en este momento son

cruciales en la evolución de la seguridad social.

Dentro de ese esquema, ubiquémonos en América Latina para señalar algunos aspectos interesantes.

Cuando hablamos de América Latina estamos hablando de veinte países, con situaciones muy disímiles en términos de población, características geográficas, grado de desarrollo y toda una serie de factores, de contextos políticos, sociales y económicos que tienen que ver con el desarrollo de la seguridad social.

En primer lugar tenemos todas las variaciones en términos de población para un total de 434 millones de habitantes en los veinte países; además hay un factor muy importante de distribución de esa población, que tie-

ne mucho que ver con la seguridad social que se ha desarrollado en América Latina. Estamos señalando la urbanización, la concentración urbana, con un promedio para la región por encima del 60%, pero que tiene países con mucho más del 75, 77% en algunos casos. En segundo lugar los datos sobre mortalidad infantil con variaciones tan extremas como los 107 por mil de Haití, a los 10,7 de Cuba o a los 13,9 de Costa Rica; tenemos expectativas de vida que pasan en siete de los países por encima de los 70 años, pero que en dos de ellos giran alrededor de los 50-55 años y tenemos per cápitas que van desde los 2.600 hasta los 700, 800, 400 inclusive más bajos todavía en Haití, también hay variaciones muy grandes en el gasto gubernamental, en términos de salud y otros programas sociales.

Esto nos muestra un grado de complejidad y de diversidad muy grande en América Latina que va a incidir o que han incidido indefectiblemente en el desarrollo de los programas de la seguridad social.

En segundo lugar se está tratando de recopilar cuál es el alcance de los programas de la seguridad social en los veinte países de América Latina. En 1993, se cumplen 110 años desde que el canciller Bismarck en Alemania iniciara los programas y los enfoques del seguro social; en ese poco más de una centuria esos programas han mostrado un

avance realmente muy importante, con variaciones en las distintas regiones del mundo y si bien a la cabeza de ese avance han estado los países europeos, es muy claramente reconocido el hecho de que en los países en proceso de desarrollo, ha sido en América Latina, en donde realmente se ha logrado un avance mayor en la instauración de los programas básicos de la seguridad social o de los seguros sociales y la diferencia de la evolución en otras regiones del mundo: Asia, Medio Oriente, Oceanía y por supuesto el África.

Ahora en la región americana, vemos que para los veinte países latinoamericanos en 1987, en términos de programas de pensiones y de invalidez, etc., la cobertura que se da es como sigue: enfermedad y maternidad para diecinueve, en accidente de trabajo los veinte, en desempleo solamente cuatro y en asignaciones familiares siete. Esto difiere un poco con Norteamérica y el Caribe, fundamentalmente el Caribe inglés donde existen características muy especiales para este tipo de programas.

En tercer lugar, tomado de una publicación de la administración de la seguridad social de Estados Unidos, ubicamos la existencia de los distintos programas en todos los países de América Latina; están los 35 países de la región pero el énfasis que queremos hacer, es que la atención de enfermedad, las asignaciones familiares, los accidentes de trabajo

y la enfermedad profesional, son los cuatro grandes programas de la seguridad social en América Latina. Hay algunos países, cuatro o cinco que han logrado incursionar en los programas de seguro de desempleo; de tal manera que cuando hablamos de la seguridad social o más allá de los seguros sociales y en esto hay una diferencia importante en la que no quiero insistir por la presentación del doctor Luis Carlos Ochoa, por las referencias anteriores del programa y porque sobre ese punto se ha tratado bastante; pero en general en América Latina, cuando hablamos de seguro social o de seguridad social nos estamos refiriendo básicamente a esos cuatro programas.

En cuarto lugar, ¿como han evolucionado dichos programas desde el punto de vista de su aparición? vemos una clasificación de éstos, tomando dos criterios básicos; el criterio de su periodo de aparición y el grado de desarrollo o de maduración.

Este es el planteamiento de uno de los hombres más estudiosos del tema en América Latina, que es Carmelo Mesa Lago, quien señala cómo hay tres grandes tipos de regímenes o de sistemas de seguridad social en América Latina. De acuerdo con estas características un grupo inicial comenzó sus actividades en la década del treinta, un segundo grupo alrededor de 1940 o 1950 y un tercer grupo un poco más tarde 1960-1970 y aparecen las siglas

correspondientes a los países, basta señalar que una diferencia fundamental es la cobertura en términos de población, en donde el primer grupo ha logrado cubrir entre el 61% y el 100%, el segundo grupo del 20% al 60% y el tercero del 4% al 20%. Los países del Grupo Andino se ubican fundamentalmente en el segundo grupo y Costa Rica, cuya aparición correspondió cronológicamente al segundo grupo, en virtud del desarrollo importante que ha tenido el programa ha pasado a ser parte del primer grupo.

Ahora veamos, lo que estos grupos de países, utilizan desde el punto de vista de la asignación con respecto al producto interno bruto de la seguridad social; el primer grupo entre un 6% y un 15%; el segundo entre un 2% y 5% y el tercero entre un 0,5% y un 2% y tienen cargas salariales que también varían de manera importante entre el 20% y el 56% en el primer grupo; entre el 16% y el 24% para el segundo y, entre 11% y 18% para el tercero. De igual forma se diferencian en algo muy importante, que es la proporción del gasto que destinan a las distintas áreas. Los programas del primer grupo, los pioneros, gastan muchos más recursos en pensiones, en tanto que los grupos dos y tres gastan más en salud. Y esto es realmente importante desde el punto de vista de cómo ha venido desarrollándose posteriormente la seguridad social y la necesidad de reformas en la misma.

Un análisis de la Organización Panamericana de la Salud sobre la proyección de la seguridad social en materia de salud, nos lleva a conclusiones más o menos similares en la agrupación de los países; en términos globales, la seguridad social en los veinte países de América Latina con variaciones importantes de país a país, está en posibilidades de otorgar, al menos teóricamente, servicios de salud al 61%-62% de la población. Pero, por supuesto, la seguridad social participa en forma diferente en la manera como asigna los recursos en salud, ya vimos una primera diferencia.

En quinto lugar podemos señalar, cómo la extensión de la cobertura, el desarrollo de la seguridad social y la financiación de ésta, nos ubica en tres grupos de países en América Latina y un cuarto grupo con los del Caribe de habla inglesa que, como señalaba, tienen otras características.

Veamos ahora el segundo punto, que nos permite aclarar cuál es el objeto del análisis de estos veinte países, señalando cuatro programas fundamentales con características muy disímiles de origen y de evolución, pero con algunos elementos comunes: en primer lugar la existencia de un modelo bismarkiano, similar al que preconizó Bismarck cuando introdujo la noción de los Seguros Sociales en Alemania a finales del siglo pasado, basado en una relación de trabajo y concentrado en

la protección de la población trabajadora lo que le imprime un carácter muy específico a este modelo y da lugar a instituciones y regímenes múltiples. Los expertos señalan con bastante insistencia cómo surgieron y cómo han evolucionado esos programas en virtud de la mayor capacidad de presencia política de grupos de presión dentro de la sociedad y esto ocurrió en la iniciación de los seguros sociales, cuando Bismarck ofreció una base de negociación con los movimientos obreros de ese momento y luego le imprimió un sello muy grande de ahí en adelante, basado en la relación de empleo. Este hecho que arranca de la concepción bismarkiana, se trasladó a América Latina con las mismas características y ha evolucionado muy poco.

Los programas se organizaron con base en un riesgo social, como: accidentes de trabajo, riesgo de las pensiones, de la invalidez, la vejez, la supervivencia, el riesgo de la enfermedad, el riesgo del desempleo, etc., con bastante dificultad de articulación entre uno y otro. Con ámbitos fundamentalmente urbanos, porque cuando nacieron en Alemania se orientaron a una sociedad que estaba en proceso de industrialización y esos esquemas se trasladaron a América Latina en donde las sociedades eran básicamente de economía y agrícola.

Por ser con cotizaciones salariales tripartistas, son re-

gímenes fundamentalmente contributivos. Una característica muy importante en el comienzo de estos programas fueron los regímenes técnico-financieros de capitalización. La relación directa entre las prestaciones y las cotizaciones.

Tienen por supuesto otra serie de características importantes que desde el punto de vista de organización institucional quedarían como sigue:

En el primer grupo se pudiera señalar, que nacieron múltiples esquemas, se organizaron muchas cajas y ese es el caso por ejemplo de los comienzos de la seguridad social en Cuba, Uruguay, Argentina y Chile. Los de la segunda época nacieron más como institutos; un instituto gestor nacional de tipo general y aquí encontramos al Grupo Andino y a Colombia, pero que se diferenció en que el instituto gestor, estaba orientado fundamentalmente a los trabajadores del sector privado y había otros esquemas distintos para los empleados públicos dependiendo de su capacidad de presión.

En el tercer grupo, los de más reciente aparición, la organización ha girado más a consolidarse alrededor de un sólo instituto, aunque de todas maneras se reconocen otros esquemas.

La segunda característica que queremos analizar es la de la cobertura, fundamentalmente en dos programas el programa de salud y el de pensiones.

Es necesario que recordemos que hay enormes vacíos sobre qué significa el término cobertura. Esto es válido en los servicios de salud así como en la seguridad social, pero de todas formas, esta tiene una cobertura legal, que establecen los marcos legislativos etc., y una cobertura real, la cual es más estadística que otra cosa.

Con las salvedades en términos de cobertura, lo que tratamos de mostrar es como ha evolucionado para algunos países. El doctor Ochoa debe recordar muy bien algunas cifras de este aspecto, porque una de las fuentes del mismo fue el Segundo Congreso Americano de Medicina de Seguridad Social en donde él coordinó el grupo que hizo este análisis. La intención es mostrar cómo ha variado entre 1966 y 1985 la cobertura y cómo ha ido avanzando en algunos países y en la región en general. Vemos que en 1966 era del 11,5% y ahora ha llegado a un 42,7%. En este momento las cifras son del orden del 61%-62%.

Ahora veamos la relación de la cobertura en términos de la fuerza de trabajo. Si recordamos que habíamos planteado que en sus comienzos: conceptual, política, filosófica y operativamente, los programas estuvieron orientados a la fuerza laboral y fundamentalmente a la asalariada, al buscar cómo ha sido la evolución encontramos que, de la población total cubierta si compa-

ramos la *población económicamente activa* cubierta —población económicamente activa— y la población económicamente activa asalariada, vemos que la población económicamente activa cubierta en Bolivia es del 18,5% y la población económicamente activa asalariada del 38,2%. En Colombia la población económicamente activa cubierta es del 30,4% y la asalariada del 53,3%. En Venezuela el 49,8% de la población económicamente activa cubierta y el 54,1%. El interés al mostrar estas cifras es ver cómo los directivos de la seguridad social han sido bastante "tímidos" para no usar otra palabra, en el sentido de cumplir con sus responsabilidades directas que están señaladas en sus instrumentos legales de cobertura, extensión de la cobertura a la población económicamente activa asalariada, es decir, vemos brechas importantes de cobertura.

Lo que quiero señalar, es el conformismo con que se ha manejado el programa de cobertura, cuando tenía toda la posibilidad de extenderse y sin embargo se mantuvo con bastante timidez alrededor de las cifras que se observan en este momento y ese es uno de los grandes problemas como veremos más adelante.

Las otras dos columnas nos muestran también otras áreas de cobertura posible para los trabajadores independientes, sobre todo la población rural en donde la incursión de los seguros socia-

les en América Latina ha sido todavía más lenta y más tímida.

La tercera característica esta relacionada con los aspectos de la financiación de la seguridad social. El peso de la seguridad social en estos países en términos de sus gastos referidos al producto interno bruto en el periodo 1965-1986, se encuentran cifras comparativas para 1965, 1975, 1980, 1983, 1986, y vemos que hay variaciones importantes.

Si comparamos un poco estas cifras con las que vimos en uno de los puntos iniciales, vemos que realmente se ha mantenido esa ubicación en términos de los países y en término de las proporciones del producto interno bruto que están utilizando para sus programas con relación a esos tres grandes grupos pioneros y los de aparición más reciente.

Sin entrar de nuevo en el análisis de cada uno de los países, revisemos un poco las cifras de Colombia; en 1965 el 1,1%, en 1975 3,1%, en 1980 2,8%, en 1983 2,2% y en 1986 2,2%. Sabemos que estas cifras hay que manejarlas con bastante prudencia porque están sujetas a todos los vacíos de información en materia estadística; pero nos muestra cómo ha evolucionado la asignación de los recursos y también cómo algunos países, especialmente los del primer grupo, se acercan mucho más a las cifras de 6%, 7% y 8% que utilizan algunos de los países desarrollados.

Además estamos señalando también para los veinte países las contribuciones del asegurado, del empleador, del Estado, de las inversiones y de otros, para llegar al total de la disponibilidad de recursos y quisiera recalcar el hecho de que la contribución del trabajador, del empleado, gira alrededor de una tercera parte de la contribución total; el empleador gira alrededor de las dos terceras partes o quizá un poco por debajo y el Estado tiene cifras bastante variables pero bastante menores. Ahora, esta contribución del empleador es importante tomarla en consideración, ya que generalmente se traslada a los precios de bienes y servicios y por consiguiente incide sobre toda la población. Aquí viene uno de los argumentos que se plantean: el derecho adquirido en términos de la contribución vs. el derecho adquirido en términos de la ciudadanía. No quiero detenerme en este punto pero sí anotar que alrededor del hecho de las contribuciones hay bastante "humito", ya que esto es, junto con las cifras de cobertura, una de las grandes dificultades y de las grandes fallas que se achacan a la seguridad social, el haber creado situaciones de privilegio y no haber extendido los servicios al resto de la población cuando buena parte de la financiación proviene de estas contribuciones.

La contribución al seguro social con relación a la carga salarial para algunos de los países

es realmente alta, como es el caso de Argentina y Brasil. En el caso de Colombia, esta carga es de un 24,9%, en Costa Rica 35,6% y también encontramos cargas salariales mucho más bajas y esto tiene que ver bastante con el análisis posterior de los costos de la seguridad social y por supuesto con las necesidades y posibilidades de reforma. Quiero llamar la atención de la carga salarial tan alta para el asegurado en los programas de Chile.

Simplemente para ubicarnos en relación a cuáles son los regímenes financieros que utilizan los seguros sociales en estos veinte países. Quiero señalar el hecho de que de la capitalización que fue el punto de partida de los seguros sociales, realmente no queda ninguno de los programas que le esté utilizando a excepción de Chile que tiene una situación particular como todos sabemos, así como un esquema que se aparta de todo el resto de los países. Pero en general, todos se han movido hacia los regímenes de prima escalonada y hacia los de reparto, inclusive en el régimen de pensiones, porque en el régimen de salud generalmente fue de reparto desde un comienzo.

La seguridad social, maneja de manera directa un volumen importante de recursos y sus forma de administración se ha dividido en tres modalidades: la directa, la manejada por las propias instituciones, la de contratación, que pura es muy difícil

de encontrar, por lo menos en América Latina no existe, y por último formas combinadas, es decir, de contratación y de manejo directo.

Una de las características de la seguridad social en América Latina y que comienza a cambiar, es el hecho de que ésta desarrolló todas sus instalaciones, establecimientos, etc., dando lugar a una serie de problemas en la aglutinación administrativa, financiera, etc. de los recursos del sector salud.

Estos son los tres tipos de características que quería señalar en relación con los programas de la seguridad social en cuanto a su composición institucional, a la cobertura, su responsabilidad fundamental con la población, al manejo de los recursos y su participación en los programas de salud en general.

La tercera área que quisiera considerar, se refiere a los problemas principales de la seguridad social; estos los hemos tratado de agrupar en tres grandes áreas: las definiciones de política; los marcos constitucionales, legislativos, etc. y los déficit financieros y de ineficiencia administrativa de las instituciones de la seguridad social.

El hecho al cual hicimos referencia con respecto a cómo nacieron los programas de seguridad social en América Latina y en otras partes del mundo, puso claramente de presente, que hubo y se proyectó a lo largo de

cuatro o cinco décadas de mayor desarrollo, la falta de una política uniforme, y aquí citamos la política nacional vs. la política institucional; en realidad, en la mayoría de los países las políticas en materia de seguridad social han sido políticas institucionales. Esto demuestra claramente una baja prioridad de los gobiernos con respecto a los problemas de la seguridad social, lo cual es un fenómeno general en toda América Latina. Si uno revisa la situación, realmente la seguridad social y los servicios de salud nunca han tenido una prioridad importante en las políticas gubernamentales; muchos de estos programas nacieron por la presión de los grupos políticos y otros nacieron como elementos de captación de apoyo político a determinados grupos, por esto fue que se orientaron a la protección de grupos específicos, lo que conllevó a una estratificación muy grande de los programas de seguridad social. Es decir, no han sido un proyecto político, ni una expresión real de la política social y por supuesto esto ha significado una desarticulación de los programas de bienestar social, en términos de los otros grandes componentes de la política social, de la vivienda, la educación, etc.

Ahora, como resultado de lo anterior, vino el segundo grupo de problemas de la seguridad social, desligado de las restricciones y la fragmentación de los marcos constitucionales legis-

lativos. En realidad, en estos marcos constitucionales, hay referencias muy globales respecto al desarrollo de la seguridad social, al derecho o a su reconocimiento, existe una retórica importante, más o menos conocida, más cuando se trata de avanzar un poco en los instrumentos que permitan actuar, vienen una serie de restricciones, y además, se introduce una cosa muy importante, en las leyes en este campo que autorizan la extensión de la cobertura. Casi siempre es posible encontrar lo que en la jerga de la seguridad social se conoce como las cláusulas diferidoras, es decir, la ley establece la obligatoriedad de extender la seguridad social a la población campesina, pero la frase siguiente dice: "... a juicio de las autoridades de los programas respectivos y siempre y cuando la viabilidad económica se establezca..." y ahí se abrió un gran camino para ese conformismo de las instituciones, se refugiaron en su falta de preocupación por extender esos servicios. Esto, por supuesto se traduce en una baja posibilidad de cambio. Sólo hay algunos países en la región, ya los hemos visto a lo largo de esta revisión, en donde realmente se logró avanzar y hacer tal extensión, con base en una clara definición de políticas.

El otro gran rubro de problemas es el gran déficit financiero y tenemos algunas causas implicables a la propia seguridad social y otras que no lo son: los

cambios demográficos. En los inicios de los programas de seguridad social, muchas de las decisiones por esta ausencia de participación y de presencia en todo el proceso político se fijaron mucho en los estudios y análisis de expertos, pero que miraban exclusivamente al problema económico de la seguridad social y no al problema político de la misma, y entonces, muchos de los esquemas relativos a la previsión de los recursos, no tomaron en cuenta las condiciones demográficas y como consecuencia los cambios en la expectativa de vida y toda una serie de hechos demográficos que han ocurrido en los países de la región, reclamaron en un momento dado más participación y más recursos cuando estas instituciones y estos programas no tenían realmente los elementos para hacerlo.

El ajuste oportuno de las cotizaciones, porque aun cuando se hubiesen hecho los estudios que señalaran la necesidad de hacer los reajustes, como estos dependen de una acción fundamental del gobierno, no resultaba político producir este reajuste y se ahorró menos para cubrir las obligaciones más adelante. Esta es una de las razones principales del déficit de muchas de las instituciones y tal parece que en Colombia no estamos muy alejados de esa situación.

La mora estatal y privada: yo decía que en ese esquema financiero tripartito, había un

gran ausente que es el Estado, pues en realidad este casi nunca ha cumplido sus obligaciones inclusive en algunos países, su obligación de aportar como patrono, como empleador también se ha visto restringida, lo que ha dado lugar, no solamente a déficit por tal concepto, sino que también ha creado un motivo más para la mora privada de las contribuciones. Además las inversiones no son suficientemente productivas, porque están condicionados los manejos de las reservas de la seguridad social por la ley y en muchos casos, esa legislación es muy antigua y no toma en consideración las posibilidades de reajuste a los cambios económicos, así que las reservas no han rentado e inclusive se han deteriorado por malos programas de inversión; y por supuesto, el gigantismo, el burocratismo y la ineficiencia administrativa que se le señala a la seguridad social, igual que a otras instituciones del sector público en lo cual hay bastante de verdad, pero tampoco toda la verdad.

Muy brevemente señalaremos las situaciones de superávit y de déficit de las instituciones de seguridad social desde 1965 hasta 1985 y vemos cómo estas instituciones han ido enfrentando problemas de déficit importante, que son entre otras cosas unas de las razones por las cuales se han producido los enfoques de reforma.

Todas estas dificultades llevaron a que en la década del

setenta comenzara a hacerse aparente la necesidad de una serie de reformas que prácticamente se han iniciado en todos los países.

Por otro lado vemos por ejemplo, el caso de Argentina, que en 1988 lanzó una propuesta que en este momento comienza a ser modificada como nuevo proyecto de ley, basado en el establecimiento del seguro nacional de salud. Como otro ejemplo tenemos la Constitución de Brasil y las leyes de saneamiento básico de este país, en uno de los sistemas básicos unificados etc.; en Costa Rica tenemos las experiencias de nuevos modelos, de las cooperativas, etc. allí encontramos que la naturaleza de la reforma es muy distinta, pues sus problemas son de otra índole, y al igual que otros países, ya logró suplir sus problemas básicos de cobertura; en el caso de Chile, tenemos la municipalización y las modificaciones totales del sistema de seguridad social; en Cuba, la consolidación del proceso estatal de los servicios y en Colombia, la nueva constitución, la municipalización y la Ley 10, que realmente, vista en conjunto, es lo más avanzado que existe en este momento en planteamientos constitucionales y de marcos legislativos para el desarrollo de la seguridad social.

Algunos países en el sector salud, mantienen todavía esfuerzos de coordinación y de integración funcional para tratar de unir esa parte de la seguridad

social, que estaba separada de los ministerios de salud y que constituyen un capítulo aparte de toda esta situación.

Ahora, estos planteamientos de reforma que se comienzan a gestar en la década del setenta se encuentran con una situación muy seria en la década del ochenta en los países de América Latina, en donde el contexto social, económico y político cambia fundamentalmente como resultado de lo que todos conocemos: la crisis económica, el endeudamiento externo, el déficit del balance de pagos y la reducción de las tasas de crecimiento económico lo que lleva a un proceso de políticas de ajuste, en donde se plantea la reducción del gasto público, se incrementan las tasas de desempleo, se disminuye el valor del salario real y se produce un crecimiento importante de la economía informal. Estos son elementos que tienen una implicación muy directa en la evolución de la seguridad social planteándole así nuevos desafíos.

Como resultado de estas restricciones de carácter económico en las políticas de ajuste, aparece el deterioro de las condiciones de vida y salud, una mayor demanda de satisfacción de las necesidades básicas de la población a grupos cada vez más grandes y una reducción de recursos en el sector público tradicional es decir, el de los ministerios de salud.

Más adelante tenemos cifras sobre la evolución de la pobreza en América Latina y tenemos que en 1960, había un porcentaje de pobreza del 51% y un número total de pobres de 110; para 1980 la población total era de 361, la extensión de la pobreza era de 33%, y el número de pobres era de 119 millones, había bajado relativamente, pero había aumentado el número de pobres; para 1985, una población de 405 millones, regresamos a las cifras relativas de 1970, 39-40%, pero el número de pobres es de 158 millones, es decir, muchísimo más alto de lo que existió en la década del setenta; ahora, estas cifras proyectadas en los seis años siguientes, muestran que realmente son mucho más altas, según los últimos estudios de la Cepal.

Otro elemento importante son las variaciones en el sector informal, ante una seguridad social concentrada fundamentalmente por sus bases políticas, por su concepción filosófica y por sus medios operativos en la atención de la población asalariada.

Por ejemplo veamos la informalidad en relación con la población económicamente activa en los años 1980, 1985 y 1990 en donde se ve realmente un avance promedio del 19, 25 y al 30%, pero si vamos a tomar cifras individuales de los países, nos encontramos que en muchos de estos son 45, 50, 55% y algunos

quizás un poco más alto en el sector informal.

Y en términos de necesidad de servicios de salud, tratamos de señalar las necesidades de extensión de cobertura de servicios de salud para toda la región, en términos generales se estima que un 30%-35% de la población de América Latina no tiene acceso a ellos. En 1990, esa población total era de 450 millones de habitantes, con cobertura aproximada para 300 y la población sin acceso era de 150 millones. El crecimiento esperado para el año 2000, es de 160 millones que se agregarían a estos 150, los servicios adicionales requeridos serían entonces para 310 millones de habitantes, en el año 2000 para una población de 610 millones de habitantes, tendrían cobertura 300 millones, tal vez un poco más pero tendríamos 310 millones de habitantes sin acceso o un poco menos si es que ésta cifra logra bajarse. Esto en términos generales, significa un desafío enorme para que los países logren desarrollar sus servicios de salud cuantitativa y cualitativamente.

Ahora, en las orientaciones de los procesos de reforma, si quisiera hacer una diferenciación en relación con aspectos intrínsecos de la seguridad social y también extrínsecos en el sentido de que están un poco por fuera del control de la seguridad social como tal, hay preocupación por la dimensión económica y la

inserción de esta en la macroeconomía. La seguridad social siempre se mantuvo un poco al margen. Desde sus comienzos logró una situación de privilegio, que entre otras, le ha permitido operar en esquemas administrativos un poco paraestatales; si uno revisa los presupuestos nacionales, encuentra que los de la seguridad social no hacen parte de los presupuestos nacionales, esa posición le permitió a los seguros sociales durante mucho tiempo, mantenerse al margen de todas sus relaciones con la macroeconomía. Hoy hay un reconocimiento claro de que eso no ha debido ser y que obviamente no puede continuar.

La siguiente tendencia es el reconocimiento de la necesidad de ampliar la solidaridad social. El reemplazo, como consecuencia de la contribución, prestación y la transición del seguro a la seguridad social y aquí quisiera retomar lo que planteé inicialmente, en el sentido de que en los veinte países de América Latina, con unas pocas excepciones, hemos tenido y continuamos teniendo todavía programas de seguros sociales fundamentalmente. Existe un reconocimiento de la necesidad de cambiar esa relación y otras tendencias por factores externos, y resultado del manejo de las políticas de ajuste y de los procesos de privatización. Estoy seguro que este es un tema de gran importancia y de gran preocupa-

ción en este seminario como en todos los foros en que se está debatiendo al respecto.

Quisiera referirme a los procesos de privatización y a la selección de opciones, porque no hay una sola manera de hacer las cosas y es muy difícil encontrar cuál es la forma más apropiada para cada país, ya que otras cosas tienen que ser soluciones nacionales. Hay algunos criterios, en el manejo general de recursos que son tradicionales en la seguridad social que siguen siendo válidos, y que me parece que son importantes de considerar a la hora de analizar las opciones para garantizar la solidez y la seguridad en el uso de los recursos de las instituciones de la seguridad social. En segundo lugar, la capacidad de adaptación a los cambios, pues están variando extraordinariamente el contexto político y económico y es importante que las modalidades que se adopten permitan hacer la adaptación. En tercer lugar la eficiencia en función de los objetivos que cada país y cada institución tenga que cumplir y la compatibilidad con los principios básicos de la seguridad de solidaridad y justicia social y éste es probablemente el criterio más importante desde el punto de vista de la selección de opciones, si realmente nos queremos mantener, si los países quieren avanzar en el desarrollo de la seguridad social.

Jorge Castellanos Robayo

Quiero terminar, señalando que si bien tenemos regímenes o esquemas de seguros sociales, el gran desafío es lograr llegar a una expresión real de seguridad social, desde el punto de vista de la concepción planteada cuando se comenzó a hablar del cambio del seguro social a la concepción de la seguridad social, en el informe de Lord Beveridge en Inglaterra al final de la Segunda Guerra Mundial, en donde señala una serie de principios de unidad, de igualdad, de universalidad, integralidad y solidaridad. El gran desafío del desarrollo y evolución de los programas de la seguridad social en los países de América Latina y de todas las regiones del mundo, pero específicamente en el caso nuestro, es hacer valer estos programas y esto tiene importancia porque muchas de las opciones que se están planteando en este momento alejan a esos programas del cumplimiento de estos criterios básicos fundamentales que siguen teniendo validez. Ojalá que la revisión de éstos logre imprimir el liderazgo necesario en las instituciones de seguridad social para participar en el proceso político que se está dando con respecto a la reforma; muchas de las opciones están siendo planteadas desde fuera de la misma con criterios meramente económicos que no responden a las necesidades de seguridad social que tienen los pueblos de América Latina.

Política social, privatización y descentralización

Me parece muy importante que retomemos dos o tres aspectos que en este momento constituyen los grandes desafíos que enfrentan tanto la concepción general, como el desarrollo de la seguridad social y de los sistemas de salud.

Quiero tocar tres puntos, que son: la concepción de la política social, los fenómenos de privatización y la reconceptualización de los sistemas de salud y sus procesos de descentralización.

No hay la menor duda de que América Latina, como otras regiones del mundo, está enfrentando y continuará enfrentando para entrar en el próximo milenio, la necesidad de revisar sus estructuras tanto macroeconómicas como sociales. Ahora hay un movimiento muy intenso, favorecido, estimulado, promovido o impuesto en algunos casos por fuerzas externas, en relación con los procesos de ajuste económico. Pero el gran debate sobre la macropolítica social, del contenido y las orientaciones de la política social en América Latina apenas si está empezando, en ese sentido creo que la situación de Colombia es bastante aventajada. Creo que este Seminario es justamente una demostración de que se ha iniciado un debate muy importante con participación de

fuerzas vivas de la población en la búsqueda de soluciones a estos problemas.

Ahora, en relación con esta política social, quisiera señalar que esta ha evolucionado en términos globales en tres etapas: una primera etapa, con la función del Estado para proteger a los pobres, a los grupos que no podían, como resultado de su esfuerzo directo, incorporarse a la fuerza de trabajo y satisfacer a través del producto de su trabajo sus necesidades básicas. Esa es la etapa de la asistencia pública que se desarrolló durante mucho tiempo en Europa y que nosotros la recibimos como parte de la transferencia de las muchas cosas que nos llegan de ellos.

En una segunda etapa, la preocupación fundamental de la política social se orientó a la protección de la población trabajadora, y eventualmente, hacia la protección de la familia por extensión.

Después de la Segunda Guerra Mundial, se plantea entonces la necesidad de extender la protección, reconociendo la condición de ciudadanos, ya no simplemente la de trabajadores y se plantea el nacimiento de la seguridad social como tal, su verdadera expresión. Esa etapa en América Latina está por darse, es un proceso que se estancó y el gran desafío es realmente cómo producir esa transformación. Muy pocos países han logrado avanzar en ese sentido, unos más, otros

menos, pero pocos han logrado realmente materializarlo.

Ahora, la crisis económica que han vivido los países en la década pasada y parte de ésta, realmente ha venido a crear nuevos desafíos y esto plantea la necesidad de un nuevo rol, de una nueva forma de ejercer el papel del gobierno, en la política social. En términos generales, la función del Estado, es garantizar que ningún habitante se encuentre por debajo de un nivel de satisfacción de las necesidades básicas y no permitir que prevalezcan las desigualdades sociales.

Ahora, con los elementos de cambio en el contexto social y político que se han dado y que hemos señalado, esas funciones siguen siendo válidas, pero cambian las formas de ejercer el rol del Estado. Era un estado que era actor, que las realizaba en forma directa, que en un momento dado interpretó la universalización como el protagonismo directo.

Se plantea, dentro de las nuevas concepciones, la necesidad de que ejerza esas funciones pero en otra forma, con capacidad de conductor, de regulador, de armonizador, de integrador de todas las fuerzas de la sociedad y esto significa un replanteamiento del rol de las instituciones que ejercen dichas funciones en representación del Estado y me refiero concretamente a los Ministerios de Salud y a

las instituciones de la seguridad social en general.

Lo anterior nos lleva al segundo punto que quería plantear y poner a su consideración, que es el de la privatización. La privatización dicen algunos que es un término poco elegante, probablemente lo es, pero además es impreciso, porque en la privatización cabe absolutamente todo y esa imprecisión del término ha significado una gran confusión. En buena parte, parece ser que ésta surge de qué significa privatizar en Estados Unidos y qué significa privatizar en el resto del mundo desarrollado, como también en el mundo en vía de desarrollo. En otros países, no en los Estados Unidos, privatizar significó en un momento dado disminuir la presencia del Estado en acciones directas, en la producción de bienes y servicios, y podemos revisar los ejemplos en todos los sentidos, en lo que hizo Francia, Inglaterra, los países europeos que pasaron a la responsabilidad, a la administración y al manejo privado muchas de las acciones, de los servicios y bienes que se estaban produciendo por la acción estatal, esto no pasó en los Estados Unidos. A finales de 1970 alcanzó su punto más alto en el mundo no comunista, el porcentaje de fuerza de trabajo de las empresas del Estado (6,7%), en tanto que en los Estados Unidos sólo llegaba al 1,5%, es decir, que en este país no hubo nunca la necesidad de transferirlo al sec-

tor privado por las razones y problemas que se invocan, por los factores de ineficiencia, etc., porque nunca el estado estuvo comprometido en esa proporción, como sí ocurrió en los otros países, donde por tanto, la privatización ha significado cortar los nexos gubernamentales con diversos sectores de la economía; en Estados Unidos significa reclutar energía privada para mejorar el funcionamiento de tareas que en cierto sentido han sido y siguen siendo públicas, el caso específico del sistema de la seguridad social de los Estados Unidos es un sistema público, pero muchas de las acciones se ejercen a través de las acciones sociales, pero ni la política, ni el manejo financiero general es un manejo privado, es un manejo público.

En este sentido, quisiera señalar la necesidad de diferenciar entre lo que significa la financiación y el ejercicio de las acciones; el problema que tienen los países es encontrar el balance entre cómo se financia un bien o un servicio y cómo se otorga ese servicio o se produce ese bien, de una forma colectiva o privada, ese es el gran dilema. Ahora, eso traducido a la seguridad social, a los servicios de salud en donde se está preconizando de manera muy intensa la privatización y el cambio hacia los esquemas de seguros privados, quisiera señalar, que hay muchas modalidades de la actividad privada en relación a la prestación de servicios de salud

y una de las modalidades es los seguros privados y los sistemas de prepago que tanto auge tienen en los planteamientos de solución en este momento en los servicios de América Latina. En los servicios de atención directa a través de la contratación, los reembolsos, las cooperativas, etc., hay muchas modalidades de participación de la actividad privada, que de hecho se han venido presentando en la organización de la prestación de los servicios de salud, pero cuando se quiere hacer énfasis en la utilización fundamental de la actividad privada en la organización y la prestación de estos servicios, quizá vale la pena referirse a algunos ejemplos: el primero es el de Chile, que se preconiza como el modelo ideal en materia de privatización de servicios de salud y así el llamado modelo chileno es público con un componente privado, es público en el sentido de que para un 60% de la población se financian los servicios y un 25, 27% se atiende a través de las Isapres, que son sistemas privados de seguros prepagados, llegando ya a un nivel de saturación. Comenzó siendo un sistema de afiliación abierta, hoy es de afiliación cerrada, en el sentido de que aquellos que consumen más servicios tienen limitaciones para accederlos y por tanto los niños y los viejos tienen restringida su participación en ese esquema. En este momento el gobierno de Chile considera la seria posibilidad de reformas del

sistema de salud, porque lo considera como una de las áreas problema del país, de tal forma que hay que tener mucho cuidado, en la venta indiscriminada que se ha hecho del llamado modelo chileno con información incompleta, en el sentido de que es un sistema público con un componente privado, entonces no podemos tomar solamente el componente privado y extrapolarlo para analizar los beneficios.

El segundo ejemplo es el del sistema privado por excelencia de los Estados Unidos, en 1980 la población de este país era 231 millones y estaban cubiertos por la actividad privada 61 millones a través del Medicare y el Medicaid que cubre a los indigentes en un 15%. El combinado Medicaid y Medicare, cubría 6,1% y por otros servicios públicos 5,3%; los no asegurados, 21,5% de la población en ese año; sin acceso a los esquemas de seguros privados, equivalía a 35 millones de personas.

¿Cuáles pueden ser algunas de las razones? ¿Por qué estos sistemas privados presentan estas situaciones? Aquí hay un segundo dato en relación a los costos de administración de un sistema basado fundamentalmente en prepago y en entidades privadas, tenemos la fuente en el New England Journal of Medicine: de un dólar gastado en los Estados Unidos, 24 cvs. van a costos de administración, es decir, 24,1% de los presupuestos de salud se van

en costos de administración; en el Canadá, 11 cvs. de un dólar canadiense, es decir el 11% de los servicios de salud se va en costos de administración, con la proporción que si Estados Unidos tuviera un esquema que no fuera basado fundamentalmente en la participación de los seguros privados, se ahorraría alrededor de 100 billones por año, lo cual equivale a una cantidad suficiente para cubrir los 35 millones que hoy no tienen acceso, con unos niveles de costo que son los más altos del mundo, ya que está gastando más de US\$2.700 dólares per cápita año en la prestación de servicios. Pero aun así, con esta economía que se haría al cambiar el esquema administrativo, se podría dar el esquema de servicio; la razón fundamental es que en Canadá, hay un sólo asegurador, el gobierno provincial, que no tiene ánimo de lucro y en los Estados Unidos hay 1.500 aseguradores, la mayoría de los cuales sí lo tienen. En este sentido, quiero recalcar, que cuando se trata de mirar opciones hay que tener en cuenta todas las implicaciones de las mismas; la empresa privada ha existido siempre y debe continuar con los servicios de salud, pero la forma de participación de la actividad privada es la que es necesario delimitar de manera apropiada porque de otra manera se puede caer en situaciones como ésta.

Finalmente, quiero señalar el último punto, en relación

con los sistemas de salud y con los procesos de descentralización.

Nosotros hemos venido trabajando en América Latina por más de 40 años con esquemas piramidales extraordinariamente centralistas que partieron de una concepción de la administración pública francesa a finales del siglo pasado y a la cual se injertan modelos de interpretación, de organización de los servicios de salud de carácter centralista y eso dio origen a estos esquemas de regionalización, en donde lo que se pretendía era llevar hacia las regiones los modelos básicos de organización de los servicios, pero la intención nunca llegó a cumplirse lo que se hizo fue cambiar de centros de poder y entonces, de la centralización en los órdenes nacionales, en América Latina se pasó a la centralización en las regiones, que probablemente en algunos casos fue mucho más dispendiosa y difícil y con implicaciones más amplias que la centralización en los órganos nacionales. En estos esquemas piramidales los procesos de decisión se tomaban en el vértice de la pirámide y los recursos muy difícilmente llegaban a la periferia.

Los procesos de descentralización y la concepción pluralista de las instituciones del

sector salud que involucran a la seguridad social, a los servicios dependientes de los ministerios, a la actividad privada, abren la posibilidad —y en ese sentido la legislación colombiana en el movimiento que se está dando actualmente es pionero en la región— de darle vuelta a este esquema piramidal y de darle prelación al desarrollo de los organismos en el ámbito municipal con una concepción muy amplia del bienestar social, de una gran política de seguridad social de la cual hace parte a su vez la apolítica de salud y desarrollarla en esos ámbitos municipales, para utilizar desde allí las otras modalidades de recursos del sistema. Esto obliga realmente a revisar y a replantear toda la concepción tradicional que hemos venido barajando en términos de organización de los sistemas de salud y este, de nuevo, es otro de los grandes desafíos a los que se enfrentan en este momento los países de América Latina con participación de la seguridad social, que es entre otras cosas el ente que aparece dentro del organismo del Estado con la mayor posibilidad de impulsar ese tipo de desarrollo.

Estos eran los tres puntos que quería plantear, muchísimas gracias.