

302930
3
2ej

UNIVERSIDAD FEMENINA DE MEXICO

ESCUELA DE RELACIONES INTERNACIONALES
INCORPORADA A LA U. N. A. M.



EL DESARROLLO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA LATINA: 1920-1980

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN RELACIONES INTERNACIONALES
P R E S E N T A
IRMA ESPINDOLA MARTINEZ
DIRECTORA DE TESIS; LIC. LUZ MA. VICARTE MAYER

MEXICO, D. F.

1995



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Introducción.....	1
I. Generalidades acerca de la evolución de la Seguridad Social.....	5
1.1 Alemania y el primer sistema de Seguridad social.....	13
1.2 Primera y Segunda Guerras Mundiales, como factores determinantes en el desarrollo de la Seguridad s.....	16
1.2.1 El Informe Beveridge.....	17
1.2.2 Naciones Unidas.....	19
1.3 Hacia una conceptualización de la Seguridad Socia.....	22
1.3.1 Principios de la Seguridad Social.....	24
1.4. La creación de Organizaciones Internacionales para el desarrollo de la Seguridad Social.....	26
II. El desarrollo de la Seguridad Social en América Latina.....	29
2.1 Proceso Histórico.....	32
2.2 Financiamiento.....	38
2.3 Estructura organizativa.....	47
2.4 Prestaciones.....	53
2.5 Cobertura.....	60

FALLA DE ORIGEN

III. Problemas que enfrenta la Seguridad Social para su desarrollo en América Latina.....69

3.1 Efectos de la crisis económica en la Seguridad Social.....69

3.2 Problemas actuales de la Seguridad Social.....75

 3.2.1 Problemas económico-financieros.....75

 3.2.2 Problemas administrativos.....79

 3.2.3 Problemas Sociales.....86

3.3 Reformas a la seguridad social en América Latina.....91

Conclusiones.....102

Bibliografía Básica.....115

Bibliografía Complementaria.....119

Hemerografía.....123

INTRODUCCIÓN.

El presente estudio está dedicado al nacimiento y evolución que ha tenido la seguridad social en Latinoamérica, debido a que es uno de los temas más interesantes de nuestro tiempo, y uno de los servicios sociales más importantes en el desarrollo integral de la región.

Sin temor a equivocarse, se puede observar como al término del presente siglo, y ante una serie de cambios económicos, políticos y sociales trascendentales que vive el mundo, nace la inquietud de conocer aquellos mecanismos que posibilitan el desarrollo pleno e integral del individuo bajo un ambiente que le garantice niveles adecuados de bienestar.

De esta manera la seguridad social, que tiene por cierto, múltiples títulos y magnitudes y que aquí es empleado como seguro social en un sentido amplio de su definición, es el antecedente histórico y técnico del tema que nos ocupa.

Reviste a nivel internacional además de su importancia económica, una significación social y política; ya que puede convertirse en un medio eficiente para lograr una mejor distribución del ingreso nacional y ayudar así al necesitado. Aunque, en la realidad, ha sido con frecuencia utilizada con fines políticos.

Al realizar este análisis se puede uno dar cuenta que a pesar de su importancia, extrañamente es incluida en los proyectos nacionales de desarrollo. Y más extraño

aún, es encontrarla en la literatura de las Ciencias Sociales. Es más, en casi todos los informes de organismos especializados en esta materia ya sean regionales o internacionales, se hallan centrados en aspectos jurídicos, históricos y técnicos de su administración sin profundizar en su estudio, cosa que no sucede con la literatura médica que es muy amplia en estudio y abundante en cantidad.

Lo anterior ha repercutido en que en casi todos los estudios nacionales e internacionales que se pudieron consultar, normalmente se tiene información deficiente, y atrasada en fechas, es decir, que no se produce con frecuencia, y/o no genera nuevos datos. Es por eso, que al interior del presente se manejaron datos que aunque un poco atrasados en tiempo generaron a esta investigación confiabilidad y que permitieron el análisis.

Este estudio constituye un intento por ampliar dentro de las relaciones internacionales el conocimiento sobre el sistema de la seguridad social latinoamericana, el objetivo general es entender su comienzo histórico, determinar su evolución y conocer los resultados hasta hoy obtenidos.

La premisa ha sido mostrar que la seguridad social, a pesar de sus deficiencias en la región, es el mejor instrumento para el desarrollo social capaz de ofrecer un mejoramiento gradual en salud y en los niveles de vida de la población, lo cual se transforma en un grado de justicia social y de progreso para la población insegura, motivo por el cual se debe luchar por conservarla atendiendo a su reforma y reafirmando los principios que le dieron vida.

Para ello, el estudio se conformó en tres capítulos. El primero, nos remite a la historia, con el fin de mostrar los aspectos que le dieron forma a la seguridad social, considerándola como producto final de numerosos factores, y como algo

sujeto a cambios que se van produciendo en el tiempo y que afectan directamente a la sociedad en forma parcial o en su conjunto. Y para entender estos factores consideramos ciertas influencias externas, ya que ningún Estado Moderno se encuentra aislado.

De lo anterior se desprende que, la seguridad social nace como seguro social específicamente con las nuevas formas de producción. Desde un punto de vista económico, el objetivo era asegurar el mercado de trabajo. Desde un propósito político, se encaminaba a la administración de las demandas obreras y como meta ideológica, dirigida a la legitimación del capitalismo que en su conjunto trajo consigo un reconocimiento de los derechos sociales de los ciudadanos.

El capítulo segundo describe el comienzo de la seguridad social en la región latinoamericana; primero se determinan las fuerzas que posibilitan el inicio y se explica el poder de los grupos de presión al respecto. Luego, se describe el proceso histórico conforme a los países que cronológicamente adoptan los sistemas de seguridad social. Para ello, se engloban en tres grandes grupos y se retoma la clasificación que Mesa-Lago hace al respecto por considerarla completa y amplia.

En este mismo capítulo se toma en cuenta la época de la aparición del sistema, el alcance de los mismos, los métodos de financiamiento, la organización elegida, su alcance y prestaciones. Todo esto nos lleva a comprender quiénes, cómo, cuándo y en dónde se aplican los sistemas de seguridad social, así como su evolución.

Por último, el tercer capítulo, nos habla de los problemas que desde la década de los ochenta enfrenta la seguridad social para su desarrollo en la región. Con el propósito de ofrecer un panorama que nos permita un análisis profundo se dividen en: económico financieros, administrativos y sociales. Con el análisis de cada uno de ellos, se puede observar en torno a qué puntos específicos, se exigen actualmente reformas a los sistemas, esto como consecuencia de la dinámica de cambio que actualmente se presenta en la esfera internacional en casi todos los rubros del quehacer humano y como consecuencia del propio desarrollo que en la región se ha dado.

Desde un punto de vista específico, se considera que, a fines de la década de los ochenta, la cuestión medular se da en torno a los problemas que se presentan en las reformas de los sistemas, que hasta hoy se han intentado en la región, como consecuencias de la crisis económica, que además deben cubrir los desafíos y mostrar los perfiles de la seguridad social en el siglo venidero.

El estudio abarca más específicamente la década de los ochenta y parte de los noventa, que es la época donde con mayor crudeza se cuestiona su eficiencia y donde los problemas económicos internacionales colaboran para desacreditarla.

A pesar de su importancia, se insiste en el hecho de que no existen estudios que midan el efecto de los programas de seguridad social en el bienestar de la población, es así, como a pesar de las limitaciones, se pretende mostrar a la seguridad social como una institución que debe permanecer y más aún mejorarla, de tal manera, que se dote al individuo y a su familia en general de un entorno sano y pleno de bienestar.

**I. GENERALIDADES ACERCA DE LA EVOLUCIÓN
DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

Casi en todos los tiempos y lugares del mundo se ha intentado construir una sociedad que se esfuerce porque cada vez sean menos los que sufran. Este es uno de los objetivos y al mismo tiempo el impulso rector que dio origen a la seguridad social, entendida como un requerimiento para mejorar al mundo, la cual se produce dentro del Estado social de derecho y que surge ante la necesidad de afrontar las desigualdades existentes.

De tal suerte, cualquier recapitulación histórica en la materia debe partir de la inevitable unión entre el desarrollo económico y la seguridad social, la cual pretende establecer un régimen de bienestar para toda la población sin importar su clase social, centrándose en la satisfacción de las necesidades sociales de la mayoría, como son salud, vivienda, y educación entre otras.

De esta manera, empezaremos por esbozar los perfiles de la seguridad social en su tránsito por la historia, con la intención de identificar los principales factores que habrán de incidir en el desarrollo del tema que nos ocupa. Para tal propósito nos apoyaremos en Jean Dupeyroux, quien apunta una cronología de la seguridad social, haciendo referencia a tres etapas: a) la prehistórica; b) la clásica y c) la moderna.¹

a) La primera de las etapas referidas se enmarca en el contexto económico-social del mercantilismo, período durante el cual el dinero se convirtió en el centro de la actividad económica mundial. En este período podemos ubicar dos manifestaciones de apoyo ante riesgos sociales², la primera, es la "ayuda mutua" que en el transcurso del tiempo derivaría en "beneficencia pública" que proporcionaban las

¹ Jean Jaques Dupeyroux. Droit de la Sécurité Sociale. Citado por, Moctezuma, Javier et al., II Congreso Interamericano Jurídico de la Seguridad Social, Ed., CISS, México, D.F. 1991, p. 26.

² El riesgo, en su noción tradicional, se expresa como aquel acontecimiento futuro e incierto, cuya realización no depende de la voluntad del hombre. cf. Bowen Herrera, Alfredo. Introducción a la Seguridad Social, Chile, Ed. Jurídica de Chile, 1992.

órdenes religiosos, grupos privados y aún el Estado, influenciados todos por las ideas cristianas de caridad y ayuda al prójimo.

En un principio la ayuda a necesitados fue de diverso origen, de persona a persona provocado por un sentimiento solidario pero limitado en la cantidad y calidad de la ayuda. En la búsqueda por encontrar nuevas formas con este propósito surgieron instituciones auspiciadas por religiosos, o por grupos de personas altruistas que proporcionaron asistencia de manera más regular y especializada.

Al aumento de la población, el progreso de la civilización y la creación de situaciones sociales más complejas unidas todas ellas a la economía, que ya no se limita a la propiedad agrícola, sino que empiezan a nacer las artes y oficios, van surgiendo las ciudades y una relación entre ellas producto de ferias y mercados, apareciendo el espíritu de solidaridad por medio de las corporaciones.

Por otro lado, el contacto de Europa con otras regiones del mundo consecuencia de las cruzadas y el descubrimiento de América origina la necesidad de una producción mayor para la obtención de bienes de los pueblos de ultramar. Nacen así, las cofradías latinas, asociaciones de ayuda mutua en la desgracia, de cofraternidad de trabajadores en una misma profesión y que en el momento de su perfección, a finales del medievo, se asemejan a los seguros sociales, con sus recursos, sus auxilios en determinadas necesidades y su organización administrativa ejercida por las propias cofradías.

La ayuda que estas cofradías proporcionaban se daba en una gran variedad de situaciones, como la asistencia al enfermo, la ayuda para el entierro, el auxilio a la viuda, la dote a la huérfana para que se casara, etc. Durante la Revolución Francesa y en base a la ideología "dejar hacer, dejar pasar", la "Ley Chapelier" de 1791

suprime el régimen corporativo y en ello, las cofradías y los gremios³ en creencia de que coartaban la libertad individual y entorpecían el comercio.

Aparece entonces, otra manera de previsión social individual, las mutualidades⁴, que no se fundamentan ya en una asociación con base en la profesión, sino en ayuda en determinada situación de necesidad, enfermedad o muerte, encontrándose en ellas en época que se acerca a la de las asociaciones profesionales, acciones no sólo de auxilio, sino culturales, establecimiento de escuelas y bibliotecas. Estas mutualidades perduran en la actualidad en ciertos países y en ciertas eventualidades. Aparecen también los Montepíos de carácter personal o de índole profesional, labradores, artesanos, etc., depósitos de dinero para distribuirse entre los afiliados en casos de invalidez, vejez o muerte; Estos Montepíos pasaron posteriormente, de privados a públicos, en función del Estado, propia de regímenes de pensiones para los empleados públicos en casos de pérdida del cargo por edad avanzada, fallecimiento o desempleo.

Varias formas de previsión social de la Edad Media han perdurado en España y Portugal. Otra forma de previsión social individual que perdura en la actualidad es el ahorro⁵, guardar cierta cantidad de dinero para emplearlo en época de necesidad.

Casi paralela a las formas de solidaridad que realizaban los colegios, guildas, cofradías y hermandades de socorro mutuas, aparece otra forma de protección a la

³ Desde la Edad Media, las corporaciones como el gremio estaban animadas por la fraternidad, por medio de sus cofradías, rendía beneficio a los ancianos, enfermos y lisiados integrantes de la misma. *Ibid.*, p. 25

⁴ La mutualidad, estrechamente vinculada a los gremios medievales y más aun a los romanos. Las asociaciones mutualistas o sociedades de socorro mutuo, como también se les denomina, ofrecieron en el siglo XIX una solución parcial frente a los riesgos sociales de sus miembros. Su principio consiste en reunir un grupo de personas para que colectivamente y sin fines de lucro aporten la indemnización de cierto número de riesgos sociales que sufran sus miembros a base de cuotas que impongan en una especie de fondo común creada para ello.

Estas asociaciones adquieren vida jurídica a finales del siglo XIX. La mutualidad es insuficiente para resolver en forma integral la cobertura de los riesgos sociales, sus razones principales a) constituye un acto voluntario de ahorro y ; b) no es obligatorio. *Ibid.*, p. 27

⁵ En el siglo pasado el ahorro podía encontrarse como un procedimiento tradicional en la cobertura de riesgos sociales, pero no constituye un sistema perfecto de indemnizaciones de los riesgos sociales. La inflación y la depreciación de la moneda, algunas veces, destruyen totalmente el ahorro, agregado a ello, a veces ni siquiera es posible ahorrar. Es por eso, que en éste sentido se da la participación del Estado.

necesidad, la llevada a cabo por los poderes públicos. Los antecedentes se encuentran desde la era de los grandes imperios de la antigüedad (Código de Hammurabi en Babilonia, Faraones que guardaban granos en época de abundancia para distribuirlos al pueblo en épocas de calamidad; en Roma la ley Fragmentaria de los Grecos que obligaba al emperador a vender granos a bajo precio), etc., hasta nuestros días.

También todas las religiones tienen acciones encaminadas al auxilio de los riesgos sociales, abarcando uno o varios aspectos, ya sea, proporcionando comida, atención médica, abrigo. Otra forma conocida es la filantropía como acción de ayuda para mejorar la condición del trabajador por medio de prestaciones sociales y servicios sociales orientados, sobre todo, a la vivienda y a la educación.

La asistencia social⁶ como acción del Estado nace en la Revolución Francesa de 1789. La Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano proclamaba: "se creará y organizará un establecimiento general de socorro público para educar a los niños abandonados, aliviar a los pobres enfermos y proporcionar trabajo a los inválidos que no hubieran podido procurárselo". Este concepto fue adquirido por la Constitución Francesa de 1793. Desde el punto de vista jurídico la Declaración de los Derechos del Hombre, realizada por la Convención Constituyente de Francia consagró por primera vez en un instrumento legal, el término de Derechos Sociales, incorporando dentro de Estos el deber de proporcionar trabajo a todos los hombres, asimismo incluyó la obligación de suministrar medios de subsistencia a los que no estuvieran en aptitud de trabajar y el imperativo de hacer efectiva la instrucción educativa.

⁶ La asistencia pública o beneficencia Al Estado le corresponde atender al bien común de la colectividad, en forma específica. Tiene únicamente el sentido de un remedio paliativo de la dureza de la libertad económica incontrolada en relación al fin social. En éste plano se da la revolución que en su momento tendrá la seguridad social, determinando el papel rector y activo del Estado en aplicación de sus principios humanos frente a los riesgos sociales

En su desarrollo posterior lo que hoy llamamos asistencia pública va a cubrir contingencias que hubieran sido atendidas por los seguros sociales. *Ibid.*, p. 23

La base asistencial acordada por la Constitución Francesa de 1793 fue adoptada por primera vez en América por la Constitución Venezolana de 1810 que establecía: "siendo instituidos los gobiernos para el bien y la felicidad común de los hombres, la sociedad debe proporcionar auxilios a los indigentes y desgraciados en la instrucción a todos los ciudadanos".

Poco después, la Constitución de las Cortes de Cádiz de 1812 impone a los ayuntamientos "cuidar de los hospitales, hospicios, casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia, bajo las reglas que se prescriban", y al efecto se dicta en España la primera Ley de Beneficencia Pública de 1822, ejemplo que influiría en el derecho constitucional americano.

El servicio y la asistencia sociales son funciones del Estado, y sus condiciones serán determinadas por la Ley. Las normas relativas a la salud pública son de carácter coercitivo y obligatorio. La asistencia es pues una acción pública, una obligación que se atribuye al Estado en protección a los necesitados, cuidando su bienestar físico, moral y económico, que no se delega en la Iglesia o en la iniciativa privada, además la asistencia tiene un carácter preventivo, evitar los estados de necesidad. El Estado crea una serie de instituciones: asilos para ancianos, orfanatos para huérfanos, internados para inválidos, casas de trabajo para los desocupados, hospitales para enfermos, albergues para pobres, escuelas pías para los colegiales, casas cuna para niños, centros de maternidad, montes de piedad para préstamos en dinero, etc., así como se reparten ciertos bienes: alimentos en comedores públicos, desayunos escolares, leche a los infantes, prendas de vestir y medicinas adaptando así al individuo para realizar su propio bienestar social.

Financiada por el presupuesto del Estado y sin contribución directa del particular, y ejercida por un servicio público, la asistencia social tiene como característica que se concede sólo a los que carecen de medios económicos en estado de indigencia que deben ser aprobados, así como que se otorgue en base facultativa.

Otra forma asistencial es la realizada por medio de la salubridad pública, destinada a la atención de la salud a la población necesitada, asistencia y salubridad que tan enlazadas están en cuanto a resolver problemas de índole económico y de cuidado de la salud. La asistencia social como medio de procurar una vida compatible con la dignidad humana a las clases necesitadas en acción complementaria con la que realiza el seguro social, está determinada en las constituciones modernas, como las de Bolivia y Ecuador de 1867, integrando, en unión de la salubridad el moderno derecho de la seguridad social. Con tal paso se declara al Estado responsable de proporcionar subsistencia a los necesitados.

b) La etapa clásica de la seguridad social converge en alguna medida con el nacimiento y desarrollo de las sociedades industriales, periodo durante el cual las condiciones laborales se agravarían en razón de todos los cambios que en todos los ordenes trajo consigo la maquinación de los procesos productivos.

Los sectores mayoritarios de la población abandonan de manera acelerada las tareas agrícolas para emplearse en la industria; asimismo en ese tránsito se salta de un modo de producción artesanal a uno mecanizado y de las pequeñas aldeas a las grandes urbes; cambios todos estos que se configurarían al amparo del liberalismo económico promotor de las libertades individuales del hombre, pero carente de una concepción integral del bien social.

En el curso del siglo XIX, los países que hoy calificamos de industrializados pasaron por diversas fases en la Revolución Industrial fenómeno que intentó ser imitado por diversos países, de modo que, esta evolución creó toda clase de problemas, dentro de los cuales el más patético era el de la pobreza extrema en medio de la abundancia, ya que ciertos sectores de la población, aquellos que entonces eran los más cercanos a las nuevas formas de producción industriales, se podía observar, sin

trasladarse grandes distancias, gente viviendo en la penuria al lado de quienes con lujo podían cubrir sus necesidades.

Ya con anterioridad se mencionó a las instituciones creadas con anticipación a este período histórico las cuales ayudaban a individuos en estado de necesidad. También se mencionó que en esos comienzos algunos países fueron legislando la asistencia a los pobres la cual tuvo el mérito de reconocer la responsabilidad del Estado en este campo. No obstante, Esta legislación, a causa de que su verdadera finalidad era reducir al mínimo la probabilidad de agitación social, no fue más que un paliativo. Ninguna ayuda se concedía a un pobre que no había agotado aún totalmente sus recursos personales o que era socorrido por sus parientes. Además de que muy pocos se arriesgaban a la humillación de aceptar la ayuda prevista en las leyes de beneficencia ya que esta aceptación suponía, a veces, la pérdida de los derechos civiles y el traslado obligatorio de los cónyuges a asilos distintos.

En este estado de cosas, la industrialización dio origen a una nueva y numerosa categoría de trabajadores, la de los obreros de las fábricas, que dependían por completo para su sustento del cobro regular de sus salarios y que, si dejaban de percibirlos al quedar desempleados, o caer enfermos, o sufrir algún accidente del trabajo, o alcanzar una edad demasiado avanzada para trabajar, podían muy bien verse reducidos a la indigencia.

La explotación intensiva de la fuerza laboral originaría enormes jornadas de trabajo y el empleo de mujeres y niños con remuneraciones mínimas bajo condiciones ambientales totalmente insalubres. De éste modo las libertades enunciadas por el liberalismo clásico se redujeron a meras formalidades para las grandes masas, estos, en términos reales quedaron reducidos a circunstancias de vida muchas veces infrahumanas.

Con tales hechos resultó lógico el surgimiento de diversos movimientos cuestionadores del orden establecido. En el plano ideológico, corrientes diversas como el anarquismo y el socialismo e incluso el pensamiento social-cristiano impugnaron el estado de necesidad social, abogaron unos, por un orden nuevo basado en la vanguardia del proletariado y otros, en la autocorrección del liberalismo a través de legislaciones que humanizaran los procesos de desarrollo y posibilitaran la intervención del Estado como garante de dicha interrelación. De manera simultánea, en el plano social, se multiplicaron los focos de tensión en el mundo.

c) Influenciados por ese panorama, siguiendo la cronología antes mencionada, los gobiernos europeos plasmaron en su legislación, desde el Siglo XIX y hasta el XX diversas medidas de carácter social. Desde los primeros y restringidos seguros sociales hasta complejos e integrales sistemas de seguridad social.

En América mientras tanto, si bien las aspiraciones de justicia se encuentran ya en los idearios de Morelos y Bolívar, no será sino hasta el presente siglo cuando, al amparo de los modelos europeos, surgieron en el continente de manera sistemática, instituciones y normas de seguridad social.

Bolívar en el Congreso de la Angostura de 1819, destacaba que el sistema de gobierno más perfecto es aquel que proporciona "una mayor suma de felicidad posible y una mayor suma de seguridad social". En la misma década, en México, Morelos en el Congreso de Chilpancingo decía: "la ley humana debe ser tal, que modere la opulencia y remedie la indigencia aumentando el jornal del pobre para librarle de la necesidad"⁷.

Hasta aquí se esboza brevemente algunos de los aspectos más importantes que históricamente influyeron para el nacimiento y evolución de la seguridad social, todo

⁷ Ferrera Orozco, Ricardo, Evolución de la Seguridad Social en América, México, D.F., CIESS, 1977.

ello, como consecuencia de objetivos económicos, orientados al aseguramiento del mercado de trabajo; de propósitos políticos, encaminados a la administración institucional de las demandas obreras, y metas ideológicas, dirigidas a la legitimación del capitalismo, son los factores que en conjunto permitieron a fines del siglo XIX el reconocimiento implícito de los derechos sociales de los ciudadanos, sin embargo, nos detendremos y ampliaremos la última etapa de esta cronología con la intención de entender cabalmente aquellas causas principales y factores determinantes que condicionaron el desarrollo de la seguridad social en la época moderna. Para tal fin, marcaremos aquello que sucedió en las postrimerías del Siglo XIX, caracterizado por la exclusión política de los sectores populares y observar con detenimiento la actuación estatal, aparentemente ajena y de abstención de las relaciones económicas reguladas por el mercado y los sectores sociales.

1.1 ALEMANIA Y EL PRIMER SISTEMA DE SEGURO SOCIAL.

El primer programa de Seguridad Social nace como seguro médico en Alemania a fines del siglo XIX, como base para la unidad nacional y el estímulo al desarrollo industrial con un Estado fuerte que buscaba la paz social.

Las causas de su aparición, como lo explica Alfredo Bowen (Bowen: 34), fueron de diversa índole: a) económico-social, el crecimiento demográfico casi se triplicó en noventa años. El país pasó de ser agrícola a país industrial, principalmente al oeste y al sur de su geografía;

b) antecedentes legislativos, en Prusia principalmente, donde desde 1810 el Código Prusiano había obligado a los empleadores a asegurar contra las enfermedades a sus domésticos y a sus empleados de comercio que vivieran bajo su propio techo. Asimismo, el Código Imperial de 1845 había permitido a los Municipios el disponer la afiliación de los aprendices y trabajadores pobres a los fondos de enfermedad.

Baviera, el Ducado de Baden y Wurtemberg habían seguido este ejemplo en sus respectivas legislaciones; c) Razones políticas, la singular política del canciller alemán Bismarck, tenía como marco, los conflictos con la burguesía y la detención del movimiento obrero revolucionario, la influencia del socialismo de cátedra y las propuestas de Lassalle. Las circunstancias eran las siguientes: la clase proletaria que surgió producto de la era industrial constituía un poder en aumento para la creación de un movimiento político-social y además, ya Lassalle había creado Leipzig, en 1863, la Asociación General de Trabajadores Alemanes, que habría de ser con el tiempo el germen del futuro partido Social Demócrata. La crisis que soportó Alemania en 1874, a raíz de los derroches económico-financieros posteriores a la guerra de 1870 provocó con sus huelgas, cesantía y cierres de industrias, el rápido nacimiento de un movimiento socialista bajo la influencia directa de Marx. En 1867 Bebel y Liebknecht fueron elegidos miembros del Reichstag y en 1869 fundaron el Partido Social Demócrata Obrero. Su rápido progreso, a raíz de la crisis aludida, quedó demostrado con la llegada de doce diputados socialdemócratas al Reichstag, en 1877.

El canciller Bismarck, al observar Estos progresos socialistas, renovó su gobierno a base de conservadores prusianos, obtuvo del Reichstag una ley contra los socialistas suprimiendo el derecho de reunión y asociación, prohibiendo la existencia de dicho partido y aprisionando o desterrando a sus jefes. Sin embargo, astutamente, pudo vislumbrar la necesidad de ir al fondo de los problemas, ahí donde radicaban las necesidades obreras nació la idea de crear los seguros sociales, cuya paternidad histórica se le adjudica por tal motivo.

Ya en 1872, se había producido la declaración del Congreso de Eisenach cuyo triunfo habría de inspirar en gran parte la política social europea. Los sostenedores de esta escuela llamada socialismo de cátedra, proporcionaban con sus principios, sustento doctrinario suficiente a las medidas que se proponía aplicar Bismarck.

El canciller planteó los fundamentos de su política social de seguros sociales en su célebre mensaje al Reichstag de 17 de noviembre de 1881, y a base de esas ideas fue haciendo aprobar las siguientes leyes: a) Seguro Social Obligatorio de las Enfermedades, el 15 de junio de 1883, en beneficio de los trabajadores de la industria administrado por mutualidades ya existentes; b) Seguro Social de los Accidentes del Trabajo, el 6 de julio de 1884, cuya administración se confió a las asociaciones de empleadores; c) Seguro Social de Invalidez y Vejez, el 22 de junio de 1889, que administraban las autoridades provinciales.

Tanto los trabajadores como los empleadores y el Estado desempeñaban un papel y tenían voz en la dirección del régimen en su conjunto. El seguro social se financiaba mediante cotizaciones. La afiliación era obligatoria para todos los asalariados a los que estaba destinado; hombres y mujeres, jóvenes y ancianos, calificados y no calificados, sin considerar el estado de salud⁸.

Resulta natural que la seguridad social haya empezado con la prestación de servicio médico-asistencial, pues para cualquier familia, la enfermedad representa un elemento desestabilizador tanto por lo imprevisto como por la posible gravedad y las repercusiones económicas del tratamiento. Así como de las posibles mínusvalías resultantes. Por lo que desde 1883 la seguridad social ha sido ingrediente decisivo en la estabilidad económica⁹.

⁸ O.I.T., Introducción a la Seguridad Social, Ginebra, Suiza, OIT, 1984, p 4

⁹ Kumate Rodríguez, Jesús. La Seguridad Social y el Estado Moderno, México, D.F., IMSS, F.C.E., ISSSTE, 1992 .p.281

1.2 PRIMERA Y SEGUNDA GUERRAS MUNDIALES, COMO FACTORES DETERMINANTES EN EL DESARROLLO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

A partir de que concluye la Primer Guerra Mundial (1914-1917), con distintos matices y en diferentes tiempos, en su mayoría los países han adoptado la solución alemana de fines del siglo XIX, explicada en el punto anterior, de establecer sistemas de seguros sociales en un intento por aliviar los problemas de desvalimiento.

Estas leyes que fueron el punto de partida de los seguros sociales modernos no experimentaron modificaciones substanciales, y su evolución hasta la época de la Primer Guerra Mundial miró más bien a la ampliación de algunos nuevos beneficios. Así, el seguro contra la enfermedad de 1883 había sido establecido solamente para los trabajadores industriales; en 1911 y en 1913 se agregaron a este beneficio los trabajadores agrícolas y los empleados de comercio, respectivamente. Asimismo, en 1911 se contempló la ayuda a viudas y huérfanos de trabajadores asegurados.

El Pacto de la Sociedad de Naciones, en Versalles, inserta principios de la seguridad social establecidos en la consolidación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), a cuyo cargo esta la difusión de la legislación laboral internacional¹⁰.

En los veinticinco años siguientes ocurren tres hechos que van a cambiar totalmente la forma de analizar y observar los seguros sociales, y que dan pasos decisivos para el surgimiento de la seguridad social:¹¹ a) En 1929 y hasta 1933, la economía

¹⁰ O.I.T. Introducción a la ... Op.Cit. p.7

¹¹ Miranda Gutiérrez, Guido, Retos y Perspectivas de la Seguridad Social. Costa Rica, CISS, 1989, p.357

mundial cayó ocasionado una depresión económica mundial, mostrando la fragilidad del ser humano con respecto al infortunio y la pobreza pues hubo quienes al perder su trabajo, poco a poco perdieron su patrimonio hasta transformarse en víctimas de esa penosa "crisis del 29" como comunmente se le conoce; b) La Segunda Guerra Mundial destruye nuevamente la economía y en consecuencia genera un nuevo período de minusvalía física y social de las naciones europeas y de otras partes del mundo. Gran Bretaña en especial, produce una importante respuesta a esta situación. Cuando el Parlamento Inglés aprueba el Plan Beveridge, que establece atención médica gratuita, prestaciones económicas y programas sociales de aplicación universal; c) La crisis social y política que produce la Segunda Guerra Mundial genera un movimiento reivindicador del ser humano y los países se congregan en una nueva organización: las Naciones Unidas.

1.2.1 EL INFORME BEVERIDGE.

Cabe detenerse a analizar los dos últimos puntos anteriormente señalados, debido a la importancia que revisten para la comprensión de la evolución de la seguridad social, así como para entender y valorar ampliamente su aportación.

De esta manera, en 1941, bajo circunstancias de guerra, el Gobierno británico constituyó una Comisión Interministerial encargada de proceder a un examen general de los sistemas de seguros sociales y de los servicios anexos, en escala nacional, comprendiendo los accidentes de trabajo y debiendo presentar recomendaciones en orden a la mejora de tal régimen.

La presidencia de dicha Comisión recayó en William Beveridge, de basta experiencia en los asuntos sociales, además de relevantes condiciones científicas en la materia y numerosas obras sobre asuntos obreros y sociales.

Para el 20 de noviembre de 1942 fue presentado dicho informe, el cual conoció la luz pública el primero de diciembre siguiente. En su parte crítica el Informe Beveridge destaca las dos principales características de la legislación social británica: la insuficiencia y la complejidad.

Pero en su parte constructiva, perfila dos caminos principales para obtener mayor justicia social: primero, la unificación de sistemas e instituciones y segundo, extender el campo de los beneficiados. Este Informe Beveridge lo hizo constar de tres partes: a) programa completo de prestaciones en dinero; b) sistema general de subsidios infantiles, y c) plan general de cuidados médicos para todo el mundo, que fue finalmente establecido como Servicio Nacional de Salud en 1948 ¹².

El Informe Beveridge es considerado como la Carta de la Seguridad Social Contemporánea y, provocó un movimiento político-social de tal magnitud que, traspasando las fronteras de su propio país, hizo impacto en el campo internacional y en la línea programática sostenida por los aliados de la Segunda Guerra Mundial.

La opinión pública británica, especialmente la de la clase obrera, hizo suyo el pensamiento de Beveridge y el Gobierno debió usar de todos sus medios para hacer presente que el peso de la guerra y la complejidad técnica del problema no aconsejaban aplicar integralmente las conclusiones del Informe en forma tan repentina e inmediata.

Sin embargo, dicho informe sirvió como punto de partida a una amplia reforma legal que ha colocado a la política social británica en la vanguardia de las realizaciones de Seguridad Social: La ley de 15 de junio de 1945, sobre Asignaciones Familiares; la del 26 de julio de 1946, sobre Accidentes del Trabajo; la del primero de agosto de 1946, sobre Seguros Sociales; la del 6 de noviembre de 1946, que creó el Servicio

¹² Narro Robles, José, et al., La Seguridad Social y el Estado Moderno. Op. Cit., p.303

Nacional de Salud, y la del 13 de mayo de 1948 que organizó y unificó los Servicios de Asistencia y Previsión Social de Inglaterra, país de Gales y Escocia.

El viejo sistema Inglés de cubrir sólo algunos de los riesgos sociales y únicamente en beneficio de reducidos grupos ciudadanos, especialmente de trabajadores subordinados, fue sustituido por una amplia Organización Nacional de Seguridad Social, unificada y completa, que atiende a todos los ciudadanos necesitados. En otras palabras, este plan cubre a toda la población y se financia del presupuesto nacional. Fue diseñado para atender la mayor parte de las necesidades del individuo y su familia cualquiera que fuera su calificación, con prestaciones que antes sólo disfrutaban los asalariados¹³.

1.2.2 NACIONES UNIDAS.

De esta manera, llegamos a La Segunda Guerra Mundial (1939-1945) la cual condujo al triunfo de una nueva concepción de la Seguridad Social. Así, el 12 de agosto de 1941 fue firmada la Carta del Atlántico por Roosevelt y Churchill, éste último influido por Beveridge, introdujo en esta Carta los puntos 5 y 6, relacionados con la Seguridad Social.

El punto 5 comprometía a los aliados a luchar por "establecer la colaboración más completa entre todas las naciones en el dominio económico a fin de asegurar a todos mejores condiciones de trabajo, una situación económica más favorable y la Seguridad Social".

En cuanto al punto sexto, este obligaba al "establecimiento de una paz que garantice a todas las naciones los medios de vivir en seguridad en el interior de sus propias

¹³ Bowen, Alfredo, *Op. Cit.* p.75

fronteras y que proporcione a los habitantes de todos los países la seguridad de poder terminar sus días al abrigo del temor y de la necesidad".

El eco que estas ideas tuvieron en todo el mundo puede probarse con la actitud de la Conferencia Internacional que llevó a cabo la Organización Internacional del Trabajo en plena guerra, en la ciudad de Nueva York, en octubre y noviembre de 1941. En ella se aprobaron resoluciones apoyando la Carta del Atlántico y la reconstrucción de posguerra sobre la base de la Seguridad Social¹⁴.

Se crea entonces una nueva Organización de Naciones Unidas dentro de la cual aprueban un Código ético que suscriben todos sus miembros. Esta es "La Carta Fundamental de los Derechos del Hombre", la cual en su artículo 22¹⁵, establece el Derecho a la Seguridad Social y, en su artículo 25¹⁶ a la Asistencia Médica y a otras condiciones que garanticen el bienestar y la dignidad del ser humano y su familia.

El término Seguridad Social cobró así importancia ante el mundo y las Naciones Unidas lo definieron como uno de sus objetivos básicos¹⁷. A partir del primer año de la Segunda Guerra Mundial se desarrolló un importante movimiento internacional pro-legislaciones de Seguridad Social.

De la historia mundial una de las manifestaciones más geniales es La Declaración Universal de los Derechos del Hombre. Ante todo, por expresar las prerrogativas que

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ Artículo 22 "Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad"

¹⁶ Artículo 25 "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales"

¹⁷ Lombera Pallares, Enrique, et al. Progresión y avances de la Seguridad Social en América. México D.F., CIESS-IMSS, 1980. p 37-38

deben reconocerse a toda persona sólo por el hecho de serlo, y enseguida porque constituye testimonio irrefutable de que con buena voluntad y rectitud de intención, por encima de diferencias ideológicas, se puede alcanzar la unidad en puntos fundamentales como supuesto imprescindible para alcanzar la convivencia.

Las naciones signatarias de la Declaración, no obstante las grandes diferencias que entre ellas existían, coincidieron en el preámbulo y en todo su articulado, en hacer patente la convicción respecto a la urgencia de lograr transformaciones que permitieran a los hombres una vida digna en todas sus dimensiones ¹⁸.

Después de finalizada esta guerra, el número de países que contaban con régimen de Seguridad Social aumentó en forma pronunciada, pues su implantación era un elemento importante en todos los programas de reconstrucción y una de las cosas que más vivamente interesaban a los más de sesenta países que durante ese período se independizaron.

La protección internacional de los Derechos Sociales es un producto reciente de la institucionalización de las relaciones entre los Estados, que han consolidado los lineamientos generales de esos derechos consagrados en las ordenes nacionales. Los Derechos Sociales son, según la concepción tradicional del derecho internacional, reconocimiento de tales ordenes y no creaciones de los tratados celebrados entre los Estados soberanos. Esta concepción explica, por lo tanto, el mayor desarrollo inicial del derecho interno en contraste con el derecho internacional en esta materia ¹⁹.

Alemania fue el país en donde gradualmente se promulgaron las leyes que establecían lo que se convertiría en el Seguro Social obligatorio clásico, en esos inicios se plantearon estrategias de atención exclusiva para los trabajadores.

¹⁸ *Ibid.* p167

¹⁹ Tamburi, Geovanny, *Reflexiones Irreverentes sobre la Seguridad Social en América*. Costa Rica. CISS, 1989. p 5.

Aparentemente la protección se encaminaba al trabajador, el sentido social que tiene el trabajo se concibe como el recurso natural del hombre para subsistir y medio idóneo del cual dispone para integrarse a la sociedad. Esto se justifica en un sólo sentido, el considerar que todos los hombres tendrán trabajo y relación con un patrón por lo tanto fácilmente sujetos de organización ²⁰.

Por su contemporaneidad permanente y humanística recordemos tres factores: primero, que se implante la justicia en lugar de la fuerza como arbitro entre las naciones. Segundo, tiene que existir una oportunidad razonable para realizar trabajo productivo para cada individuo, en lugar de la desocupación. Tercero, tiene que existir la seguridad de que se tendrán ingresos suficientes para afrontar la indigencia cuando no se pueda trabajar.²¹

1.3 HACIA UNA CONCEPTUALIZACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

La importancia que este tema reviste a nivel internacional, hace necesaria una diferenciación en los términos "seguro social" y "seguridad social" pues a menudo se usan como sinónimos, pero desde el punto de vista técnico connotan conceptos diferentes. Sin embargo, la Seguridad Social presenta numerosos problemas para definirla, ya que la expresión tiene un significado más amplio en algunos países que en otros, y para algunos autores más que otros; de hecho no existe una definición de la seguridad social, sino muchas, de manera general, pero tomando lo esencial podemos definirla como "la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que de otra manera derivarían en la desaparición o en una fuerte reducción de sus ingresos como consecuencia de enfermedad, maternidad, accidente de

²⁰ *Ibid.* p. 4

²¹ O.I.T. *Op. Cit.* p. 3

trabajo o enfermedad profesional, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos"²² Que es como la define el Convenio número 102 sobre seguridad social (norma mínima) de 1952, O.I.T. aceptada por los países latinoamericanos.²³

De la anterior definición podemos sobresaltar dos enfoques: a) desde el punto de vista de la ciencia jurídica y, b) como política social; a) Como ciencia jurídica, reconoce a todo ser humano el derecho a los bienes indispensables para prevenir sus contingencias sociales y cubrir sus efectos y que regulan las instituciones requeridas para ello; b) Como política social, atendiendo a la distribución de las rentas que resultan del mecanismo económico a fin de adaptar los recursos de cada individuo y de cada familia a sus necesidades.

De esta manera, la Seguridad Social protege por lo general a casi toda la población contra todos los riesgos sociales; depende de una gran diversidad de recursos financieros; otorga beneficios más uniformes y unifica los servicios en una organización que integra o coordina los diversos programas (incluida la asistencia pública).

Con las especificaciones antedichas podemos comprender que la definición proporcionada rebasa el término de Seguro Social, pues se pretende cubrir al ser humano como tal ante contingencias y no solamente como trabajador.

El Seguro Social entonces, tiende a limitar su cobertura a la fuerza de trabajo asalariada y a algunos de sus dependientes; se financia con contribuciones de los asegurados y los empleadores (y a menudo también del Estado); otorga beneficios relacionados por lo menos en parte con tales aportaciones, y se organiza en programas diferentes (a veces separados), cada uno de ellos referente a un riesgo

²² Burgoa, Santos, La Seguridad Social y el Estado, Op Cit p.303

²³ El concepto de la seguridad social así determinado, nació de la definición más limitada del seguro social formulada a principios de siglo.

social (el bienestar social o la asistencia pública se organiza normalmente en programas separados).²⁴

1.3.1 PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

Así, los principios que caracterizan a la Seguridad Social, que no se inscriben en ninguna ley pero que constituyen los basamentos lógicos de las diferentes normas deducidas de estos cuya validez emana del hecho de que todo sistema jurídico se basa en ellos tenemos que estos principios universalmente aceptados del Derecho a la Seguridad Social son cinco:²⁵

Primero: el principio de la UNIVERSALIDAD que es la esencia del concepto moderno de Seguridad Social, asumido como el anhelo de proteger a la población en su conjunto.

Segundo: el principio de la UNIDAD. Esta característica mira propiamente el sentido orgánico y estructural que debe tener la Seguridad Social en el aspecto completo que abarca, con sus derechos, obligaciones e instituciones, entendido éste en lo que se refiere a la armonización de las contingencias cubiertas por las diversas instituciones gestoras de la Seguridad Social.

Tercero: el principio de SOLIDARIDAD, implica el reconocer la obligación de todos a cooperar al cumplimiento de sus postulados y objetivos en cada hombre que lo requiera.

²⁴ Motezuma Barragán, Op. Cit. p. 30

²⁵ Bowen, Alfredo, Op. Cit. p. 30

Cuarto: el principio de INTEGRIDAD, que se refiere al campo de los beneficios y servicios que presta u organiza la Seguridad Social, atendiendo a los niveles preventivo, curativo y sus consecuencias con la debida suficiencia. Y han de abarcar la totalidad de los riesgos sociales tanto en salud como en el aspecto económico, social y cultural.

Quinto: el principio de INTERNACIONALIDAD, desde el punto de vista de la integración económico-social y aún política de los países y continentes enteros, es evidente que los beneficios, derechos y obligaciones e instituciones de Seguridad Social en cada uno de esos países, deberán adecuarse a un sistema unitario internacional, dentro de la respectiva integración para no experimentar trastorno y/o competencia que la harían poco funcional si se han aceptado estos principios, además del de la atención a la salud desde su protección hasta el tratamiento de sus alteraciones, esto implica que un seguro social resulta limitado si no cumple con tales principios. La aceptación de estos principios debe hacerse independientemente de las características de organización de la Seguridad Social. Sin embargo, su integración no es una realidad.

Hemos aceptado con anterioridad que existe una diferencia entre Seguro Social (la institución) y Seguridad Social (el principio), por lo tanto, los servicios de salud se incluyen en lo que es el principio de la Seguridad Social. Pese a esta distinción, encontramos en la presente investigación que todas las bibliografías consultadas se refieren al primer concepto con características que le son comunes al segundo y además, que se les nombra a una y a otra como sinónimos, a pesar de las diferencias ya mencionadas.

Desde una perspectiva amplia de la Seguridad Social, los sistemas de Seguridad Social funcionan como un mecanismo que capta recursos económicos, tecnológicos y humanos canalizándolos hacia las áreas donde se brindan servicios y prestaciones encaminadas a subsanar el estado de necesidad del hombre. Dichos sistemas,

provistos de una legislación específica y adecuada, permiten al Estado regular y orientar las actividades y recursos de los beneficios que dispensan. El propósito es adaptar el Derecho de la Seguridad Social a la realidad que requiere ser enmarcada en espacios geopolíticos cuyas circunstancias, de orden político y económico fundamental, condicionan el desarrollo de la Seguridad Social en cada Estado.

1.4 LA CREACION DE ORGANISMOS INTERNACIONALES PARA EL DESARROLLO MUNDIAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

A partir de la década de los años cincuenta, la creación y fundación de las instituciones de Seguridad Social se dio horizontal y verticalmente en el mundo entero de manera vertiginosa, lo que creó la imagen de que la consolidación de principios ya no admitía discusión, cuando en realidad en muchos casos fue una consecuencia del crecimiento económico que fue muy positivo en el Hemisferio Occidental.

Asimismo y apegada a esta tendencia (aunque empezó un poco antes, a mediados de los cuarenta) surgen organizaciones internacionales de todo tipo y de muchas especialidades. Se crean también organismos internacionales que de alguna forma se relacionan con la Seguridad Social.

Con lo antes mencionado podemos entonces citar: Primero, a organismos del sistema de Naciones Unidas tales como la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.), la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), la Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (F.A.O.) y la Organización de Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (U.N.E.S.C.O.), las cuales tienen programas vinculados de una u otra forma con la Seguridad Social. Segundo: a organismos internacionales cuyos objetivos no son específicamente la Seguridad

Social pero que cuentan con programas en esta materia que se realizan en la región americana como son la Organización de Estados Americanos (O.E.A) y la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.). Y por último, los organismos cuyo objetivo principal es el desarrollo de la Seguridad Social tales como la Asociación Internacional de Seguridad Social (A.I.S.S.), la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (O.I.S.S.), la Asociación de Instituciones de Seguridad Social de Centroamerica y Panamá (A.I.S.S.C.A.P.) y por último la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (C.I.S.S.).

De manera general se puede decir que los organismos internacionales promueven el desarrollo de la Seguridad Social para lograr, a través de la coordinación intrasectorial la mayor utilización de recursos.

En este capítulo se ha intentado describir las generalidades que influyen o influyeron en la evolución de la seguridad social en Latinoamérica. Queremos hacer énfasis respecto a que existen diversos factores que determinan su desarrollo tales como el económico y político entre otros.

También se subrayó la diferencia que existe entre los conceptos de seguro social y seguridad social, sin embargo, a pesar de ello, es muy difícil como se verá más adelante el poder diferenciarlos ya que en la práctica no resulta siempre fácil la separación de los dos conceptos, y esto probablemente obedece a que en algunos países se conservan ciertos aspectos del seguro social al mismo tiempo que incluyen algunas características de la seguridad social, incluso, hay algunos países en la región que no han brincado la etapa de seguro social a seguridad social.

Por otra parte, los organismos internacionales especializados en este campo y el sistema de Naciones Unidas intentan promover, divulgar, y en algunas ocasiones realizar acciones concretas para favorecer el desarrollo de la seguridad social en Latinoamérica.

En general, este primer capítulo no aspira más que a dar las bases que nos permitirán entender el desarrollo que sobre el tema que nos ocupa se da en América Latina, el cual es nuestro propósito, entender cómo y porqué se da la crisis de la seguridad social y porqué algunos países han intentado reformas al respecto.

**II. EL DESARROLLO DE LA SEGURIDAD SOCIAL
EN AMERICA LATINA**

La seguridad social ha evolucionado en Latinoamérica a través de cinco siglos. Sus antecedentes pueden remontarse a las culturas precolombinas y a los gobiernos españoles coloniales. Las instituciones modernas florecieron gradualmente en el período republicano y especialmente a partir de 1920. Las nuevas instituciones creadas se sobrepusieron a las ya existentes originando así muchas formas divergentes de protección, ello provocó el que se realizaran marcadas diferencias en los aspectos de cobertura y calidad de la protección que se brindaba a la población contra varios riesgos o contingencias sociales. Por ejemplo, en los países centroamericanos la cobertura de la seguridad social se halla limitada a una parte de la fuerza de trabajo asalariada que vive o en las capitales o en las áreas más pobladas. En el caso de los países en los cuales existe un sistema de seguridad social desde la segunda década de éste siglo como son Chile y Uruguay, la cobertura se extiende comúnmente a toda la fuerza de trabajo y a la mayoría de la población, pero existen diferentes grados y calidades de la protección según los diferentes segmentos de la fuerza de trabajo. Por otra parte, se puede observar también que hay países del tipo de México y Perú en los cuales el sistema de seguridad social ha comenzado a expandirse a las áreas rurales, pero en los que aún subsisten diferencias muy marcadas en cuanto a protección entre los segmentos de la fuerza de trabajo y las regiones geográficas.

Por otro lado, las fuerzas que han determinado esta forma de evolución tienen diversas explicaciones: la posición tradicional descansa en la respuesta a razones humanísticas: la sociedad adopta la seguridad social para ayudar al trabajador afectado por un riesgo social, este es haber perdido su fuente de ingresos. Desde otra perspectiva, ella es considerada como un mecanismo de redistribución de ingreso y de ayuda al necesitado. Otra más lo alude a la difusión como causa principal de la adopción de la seguridad social, es decir a la influencia de organizaciones internacionales que apoyan tales programas (Organización Internacional del Trabajo, por ejemplo).

Dentro de este mismo orden de ideas, algunos analistas han señalado fuerzas ideosincráticas: un presidente o un alto funcionario gubernamental que, deseando expandir con ello el prestigio y el poder de la nación o el propio, ha introducido en forma paternalista la seguridad social ya sea para ayudar al necesitado o para evitar la lucha social. Aunque estas interpretaciones pueden ser ciertas en determinado lugar y tiempo no revelan las fuerzas que subyacen a la adopción universal de la seguridad social a través de la historia.

Otra explicación trata el fenómeno como un producto de la estructura socioeconómica y política. La seguridad social es por tanto el resultado del proceso de industrialización, de urbanización y modernización que socava los medios privados tradicionales de protección (la familia, la corporación, el gremio), requiriéndose entonces el concurso de los medios de protección públicos para reducir la inquietud o agitación social. Los factores administrativos, pueden ser cruciales en la decisión de quiénes son los primeros beneficiarios de la protección. Por ejemplo, resulta más fácil y más barato proteger a los asalariados urbanos que a los campesinos o a los trabajadores independientes. Las razones económicas, que impulsarían la adopción de la seguridad social serían: los incrementos de la productividad del trabajo, los incentivos para generar ciertas capacidades en el mercado de mano de obra, la provisión de un ingreso mínimo al desocupado para ayudar a romper una recesión o evitar una depresión económica garantizando un nivel estable de demanda y de consumo. Desde el punto de vista político, la seguridad social es vista como la consecuencia del poder que los grupos de presión tienen para obtener concesiones del Estado o como un instrumento estatal para neutralizar y cooptar a tales grupos, evitar los conflictos agudos y conservar la estabilidad política.

El comienzo de la seguridad social en América Latina puede explicarse entonces como resultado de la estructura económica y sociopolítica en la que los grupos de

presión parecen jugar un papel importante en tal adopción. "La estratificación de la seguridad social es un reflejo de la estratificación global de la sociedad y que los grupos de presión son el lazo de unión entre ambas."¹

El papel de la estructura ocupacional ha sido determinante en la adquisición de beneficios y de las desigualdades. Cuanto más alta la ocupación en la escala, mayor la retribución (salarios y beneficios) que se recibe de la sociedad. La seguridad social entonces puede ser vista como parte de una recompensa que una sociedad proporciona a sus miembros de acuerdo con criterios establecidos basados en la ocupación, la capacitación laboral, el status, el poder militar, etc.²

Aquellos que quedan sin protección al sistema de seguridad social son tanto los ricos: grandes empresarios, financistas, rentistas, como los subgrupos de la fuerza de trabajo desprovistos de poder por carecer de capacitación, hallarse muy dispersos, es decir, no estar organizados, trabajar en sectores económicos que no son estratégicamente importantes como el servicio doméstico y los trabajadores independientes e indígenas.

Los no asegurados abarcan algunos grupos humanos tales como vendedores ambulantes, pequeños artesanos, etc. Pero la gran mayoría de trabajadores no asegurados está concentrada en el sector rural y compuesta por campesinos e indígenas. El desocupado, que con frecuencia constituye un gran segmento de la fuerza de trabajo, es también un no asegurado.

Teniendo estas consideraciones en mente, podemos entonces describir la evolución histórica que sobre el tema se dio en América Latina.

¹ Mesa-Lago, Carmelo, Modelos de la Seguridad Social en América Latina Argentina, Ed. Siap-Planteos, 1977.

p. 23

² Idem

2.1 PROCESO HISTÓRICO.

La evolución de los sistemas de seguridad social en Latinoamérica han tomado dos formas principales. Aunque la mayoría de los problemas que los sistemas encaran ahora son comunes a toda la región, su importancia relativa depende de la antigüedad de cada sistema, de su propia evolución y de la evolución de la economía nacional.

Para sustentar tal propósito, nos respaldaremos en los dedicados y brillantes estudios que el doctor Carmelo Mesa-Lago a realizado en éste aspecto. Apoyándonos en el reconocimiento internacional y la aceptación que sus diversos análisis tienen en el mundo y principalmente en nuestro continente, retomamos la clasificación que hace respecto a la evolución del tema que tratamos, a saber:³

a) Los países pioneros.

Se consideran países pioneros, a los que en ese momento eran los más desarrollados y se ubican geográficamente en el Cono Sur de nuestro continente, ellos son Chile, Uruguay, Argentina y Brasil además de Cuba como excepción. "Comenzaron desde la década de 1920 pero de manera gradual y fragmentada, dando lugar a una multiplicidad de instituciones gestoras que protegían a diferentes grupos ocupacionales a través de subsistemas independientes con su propia legislación, administración, financiamiento y prestaciones. El Estado contribuyó al financiamiento de esos subsistemas mediante la creación de impuestos específicos o el apoyo directo de presupuesto.

³ El doctor Carmelo Mesa-Lago ha realizado desde hace 30 años aproximadamente estudios comparativos de seguridad social en varios países latinoamericanos. Es autor de varias obras que analizan el comenzo y el desarrollo de la seguridad social en América Latina

Estos subsistemas incorporaron progresivamente a grupos ocupacionales o sectores laborales más amplios, así como a sus dependientes pero, generalmente, con prestaciones más frugales y condiciones de adquisición de derecho más exigentes. El proceso de aparición de los subsistemas fue aproximadamente como sigue: primero fuerzas armadas, empleados públicos y maestros; después empleados y obreros de transporte, energía, bancos, comunicaciones y otros servicios públicos; mucho más tarde la masa de empleados y obreros urbanos; y por último, trabajadores agrícolas y por cuenta propia (independientes), pequeños granjeros y empresarios, y servidores domésticos. Este tipo de evolución resultó en una seguridad social estratificada ya que ésta asumió una estructura piramidal con grupos relativamente pequeños de asegurados protegidos por subsistemas privilegiados en el ápice y el centro, y la mayoría de la población con subsistemas más pobres de protección en la base."⁴

Esta primera etapa cumplió con el surgimiento de cajas aisladas que cubrían las contingencias de vejez y sobrevivencia, en algunas ocasiones mediante un sistema unitario y en otras, con pluralidad de instituciones destinadas a grupos organizados en sindicatos, o bien, de reconocida fuerza económica y/o de profundo arraigo político.

"Las dos principales fuerzas impulsoras de ese fenómeno son los grupos de presión y el Estado. Estos grupos basan su poder en la tenencia de las armas, la administración del gobierno, la escasez de sus calificaciones en el mercado laboral y la organización sindical, y ejercen su presión sobre el Estado -a veces aliados con partidos políticos- para obtener concesiones de seguridad social."⁵ Ambos aspectos se hallan íntimamente relacionados. Una variedad de grupos de presión con poderes diferentes constituyen el factor predominante del comienzo histórico en

⁴ Almansa Pastor, José, El Derecho a la Seguridad Social del Futuro. Madrid, España. CISS, 1989, p. 5

⁵ Carranza, José Antonio, Las Prestaciones Sociales ante la crisis. México, D.F. CISS, 1983, p 6

Latinoamérica de un sistema de seguridad social estratificado y de que tal sistema, genere desigualdades notables en la distribución de sus servicios.

Esta forma de interrelación puede explicarse de la siguiente manera: "a mayor poder del grupo de presión, generalmente éste recibe cobertura más temprana y completa, prestaciones más generosas y medios de financiamiento más ventajosas. El Estado puede no ser un simple receptor de presiones de grupos sino también ejercer su iniciativa utilizando la seguridad social como instrumento para cooptar, neutralizar y controlar a dichos grupos a fin de mantener un determinado orden social. Este predominio del papel de los grupos de presión es típica de los sistemas políticos populistas y democrático-populistas como los de Chile y Uruguay sobre todo, durante las primeras siete décadas del siglo XX. La evolución con predominio del rol del Estado es más representativa en sistemas políticos también populistas pero autoritarios con corte corporativista como los de Brasil bajo Getulio Vargas y Argentina bajo Juan Perón. En la práctica ambas fuerzas (los grupos de presión y el Estado) funcionaron entrelazados en ambos tipos de sistemas políticos siendo a veces difícil determinar cual era la predominante." ⁶

Esta fase de la seguridad social latinoamericana, se caracterizó, además, por la gran influencia europea recibida, en ella se establecieron los primeros regímenes discriminatorios, sin ningún plan o programa nacional definido, concretándose exclusivamente a impulsos orientados a la satisfacción de las demandas y consecución de aspiraciones de los grupos privilegiados, con independencia de la idea del progreso común y el beneficio colectivo.

Por lo tanto, en el año de 1924, Chile implantó un régimen de seguros sociales para los obreros, lo que significó un avance revolucionario, tomando en cuenta la incipiente industrialización que en esa época existía y en consecuencia la clase obrera no se consideraba como grupo de presión en virtud de su poca comunicación

⁶ J.R., Hicks, La estructura Social Una Introducción a la Economía, México, D.F. FCE, 1987, p. 119

y dispersión, además de la falta de conocimiento de las leyes y ordenamientos que le eran de utilidad. En ese mismo país, se creó también por primera vez, un régimen que además de cubrir los riesgos de invalidez, vejez y muerte, protegía los de enfermedad y maternidad.

En suma, se puede señalar, que a medida en que se dio el desarrollo económico, y que progresaban en su forma y estructura la movilización política en éstos países, los sectores de la población que no tenían ningún sistema de cobertura se organizaron políticamente para adquirir alguno e incluso alcanzar o igualar prestaciones que tuviesen algunos otros empleados. Sin embargo, el costo del proceso de universalización de la cobertura y las prestaciones otorgadas (algunos opinan que hasta exorbitantes) llegó hacerse tan abundante que provocó el desequilibrio financiero en muchos subsistemas.

b) Países intermedios.

Forman parte de éste grupo ,Ecuador, Perú, Panamá, Costa Rica, México, Paraguay y Venezuela, países cuyos sistemas principales se establecen a partir de la década del 40, "influenciados por las nuevas tendencias en la materia que emanaban de la Organización Internacional del Trabajo y del Informe Beveridge, y tratando de evitar los problemas creados en los países pioneros. Algunos de estos países eran entonces relativamente desarrollados (v.r.gr.,México) pero la mayoría tenía un escaso desarrollo industrial y, en prácticamente todos, el sector rural predominaba sobre el urbano. En estos países se creó un instituto gestor general encargado eventualmente de cubrir a toda la población aunque el sistema inicialmente se circunscribió a la capital y principales ciudades."⁷

⁷ Ruezga Barba, Antonio, Enfoque Sistémico de la Administración de la Seguridad Social Latinoamericana, México D.F., CIESS, Secretaría General, 1993 p. 7

La política de esta etapa se distinguió por la generalidad de protección que persiguió en los regímenes, comprendiendo a la totalidad de los asalariados con algunas excepciones como los trabajadores agrícolas. Por otra parte, se incluyeron en las leyes de seguros sociales, las ramas de maternidad y enfermedad, lo que trajo implícito la disyuntiva de contar con recursos materiales propios para proporcionar el servicio, que significaban fuertes erogaciones iniciales o bien, derivar el otorgamiento de los servicios a unidades contratadas, procedimientos de gran aceptación en Europa.

La planeación de las instituciones acorde a la legislación de implantación se hizo evidente, el financiamiento de los regímenes se sujeto a bases y estudios actuariales y las prestaciones guardaron íntima unión con bases realistas, desplazándose las fijadas arbitrariamente o por mero capricho; la necesidad de armonizar y lograr productividad en los recursos materiales y humanos institucionales para la mejor impartición de los servicios médicos, motivó que se formularan métodos eficaces de selección de personal tanto médico, paramédico y administrativo, así como el empleo de procedimientos de coordinación con otras áreas de beneficio colectivo. En síntesis, el mejoramiento de los regímenes de seguridad social se hizo notorio.-

Además, la politización y toma de conciencia del sector obrero, orilló al Estado a disponer reformas sociales más objetivas, pero sobre todo, que abarcaran a los asalariados. Por otra parte, en algunos regímenes se introdujo la rama de riesgos de trabajo con financiamiento a cargo exclusivo del empresario y las asignaciones familiares, orientándolas únicamente a ciertos grupos.

Sin embargo, en algunos países existía ya una institución gestora de una serie de instituciones de seguridad social que protegía a grupos específicos como fuerzas armadas, empleados públicos, maestros, los trabajadores de ferrocarriles y energía, estos países eran: Colombia, Costa Rica, México, Paraguay, Perú, Venezuela. No obstante en algunos países, después de la creación del instituto gestor general se

hicieron excepciones con la intención de crear subsistemas separados para ciertos grupos casi siempre del sector público, esto sucedió en México y Costa Rica por ejemplo. Pero, éstos grupos generalmente son pocos y representan con excepción de las fuerzas armadas y empleados públicos, un porcentaje pequeño en relación con la proporción cubierta por el instituto gestor general.

Debido a la aparición más tardía de la seguridad social en este segundo grupo, así como a su unidad y uniformidad relativas, y a su cobertura más baja de riesgos y población, estos sistemas, por lo general no van a afrontar problemas administrativos y financieros hasta la década de los 80. Sin embargo Costa Rica empezó a tenerlos desde la década de los 70.

c) Países tardíos

En este grupo la seguridad social no aparece generalmente hasta las décadas del 50 y del 60, sus sistemas fueron los últimos en aparecer en la región y son relativamente más unificados y uniformes que los del grupo intermedio. "Dentro de éste grupo deben distinguirse dos subgrupos: Los países latinoamericanos menos desarrollados y los países del Caribe de habla inglesa.

En el primer subgrupo están los países de centroamérica (excluyendo a Costa Rica y Panamá) y el Caribe latino. El instituto general prácticamente cubre a todos los asegurados (exceptuando las fuerzas armadas y en algunos casos los empleados públicos), la cobertura de la población es menor, las prestaciones son más pobres, las condiciones de adquisición más estrictas y las poblaciones aún más jóvenes que los países del grupo intermedio."⁸ Por estas razones la crisis económica del decenio pasado no afectó profundamente a sus sistemas.

⁸ Mesa-Lago, Carmelo, El Desarrollo de la Seguridad Social en América Latina, Santiago de Chile, CEPAL, 1985, p. 192

"Los países del Caribe de habla inglesa obtuvieron su independencia en las décadas de 1960 y 1970, pero ya antes gozaban de un sistema nacional de salud tomado del modelo británico. Entre los años sesenta y setenta, ya lograda su independencia, establecieron programas de seguro social que alcanzaron rápidamente una cobertura universal en el decenio pasado. Estos sistemas son altamente unificados y uniformes."⁹

El procedimiento de extensión gradual de los regímenes de seguridad social, que algunos países adoptaron en la segunda etapa, influyó notablemente a las instituciones de esta época, lo que en algunos casos resultó con aspectos negativos ya que a través del tiempo no ha mejorado su campo de aplicación, conservando su estructuración original y sufriendo un grave estancamiento.

El seguro de riesgos de trabajo adquirió fuerza y se sintió el esfuerzo de algunos países, por introducir y hacer partícipes del sistema a los trabajadores del campo. El seguro clásico del Continente Europeo continuó a la vanguardia inspirando a las naciones americanas; aparecieron entonces tímidos indicios de crear el seguro de desempleo en Chile y Uruguay; aumentaron, aunque no ampliamente, los regímenes de asignaciones familiares en Bolivia, Chile, Argentina, Colombia y Uruguay.

2.2 FINANCIAMIENTO.

Casi en todos los países los sistemas de seguridad social constituyen un conjunto complejo de programas, beneficios, leyes y métodos contables variables que confunden y desconciertan a cualquier observador que no sea un especialista muy dedicado al tema, es decir, que tantas técnicas actuariales son normalmente no entendibles para las personas que no son especialistas en el tema. Este capítulo

⁹ Mesa-Lago, Carmelo, La Seguridad Social en América Latina, Washington, D.C. USA, CIESS, 1991, p. 99

tendrá entonces, que restringirse a la descripción, sólo como una introducción para poder entender el financiamiento que la seguridad social tiene en América Latina, como un paso preliminar mínimo que nos ayudará a entender los problemas financieros actuales.

Para empezar un régimen de seguridad social debe garantizar que estará en condiciones de pagar las prestaciones que promete cuando deba hacerlo. Lo anterior es aplicable a un régimen establecido por ley o para uno fundado voluntariamente.

El costo de un régimen de seguridad social es la suma de las prestaciones que paga y de sus gastos administrativos y oscila de año en año por los diversos factores que más adelante se mencionan. El problema fundamental de la financiación es cómo recaudar los fondos necesarios a fin de poder efectuar los pagos en el momento que corresponda; los recursos deben recaudarse de una manera regular y sistemática, pero los beneficiarios adquieren el derecho a las prestaciones en fechas muchas veces imprevisibles, escalonadas, a intervalos irregulares y por periodos que a menudo tampoco se conocen de antemano.

Otro aspecto no menos importante es el decidir cómo se reunirán los fondos, es decir, si provendrán del producto de los impuestos o bien de cotizaciones que se cobrarán a las personas protegidas y, a los trabajadores asalariados, y a sus empleadores.

Los regímenes que cubren a todos los residentes y los de asistencia social se costean mediante impuestos, calculándose la carga impositiva de modo que lo recaudado sea suficiente para hacer frente a los gastos previstos. Los regímenes destinados a grupos limitados de trabajadores, como los planes de pensiones de las empresas, deben financiarse mediante cotizaciones.

Las cajas de previsión se sufragan mediante cotizaciones, recibiendo cada miembro el total de las acreditadas en su cuenta pagadas por él mismo, o bien en su nombre por su empleador. Ahora bien, en los regímenes del tipo de seguro social son posibles muchos métodos de financiamiento, cada uno de los cuales puede defenderse con diferentes argumentos. De ahí, que las consideraciones que siguen son aplicables principalmente a estos últimos regímenes.

Existen factores que influyen en el costo actual y futuro de un régimen, entre ellos encontramos la distribución de la población por grupos de edad, sexo y actividades económicas, que condicionan la incidencia de las contingencias y los períodos durante los cuales hay que pagar las prestaciones. Por otra parte, ciertos riesgos dependen de la índole del medio ambiente del trabajo; otro factor que influye tanto en los gastos administrativos como en las prestaciones es el rigor con que se administre el régimen.¹⁰

Con las consideraciones anteriores podemos entonces diferenciar: a) prestaciones de corta duración, que se pagan por un lapso limitado de tiempo y que rara vez es superior a un año, estas comprenden a las prestaciones monetarias de enfermedad, maternidad, familiares y de desempleo, la asistencia médica y prestaciones en caso de incapacidad temporal derivada de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional; b) las prestaciones de larga duración, que comprenden las prestaciones de vejez, invalidez, sobrevivientes, así como las que paga una rama de accidente de trabajo y enfermedad profesional por incapacidad permanente para el trabajo y a los sobrevivientes a cargo de las víctimas de accidentes y enfermedades mortales. Estas prestaciones se diferencian de las anteriores por la tendencia de su costo, pues las prestaciones de corta duración se estabilizan con relativa rapidez. Las prestaciones de larga duración cada año aporta nuevos pensionados, la mayoría de

¹⁰ O.I.T., Integración Económica Regional y Seguridad Social en Latinoamérica, México D.F., OIT, 1986, p. 196.

los cuales con excepción de los huérfanos, probablemente cobrarán su pensión por el resto de sus días.¹¹

Otro aspecto importante de la financiación es la recaudación de recursos, para ello existen diversos métodos como el de reparto anual,¹² que en el caso concreto de prestaciones de corta duración su método consiste en evaluar año con año dicho costo y recaudar los recursos necesarios para cubrirlo, se reúnen únicamente los fondos necesarios para pagar los gastos previstos, es usual que al estimar el costo se añada una reserva para gastos imprevistos.

Para el caso de prestaciones de larga duración¹³ en términos generales existen dos métodos para financiar un seguro de pensiones de manera que se garantice el equilibrio entre ingresos que son constantes o se incrementen con lentitud, y egresos que aumentan rápidamente. El primero consiste en cubrir la totalidad del costo futuro de las pensiones que se conceden cada año en el año en que se otorgan. En cuanto al segundo método, del cual hay varias modalidades, se basa en la acumulación de capital cuya inversión producirá ingresos adicionales en el futuro.

Otro método del reparto de capitales¹⁴ de cobertura, es muy usado en el seguro de accidente del trabajo y enfermedad profesional, ha sido y sigue siendo la técnica más común para garantizar el pago de las pensiones que pueden tener que otorgarse a causa de incapacidad permanente o muerte.

El método de acumulación de capital¹⁵ que para la financiación de los seguros de pensiones vejez, sobrevivencia e invalidez, se funda en el hecho de que todo

¹¹ Wolfe, Marshall, El Desarrollo Esquivo, México, D.F., FCE, 1976, p. 220

¹² Martínez, Osvaldo et al., Hacia una Propuesta de desarrollo para América Latina, México D.F., UNAM, 1989, p. 125

¹³ Pensiones: Diagnóstico y Medida del Impacto Financiero, en Seguridad Social, número 174 México D.F., 1991, p. 126

¹⁴ Ibid. p. 127

¹⁵ Palmero Zilveti, Olga et al., Financiamiento y Extensión de la Seguridad Social en América Latina, México, D.F., IMSS, 1981 p. 46

régimen de seguro social obligatorio tiene la certeza de que cada año se agregarán a el nuevos cotizantes jóvenes que reemplazarán a quienes se acojan a una pensión en el mismo año, al régimen le basta con que sus ingresos sean corrientes, mas los intereses que devenga sobre sus reservas, sean suficientes en todo momento para cubrir sus gastos corrientes.

Por último el método de la prima escalonada¹⁶ que se sitúa entre el de la prima media general y los dos primeros métodos estudiados. Aquí el monto de los recursos a recaudar se fija en determinado porcentaje del total de las remuneraciones de las personas protegidas de manera tal que se asegure la equivalencia entre egresos e ingresos durante cierto periodo de equilibrio, por ejemplo diez o quince años.

Cuando la suma de los ingresos por concepto de cotizaciones y de intereses sobre las inversiones ya no alcanza para cubrir los gastos, el porcentaje se aumenta lo suficiente para asegurar un nuevo período de equilibrio. Lo normal en éste método es no usar el capital sino los intereses que produce. El método es flexible ya que además da a las autoridades financieras la posibilidad de adaptar gradualmente al desarrollo de la economía nacional el volumen de los recursos que se reúnen con destino al régimen de seguridad social.

Una vez explicados los diversos métodos que se utilizan, es necesario explicar cómo se repartirá entre los distintos sectores de la población la carga que representa. Al respecto la principal diferenciación es entre una financiación basada en el cobro de cotizaciones (es decir, en pagos efectuados por personas protegidas y sus empleadores) y una financiación con fondos públicos provenientes de los ingresos generales del erario o de impuestos especiales cuyo producto se destina a la seguridad social como un impuesto al valor agregado u otro gravamen. Dentro de este rubro existe la cuestión de cómo repartir las cotizaciones entre empleadores y trabajadores, estas pueden ser uniformes o proporcionales a las remuneraciones, y

¹⁶ *Idem*, p. 129

en éste último caso, si van a variar con el monto de estas, lo que puede incluir la fijación de un máximo para las remuneraciones a efectos del pago de cotizaciones.

Una de las formas es la financiación tripartita que fue implantado por Bismarck, se costea mediante cotizaciones de la persona asegurada, el trabajador asalariado en este caso, y de su empleador, a lo que se agrega un subsidio del Estado.

El convenio número 102 para los Estados miembros de la O.I.T.¹⁷ fija un máximo para la contribución que puede exigirse a los asalariados, no más de la mitad deberá estar a cargo de los trabajadores, pero no da prescripciones acerca de cómo debe distribuirse el costo de un régimen, excepto que se ha de evitar imponer una carga demasiado pesada a las personas de pocos recursos económicos y se deberá tener en cuenta la situación económica del Estado como de las personas protegidas.

La financiación por el Estado y los empleadores era el método usado en la ex URSS y algunos países de Europa Oriental y Cuba inclusive; donde las empresas y el Estado soportan la totalidad del costo de la seguridad social, por lo menos en el caso del personal de las empresas propiedad del Estado.

En otros países la seguridad social recibe subsidios del Estado y ello puede revestir varias formas, como un porcentaje fijo de cada pensión concedida, una subvención proporcional a las cotizaciones abonadas por empleadores y trabajadores, un subsidio anual fijo, o simplemente la suma que haga falta en cualquier déficit que se produzca. La seguridad social puede igualmente estar subsidiada en forma indirecta, como cuando un régimen de seguro de enfermedad hace uso de los hospitales del Estado pagando mucho menos del costo real de la asistencia que proporcionan a las personas aseguradas. Otra posibilidad es que el Estado se haga cargo de la totalidad o de una parte considerable del costo de ciertas prestaciones

¹⁷ O.I.T. El Costo de la Seguridad Social. 1984-1986. Ginebra, Suiza. OIT, p. 131, 132

que se consideran de especial importancia para el bienestar social, como las asignaciones familiares, o de gastos del servicio nacional de salud.

En la mayoría de países los gastos por accidente de trabajo y enfermedad profesional corren por cuenta de los empleadores. Los métodos de fijación de las cotizaciones pueden ser: para los asegurados y los aseguradores o empleadores de la misma cantidad por cada asegurado o estar en relación con la remuneración de este. Cuando las cotizaciones son uniformes, lo usual es que las prestaciones también lo sean, este sistema es fácil de administrar, pero no es equitativo ya que representa una gran carga para los que ganan menos.

Después de la amplia descripción anterior, procederemos a analizar como se financia el régimen de seguridad social en Latinoamérica, esta se hace fundamentalmente a través de la cotización sobre el salario de los asegurados. La ley establece porcentajes de cotización a pagar por el asegurado y el empleador y, a menudo por el Estado como contribuidor tripartito además del empleador. El Estado también contribuye al financiamiento mediante impuestos específicos o cubriendo parte o todo el déficit del sistema, o con otros subsidios. En los países en que se cubre a los trabajadores por cuenta propia éstos deben pagar una cotización sobre un ingreso estimado equivalente a la suma de los porcentajes de cotizaciones del asegurado asalariado y su empleador. Los que cubren a todos los residentes y los de asistencia social se costean mediante impuestos, calculándose la carga impositiva de modo que lo recaudado sea suficiente para hacer frente a los gastos previstos. Los regímenes destinados a grupos limitados de trabajadores, como los planes de pensiones de las empresas deben financiarse mediante cotizaciones, pero cobrando éstas antes de que haya que efectuar los pagos a fin de que los eventuales beneficiarios tengan, dentro de lo posible, la seguridad de que en su momento recibirán las prestaciones a que tienen derecho.

Las cajas de previsión, se sufragan mediante cotizaciones, recibiendo cada miembro el total de las acreditadas en su cuenta pagadas por él mismo, o bien en su nombre por su que pagar una cotización sobre sus pensiones. Otra fuente de financiamiento es el producto de las inversiones de los fondos de reserva especialmente el de pensiones.

De acuerdo con la ley, por lo tanto, la fuente principal de financiamiento de la seguridad social es la cotización del empleador que representa más de dos tercios del porcentaje de cotización global en doce países.

El financiamiento del seguro social en América Latina se realiza fundamentalmente a través de contribuciones sobre la nómina salarial, que se fijan como porcentajes que pagan el asegurado y el empleador, y en algunos casos el Estado. Una tercera fuente de financiamiento es el producto de la inversión de los fondos de reserva.

"La estabilidad financiera de la seguridad social es precaria en la mayoría de los países de la región. Los países con sistemas más antiguos y desarrollados son los que confrontan un desequilibrio mayor. Ellos tienen gastos crecientes debido a: a) la universalización de la cobertura; una legislación demasiado liberal en la concesión de prestaciones; c) un sistema de medicina curativa intensiva en capital; d) programas de pensiones que han madurado; e) número creciente de pensionados que viven más años que los previstos tanto en la legislación original como en balances actuariales obsoletos, cobrando sus pensiones y prestaciones de salud por períodos más largos; f) ajustes en las pensiones y otras prestaciones de acuerdo al costo de la vida. Los ingresos son cada vez proporcionalmente menores debido a: a) no se puede extender más la cobertura, en caso de hacerlo habría que incorporar a los grupos de más bajo ingreso lo que agravaría el desequilibrio; b) el número de contribuyentes activos se reduce en relación al número creciente de pasivos; hay una fuerte evasión y mora; d) el Estado, no cumple con sus obligaciones financieras

acumulando así deudas cuantiosas; e) la carga tributaria de la seguridad social es excesiva y difícil, no pudiendo aumentar las cotizaciones o los impuestos."¹⁸

En otras palabras en América Latina, los regímenes de pensiones de la seguridad social, muchos de los cuales imitaron inicialmente, como hemos visto, los sistemas europeos de la plena financiación, están experimentando una sensible reducción en su nivel de financiación, ello como consecuencia de la hiperinflación y de la concesión de prestaciones más altas sin un crecimiento proporcional de los ingresos y además, por la dificultad de conseguir una rentabilidad suficiente de sus inversiones.

Dado el costo creciente de la seguridad social, desde hace algunos años los gobiernos han revisado los métodos utilizados para financiar el sistema. Se ha criticado el pago tradicional a la seguridad social de cotizaciones basadas en los ingresos, por estimar que eleva los costos laborales y disuade a los empleadores de contratar a más trabajadores. Se han propuesto otros métodos, como el impuesto al valor añadido, pero se ha comprobado que sus inconvenientes son mayores todavía. No obstante muchos países han reformado sus sistemas de cotizaciones para reducir al mínimo los efectos negativos.

En Latinoamérica, las subvenciones estatales han sido una fuente aleatoria de ingresos para los regímenes de seguridad social. En la rama de las prestaciones familiares la tendencia a largo plazo a consistido en pasar del sistema de las cotizaciones al de la financiación con medios fiscales, al adquirir tales regímenes un carácter más universal.

Al estudiar estos métodos de financiamiento es importante considerar aquellos que se refieren al de los seguros, por lo menos en un aspecto que nos parece importante, y es que en su época formativa, en la mayoría de los países de la región,

¹⁸ Campo Schiavo, Salvatore, et al. Perspectivas del Desarrollo Económico. México, D.F., FCE, 1977, p. 8.

no debe olvidarse, las instituciones creadas en virtud de la ley para administrar los seguros sociales, se vieron obligadas a buscar recursos para hacer frente a dos tipos de gastos: el costo corriente de las prestaciones propiamente dichas (atención médica, hospitalaria, medicamentos, etc.) además, del financiamiento de nuevas infraestructuras médico-hospitalarias sin las cuales no hubiera sido posible hacer efectivo el derecho a las prestaciones garantizado a los trabajadores por la legislación. Se hace necesario considerarlo, ya que como se verá más tarde, ello pudo contribuir al desequilibrio financiero que hoy enfrenta la seguridad social en la región

2.3 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA.

En la administración de la seguridad social no es posible observar un patrón uniforme aplicado en todas partes, ni tampoco un modelo preferible a otros. Una explicación a esta situación podría ser una serie de razones históricas, políticas y sociales además de considerar que casi todas las estructuras utilizadas actualmente se desarrollaron con un mínimo de planificación. Los primeros regímenes de prestaciones de accidente de trabajo y enfermedad profesional estuvieron en realidad bajo la administración de los empleadores, las compañías de seguros y los tribunales, que aún ahora es aplicable en algunas regiones del mundo.

Algunas estructuras se ajustaron en sus comienzos a las modalidades que estableció el Gobierno de Bismarck, con arreglo a cuya legislación de seguro social las instituciones que administraban las prestaciones de enfermedad y las pensiones debían estar bajo la dirección de representantes de los propios cotizantes, principio sentado más tarde en el Convenio sobre el seguro de enfermedad (industria), 1927 número 24 y el Convenio sobre el seguro de enfermedad (agricultura), 1927

número 25, aplicables a los trabajadores de la industria, el comercio, el servicio doméstico y la agricultura.¹⁹

Hay países en los que la marcha gradual hacia una cobertura casi universal se acompaña de la creación por etapas de una institución bajo cuya administración exclusiva se colocó la totalidad del programa de seguridad social, y así mismo países que, aprovechando el ejemplo de otros, pusieron desde el principio todos sus regímenes bajo una administración nacional unificada.

En la elaboración de políticas, cuando la protección de la seguridad social abarca todas las contingencias o la mayor parte es necesario una estrecha coordinación entre sus diversas ramas, y también con los servicios y regímenes no administrados por la seguridad social, como los servicios de asistencia médica de organismos del Estado nacional o de gobiernos locales o a las prestaciones de desempleo administradas por los servicios de colocación de las oficinas públicas del empleo.

Cuando para cada rama hay un organismo autónomo, es aún mayor la necesidad de coordinación, y es más indispensable aún cuando una misma rama, como la de enfermedad, requiere la intervención de varios organismos. De todas maneras, la importancia de la seguridad social en nuestros días exige que las políticas en éste campo estén bajo la supervisión de un departamento del gobierno central, que en casi todos los países es el ministerio competente en asuntos laborales, con frecuencia ya no denominados simplemente " del trabajo ", sino " de trabajo y bienestar social ", " de trabajo y asuntos sociales " o de alguna u otra forma similar.

No obstante, hay países en que la seguridad social depende del ministerio de salud pública y en pocos del ministerio del interior o del de hacienda, o bien existe para ella un ministerio especial, de bienestar, previsión o seguridad social, o una comisión de seguridad social.

¹⁹ ISE-BID, Principales Aspectos del Desarrollo Social, Washington, D.C., USA, BID, 1990. p. 155

Prácticamente en todas partes la dirección central de la política (la determinación de la índole de las prestaciones y del contenido de la legislación, la asignación de recursos en el marco de la planificación económica nacional y otros aspectos fundamentales) es una función de nivel ministerial. La denominación del respectivo departamento parece reflejar en coacciones determinadas características del programa nacional, como el hincapié que hace en combinar prestaciones monetarias con prestaciones de asistencia médica, o prestaciones de seguro social con otras de asistencia o bienestar social.

Es necesario aclarar que, cuando la dirección de la política compete a un solo ministerio o está dividida entre varios, todo asunto de gran importancia da lugar a discusiones o intercambios de puntos de vista con otros ministerios o secretarías como son hacienda, justicia o relaciones exteriores.²⁰

El departamento del gobierno nacional que tiene a su cargo la dirección de la política de seguridad social puede asumir así mismo la responsabilidad de aplicarla y administrarla a todos los niveles, y en este caso la totalidad de la tarea recae sobre la administración pública.

Otra posibilidad es que dicho departamento se reserve la dirección operativa de una parte del programa (la rama de pensiones por ejemplo) pero la delegue en lo que respecta a otras partes, como la rama de enfermedad, en organismos locales a fin de que se encarguen de la atención directa de los afiliados.

Pero la solución más difundida es la creación por ley de un órgano paraestatal, denominado, según el país, " Instituto de Seguridad Social ", " Consejo Nacional del Seguro Social ", o de alguna otra manera similar, al que se encomienda la aplicación

²⁰ IMSS, Cuarenta Años de Historia, México, D. F., 1983, p. 158

de la legislación en la materia, con lo que se descarga al ministro de la administración corriente del programa.

El grado de independencia de éste órgano varía: a veces contrata a su propio personal e instala su sede en un edificio separado, y otras su personal se compone de empleados de la administración pública adscritos al órgano y sus oficinas están instaladas en locales igualmente facilitados por la administración pública, a veces esta facultado para invertir los fondos de la seguridad social en la forma que estime conveniente, y otras su política de inversión está colocada bajo la supervisión del ministerio de hacienda. Casi siempre se halla al frente de un seguro social contributivo o una caja de previsión un consejo de administración instituido por ley. Este es el depositario de las reservas acumuladas, que administra en nombre de los cotizantes, publicando cada año informes y estados financieros.

En el seno de un consejo de administración que tiene la responsabilidad directa de invertir reservas, existe un comité de inversiones integrado por aquellos de sus miembros que deben tener experiencia en éste campo de la gestión financiera por representantes de los trabajadores y de los empleadores, y por expertos del ministerio de hacienda o de finanzas. El consejo tiene voz en el ministerio del que depende en lo que corresponde a políticas sobre toda cuestión importante.²¹

Quando la administración se delega en un órgano autónomo no es raro que éste esté compuesto de dos niveles: una asamblea deliberativa, que se reúne a determinados intervalos para tratar el presupuesto y las políticas generales, y una junta directiva, más pequeña, que se reúne a intervalos menos espaciados y se mantiene en contacto con el director permanente del organismo supervisado por el consejo.

²¹ PRONATASS, Sistema nacional de Previsión Social. Situación a fines de la década de los ochenta. Buenos Aires, Argentina, PRONATASS, 1990, p. 159

Cuando una administración no se delega, sino que queda en manos de una división del ministerio competente, pueden designarse representantes de las personas protegidas y de los empleadores ante una comisión consultiva que no difiere mucho de un consejo pero tiene una función mas simple: asesorar al ministro sobre asuntos administrativos o de política que se consideren a iniciativa de los miembros de la comisión .

Esta estructura organizativa que se acaba de describir, dirige y controla una seguridad social desde un punto de vista bastante desarrollado, es decir a un nivel muy superior o ideal, aunque falta mencionar los métodos con que se asegura su eficiencia en las actividades de la institución a nivel local, es decir, en el punto en que el beneficiario recibe la prestación, así como las operaciones de la coordinación y la comunicación, pues a pesar de que son importantes, no para los fines de la presente investigación , pues nos llevaría a perder de vista el objetivo principal de la misma.

La descripción anterior nos llevara a darnos cuenta de los aciertos y fallas que la administración de la seguridad social ha tenido en Latinoamérica. El desarrollo que ha tenido la región en este punto nos muestra que la gestión de los sistemas generales de seguridad social está a cargo de institutos autónomos en 15 países, de ministerios o agencias del Estado en cuatro países Argentina, Brasil, Cuba y Uruguay; y de una combinación de agencias del Estado y organismos privados en Chile. El programa general de pensiones siempre esta administrado por el instituto-ministerio gestor pero se mantienen, en la mayoría de los países subsistemas independientes para las fuerzas armadas y los empleados públicos, y, en algunos casos para otros grupos ocupacionales poderosos. El programa de riesgos profesionales usualmente está administrado por el instituto-ministerio gestor pero en unos pocos países como Costa Rica y Uruguay hay un organismo independiente estatal que tiene el monopolio de este programa, mientras que en el resto funcionan seguros privados o mutuales supervisados por el instituto-ministerio gestor. El

programa de asignaciones familiares está administrado por el instituto-ministerio gestor o por fondos autónomos supervisados por una agencia estatal.²²

El programa de enfermedad-maternidad es complejo. Hay tres sistemas de atención médica: a) directo, donde el instituto-ministerio gestor opera todas las instalaciones y contrata al personal; b) indirecto, donde el instituto-ministerio gestor no tiene instalaciones propias y subcontrata con otros organismos y personal público y privado; y c) mixto donde el instituto-ministerio gestor tiene instalaciones y personal propio.

El sistema directo puro existe en Cuba y Nicaragua. En Costa Rica y Panamá, donde los servicios del instituto y ministerio están ligados y operados por el primero. El sistema indirecto puro no existe en América Latina.

El sistema más común es el mixto que funciona en los países restantes. En México hay dos instituciones principales gestoras, la primera cubre a los asalariados del sector privado y la segunda a los del gobierno federal, pero a su vez subcontratan en ciertas áreas geográficas a otros suministradores

En Colombia, Ecuador, El Salvador y Paraguay la mayor parte de la población es atendida en instalaciones del ministerio de salud, en consecuencia muy pocos son atendidos por el instituto gestor.

En Bolivia, Brasil, Guatemala y Venezuela el instituto gestor no cuenta con suficientes servicios y contrata con otros suministradores públicos y privados.

En Argentina, Chile, Perú y Uruguay existe cierta libertad de elección entre los servicios dados por el instituto gestor, el ministerio de salud y las entidades

²² AISS, Tendencias en la Seguridad Social. Ginebra, Suiza, número 3 p. 20

privadas. En Argentina y Uruguay existen mutualidad y cooperativas medicas y en Chile su nueva reforma privada.

A todo esto hay que agregar que casi en todos los países las fuerzas armadas tienen sus propias instalaciones y servicios y además en otros países hay grupos ocupacionales poderosos que también tienen sus propios servicios, por ejemplo aquéllos que trabajan en la industria del petróleo.

Finalmente en la mayoría de los países hay una distinción clara entre la medicina curativa otorgada por la seguridad social y la ofrecida a la población no cubierta a través del ministerio de salud y otros organismos de asistencia pública o beneficencia privada.

El hecho de que existan múltiples gestores de la seguridad social nos lleva a consecuencias de ineficiencia, al no existir coordinación o uniformidad; a que los costos administrativos se eleven; que el control e inspección se dificulte favoreciendo esta la evasión; crea problemas entre privilegios y desigualdades. Lo que sería ideal en este aspecto es la coordinación, por lo menos en el aspecto de la salud. Pero lo que nos parece aun mas importante es el hecho de que a mas de cuatro décadas del Informe Beveridge no se tenga un plan de cuidados médicos que integre a todo el mundo, no solamente a trabajadores asalariados.

2.4 PRESTACIONES.

Hasta ahora hemos hablado de la evolución de la seguridad social en la región y de los límites dentro de los cuales funciona. Ha llegado el momento de revisar su producto final es decir lo que la seguridad social provee a individuos y familias.

En el desarrollo histórico que ha tenido la seguridad social, se considero como base fundamental de ella el seguro social estimando que reemplazaría los ingresos en las épocas en que cesaran o se interrumpieran definitivamente, esto ocurría cuando se vio la necesidad de suministrar asistencia medica a los asegurados y a sus familiares. El concepto continuo así ampliándose de manera gradual hasta que se construyó la idea de apoyar mediante distintos programas de ayuda financiera, a aquellos cuyos medios y recursos fuesen muy escasas o cuyas responsabilidades familiares o excepcionales necesidades les confieren derecho a una atención especial por parte de la comunidad.

Pero el crecimiento no se detuvo ahí, y hoy en día la seguridad social puede muy bien comprender desgravaciones impositivas especiales, vivienda o alimentos subsidiados, e incluso el suministro de transporte.

En la actualidad ya no es posible observar en los regimenes avanzados de seguridad social simples sistemas destinados a reemplazar ingresos que se dejan de percibir. A contribuido a esta concepción la profunda creación doctrinal manifiesta en todas las reuniones plenarias que llevan a cabo organismos internacionales tales como la O.N.U., O.E.A., C.I.S.S., O.I.T., etc.

Al mismo tiempo se reconoce que las aspiraciones de la población rebasan la idea de la subsistencia para pasar de esto a la garantía de un nivel de vida básico.

Casi todas las prestaciones en principio , se dieron en torno a la protección después de ocurrida la contingencia, pero, una seguridad amplia y eficaz se da tanto en ellos como en las medidas preventivas, y es aquí precisamente donde las prestaciones pretenden jugar un mejor papel.

Por lo regular, las prestaciones se agrupan en las siguientes ramas, tanto como para fines financieros y de organización: de asistencia medica, enfermedad y maternidad,

de desempleo, familiares, de accidente de trabajo y enfermedad profesional, y de invalidez, vejez y sobrevivientes.²³

Si bien las contingencias contra las cuales estas prestaciones protegen son muy diversas, varias características son comunes a muchas de ellas, con excepción del desempleo, todas están relacionadas con un hecho biológico. Pero la pérdida del salario no es el único riesgo económico, ya que el tratamiento de cualquier enfermedad ocasiona gastos.

Aunque actualmente existen en muchos países industrializados regímenes de seguridad social muy perfeccionados y complejos, ninguno de ellos otorgo en sus comienzos protección contra todas las contingencias. La seguridad social es algo que se implanta por etapas, y lo mas conveniente es que se inicie con las prestaciones cuya necesidad casi nadie discute: los accidentes de trabajo y enfermedad profesional.

Después, el ritmo de la extensión de la cobertura y las ramas que se añadan dependen de la opinión que se tenga en cada país de lo que es prioritario y de lo que no lo es.

Es aquí donde apreciamos ampliamente el concepto de seguridad manifiesto con anterioridad, y es que el papel que juegan estas prestaciones es tan importante como los servicios de asistencia medica. Estos últimos restauran, rehabilitan y curan, cuando el funcionamiento natural del individuo se ha quebrantado por cualquier causa, que muchas veces se origina por condiciones de insalubridad del núcleo familiar, del centro de trabajo o del entorno social. Y es aquí también donde encontramos el mayor problema para determinar las fronteras que tiene la seguridad social para definirla.

²³ IMSS. Memoria de la Primera Reunión del Grupo de Trabajo Regional Americano sobre la Protección Social a Grupos Marginados. México D.F., 1990, p. 13.

Las prestaciones sociales fomentan la salud, capacitan y posibilitan mejores condiciones del bienestar individual y colectivo y en épocas de crisis, cobran mayor importancia. Las prestaciones sociales además, se caracterizan por el acento especial o su concepción propia de las actividades en materia de prevención o de previsión general, su carácter práctico, su obligatoriedad, su acción constantemente dirigida a cada unidad de la familia y a la familia en su conjunto, el medio en que se habita y la comunidad en que se vive. Así tenemos que algunos servicios sociales que se prestan en nuestros países son las siguientes : ayuda para la vida en el hogar, guarderías infantiles y centros de acogimiento, servicios de recreo y vacaciones, cuidado de ancianos, invalidez y huérfanos, servicios de readaptación y de prevención de los accidentes, servicios de empleo y vivienda, entre otros.

Así pues tenemos que el progreso social es costoso y su costo está en proporción con el número de las prestaciones que se conceden y con la cantidad de ellas. El nivel de seguridad social que puede permitirse un país debe de considerar las diversas situaciones sociales y económicas. Aquí, nos encontramos con un problema mundial que adopta distintas formas en los países que se encuentran en diferentes fases del desarrollo económico y social, pero que causa preocupación en todas partes y se ha agudizado en los últimos años.

" En América Latina, el grueso de los gastos de la seguridad social se dedica a las prestaciones (88 a 97 %)²⁴ "Uruguay, Argentina y Brasil dedican mayor porcentaje del gasto a las pensiones y asignaciones familiares, mientras que los países centroamericanos, dedican mayor porcentaje de los gastos al programa de enfermedad-maternidad. Eso se explica en parte, por la transición demográfica y el proceso aun joven del programa de pensiones.

²⁴ O.I.T., Memoria del Director General de Actividades de la OIT, Ginebra, Suiza, OIT, 1993, p. 23

Los países con los programas de pensiones más antiguos son también los que tienen un porcentaje mayor y creciente de la población en edad de retiro, y un mayor número de pensionados que viven más años.

Al contrario, los países con programas de pensiones más recientes son los menos desarrollados y tienen un porcentaje pequeño de su población en edad de retiro, el programa de pensiones es joven y la esperanza de vida es baja.

Los primeros países en adoptar sistemas de seguridad social en la región, tienden a cubrir todos los riesgos sociales y a otorgar prestaciones en mayor número y más generosas. Brasil, Argentina, Chile y Uruguay son los únicos países que cubren todos los riesgos incluyendo el desempleo y las asignaciones familiares.

A mayor antigüedad del sistema de seguro social, mayor es el número de las prestaciones otorgadas. Los sistemas antiguos han concedido prestaciones excepcionales como la pensión por antigüedad, que permite a veces retirarse a los 45 años de edad, y en la pensión por vejez las edades de retiro normalmente son más bajas, pues fueron establecidas por la ley, cuando la esperanza de vida era inferior.

En este mismo grupo de países además, las condiciones de las prestaciones de salud tienden a ser generosas, y en ellas encontramos que no se exige período de calificación o se requieren pocas semanas de contribución, se paga un subsidio de enfermedad-maternidad igual al salario y se ofrecen a veces prestaciones pródigas como ortodoncia y lentes de contacto. Abundan las prestaciones sociales en planes de vivienda, préstamos personales y otros servicios recreativos, deportivos y culturales.²⁵

²⁵ Visquerre, Enrique. El Derecho a la Seguridad Social. Guatemala, CISS, 1989, p. 23

El desarrollo de estos sistemas, descritos con anterioridad, han provocado desigualdades notables en las prestaciones, ya que los grupos más poderosos reciben más y mejores prestaciones que los menos poderosos, más notorio, lo encontramos en la disponibilidad de los servicios de salud y su calidad entre grupos. En un ordenamiento de mejor a peor podríamos enumerarlo de la siguiente manera: a) fuerzas armadas, b) empleados públicos, c) aristocracia laboral, d) empleados privados y e) obreros.²⁶

En los países, considerados por Mesa-Lago como tardíos o de relativa reciente adopción de los sistemas de seguridad social según la cronología antes descrita, el principal problema es el de desigualdad de las prestaciones como consecuencia de una reducida cobertura, en la que en una explicación más concreta se puede ver a una minoría de la población protegida y que además acumula prestaciones contra la mayoría de población no cubierta, que sólo tiene disponibles los servicios públicos de salud y asistencia social, que generalmente reciben una proporción pequeña de los recursos disponibles.

La contribución más tangible y significativa que los sistemas de seguridad social han realizado en Latinoamérica ha sido en el campo de las prestaciones de salud. La introducción de los seguros sociales obligatorios provocó un aumento inmediato de la demanda de servicios médico-hospitalarios y farmacéuticos por parte de los asegurados. Lo que condujo a la construcción de clínicas y hospitales propios, así como a la contratación de personal médico y paramédico.

El mecanismo de autofinanciamiento que respalda el seguro de salud, junto con la elección deliberada del suministro de los servicios de salud mediante los sistemas de distribución de servicios establecidos y administrados por la seguridad social, ha originado un cambio considerable en los recursos del sector salud, lo que provocó que las demandas de los servicios modernos fueran urgentes.

²⁶ *Idem*.

Consecuencia de ello, se institucionalizó la asistencia a la salud en América Latina de una manera muy extendida. Sin ésta masiva inversión de recursos, se hubiera destinado a la salud una parte mucho más baja de ellos. Pero los resultados de este esfuerzo los podemos observar en la disminución de las tasas de mortandad infantil en las áreas urbanas, los indicadores de salud han mejorado notablemente , etc.²⁷

En la actualidad las instituciones de seguridad social de los países latinoamericanos poseen una red muy importante de instalaciones hospitalarias propias, y además, cuentan con un número muy significativo de personal para atenderlo.

La localización de la nueva capacidad instalada ha favorecido las zonas urbanas, por encontrarse allí la mayoría de los beneficiarios con derecho, es decir, que no ha sido posible mejorar mucho el desequilibrio urbano-rural en la distribución de instalaciones y servicios de salud que siempre resulta en detrimento de las zonas rurales.

Podríamos hablar una serie de ejemplos y estadísticas que hablan sobre un aumento de la salud, pero nos desviaríamos demasiado, además de que bien merece un estudio aparte, que nos baste por el momento decir que la esperanza de vida a aumentado en casi toda Latinoamérica de 45 a 65 años de edad, ello como resultado por supuesto, de los programas preventivos de salud.

Los niveles de salud de la seguridad social al ser más altos que los imperantes en el sector público han tenido un efecto demostrativo , que ha originado mejores niveles para todos.

²⁷ Miranda, Toledo, A. Organización de la Seguridad Social. Colombia, 1980, p. 85

Los gastos de administración son muy altos. El dato revelador de esta afirmación se encuentra en 1977, ²⁸ los porcentajes fluctuaban del 3 al 6 % en Uruguay, Argentina, Colombia y Venezuela; del 7 al 9 % en Chile, Costa Rica, Guatemala y Ecuador; del 10 al 12 % en Nicaragua, Panamá, México, Bolivia y Brasil; y más del 13 % en El Salvador. Que fueron los datos más actualizados que pudimos encontrar. Las instituciones gestoras se han convertido en una fuente importante de empleo bajo influencias políticas o sindicales y se han organizado en un grupo de pensión más , y concertado convenios colectivos de trabajo y prestaciones de seguridad social superiores a las del promedio asegurado.

Debido a todas estas consideraciones el costo de la seguridad social en la región aumenta con rapidez. Aproximadamente la mitad de ese costo en la región de debe a programas de salud. Los gastos de salud usualmente se incrementan a tasas superiores a las de los ingresos, provocando déficit crecientes. La escala de los gastos de salud es un fenómeno mundial que se agrava en Latinoamérica por el rápido ascenso demográfico, la extensión de la cobertura de seguridad social, el excesivo costo e ineficiencia administrativa y la inflación.

²⁸ Mesa-Lago, Carmelo, El Desarrollo de... Op. Cit. p. 25

2.5 COBERTURA.

Aunque no hace falta aclarar que el objetivo principal de la seguridad social es alcanzar una protección universal y uniforme costeadas por todos es sin embargo, necesario recordarlo para no perder el rumbo.

A pesar de ello y por razones de diversa índole, tales como económicas, políticas y sociales, que se han visto con anterioridad, hacen que ese ideal se exprese en la realidad en una cobertura muy variada y una gran diversidad de la importancia que se asigna a las diferentes prestaciones de seguridad social.

Por ejemplo, en muchos países industrializados se considera que el objetivo ha sido alcanzado y que todos los sectores de la comunidad dentro de los cuales incluye a trabajadores independientes, asalariados y personas no pertenecientes a la población económicamente activa han sido cubiertos, bajo la protección de la seguridad social.

Para esto, se ha recurrido al régimen de seguro social complementario con prestaciones familiares, o bien, a un régimen de asistencia social. Las prestaciones proporcionadas por los empleadores o que los trabajadores independientes costean por sí mismos, o que se convienen por negociación colectiva, a veces la legislación les reconoce y otras sólo se consideran. Pero aún así, ninguno de éstos países pretendería que su seguridad social es universal y perfecta.

Esto debido, a que la seguridad social es un campo en el que diversos grupos de presión sociales y políticos defienden sus respectivos intereses, y a que las variantes en la economía deben ser consideradas para responder a las nuevas

exigencias que imponen las variantes condiciones de trabajo y de vida, a reserva, de que la respuesta pueda ser financiada y no trastorne el equilibrio del sistema, es por estas razones que muy frecuentemente la cobertura es parcial y dispareja.

En lo que respecta a América Latina, la cobertura está siempre supeditada al empleo, en una región donde la mayoría de la población no es asalariada, ni podrá serlo en un futuro próximo, la seguridad social no podrá seguir funcionando exclusivamente sobre la base del salario, por las siguientes razones:

En la mayoría de los países, la ley otorga cobertura de seguridad social a los asalariados urbanos y sus dependientes más cercanos, excluyendo a trabajadores por cuenta propia, o que trabajan para algún familiar sin recibir remuneración, trabajadores del campo, servicio doméstico, y todos sus familiares dependientes.

En los países de la región menos desarrollados, la cobertura poblacional se limita a la capital y a las ciudades más pobladas. Además hay que distinguir de la cobertura legal y la estadística, en la cual la primera viene prescrita por la ley, pero no siempre es ejecutada y la segunda, la cual proviene de estimaciones de la población protegida que no siempre son confiables.²⁹

En Latinoamérica, generalmente el programa de enfermedad y maternidad es el que tiene la cobertura legal más amplia,³⁰ en la mitad de los países se extiende a la fuerza laboral empleada y en la otra mitad sólo a parte de los empleados, usualmente en el sector público y en la industria minera, comercio y servicios financieros.

²⁹ Mesa-Lago, Carmelo. *II Congreso Jurídico*. Op Cit. p. 519

³⁰ *Idem*. Cuadro número 11. p. 606

En Costa Rica se cubre a toda la población, excepto a la no trabajadora con altos ingresos. En los países centroamericanos restantes, la cobertura legal normalmente se limita a la capital y a las ciudades más importantes.

En cuanto a la cobertura de pensiones y de salud de la población económicamente activa, en el período de 1985-1988, se tienen las siguientes cifras: se cubre del 60 al 79 % en Argentina, Chile, Uruguay y Costa Rica; del 40 al 59 % en Panamá, Venezuela y México; del 20 al 39 % en Perú, Nicaragua, Colombia, Guatemala y Ecuador; y del 1 al 19 % en Bolivia, Paraguay, Honduras y El Salvador. Durante el mismo período de años de 1985- 1988 la cobertura en salud es muy similar.³¹ Como se puede observar, la cobertura es mayor en aquellos países que en la región fueron los primeros en montar sistemas de seguridad social y que también tienen los programas más antiguos, y más baja en los países que tienen los programas más recientes.

Una estimación total de la cobertura en América Latina en 1980, arroja una cifra de 61.2 % tanto para la población total como para la población económicamente activa. Además, muestra caídas en la cobertura en el mismo decenio debidas probablemente a la crisis económica.³²

El modelo tradicional del seguro social de la época de Bismarck no ha logrado cubrir a la población de la mayoría de los países del área, esto probablemente debido, a que la mayoría de la población por lo general son trabajadores agrícolas, por cuenta propia y familiares no pagados, que por lo regular, no pueden pagar su contribución al sistema, se encuentra dispersa, a menudo migratoria y cambia de empleador con frecuencia.

31 Carranza, José Antonio, Las prestaciones Sociales. Op Cit. p. 196

32 Ibidem

La cobertura del sistema se ha extendido muy poco fuera de lo que es el sector urbano y en muy pocos países. Pueden basar el sostenimiento de esta extensión de la cobertura al sector rural por dos caminos: el primero es mediante transferencias del sector urbano como en Brasil, o el financiamiento por el Estado y el instituto de seguridad social como en México.

La extensión de la cobertura urbana se hizo mas difícil en la región en la década de 1980 ya que el sector informal se extendió ampliamente.

En lo que respecta al sector rural, se ha intentado avanzar en lo que ha cobertura se refiere, Costa Rica, Chile y Uruguay tienen programas asistenciales de pensiones que protegen a éste sector. En el periodo de 1986-1988 ³³ estaba cubierto el 49 % del mismo en Costa Rica, el 55 % en Uruguay y el 56 % en México. En este último, a partir de 1970, el seguro social a través de solidaridad social y Coplamar, con financiamiento del gobierno federal extendió la cobertura. Pero de 1985-1988, parte del programa se transfirió a los estados disminuyendo su efectividad.

En Brasil, la extensión de la cobertura hacia el sector rural se dio a través de un programa de seguro social FUNRURAL aunado a otro programa del ministerio de salud y los servicios estatales PIASS, el cual debido a problemas financieros deficitarios desapareció a finales de los ochenta.

En el Ecuador el seguro social Campesino, llegó a cubrir en 1983 el 9 % de esta población con el seguro de salud, pero la crisis económica ha dejado sentir su influencia en el programa.

La población en extrema pobreza en Latinoamérica no es protegida por el seguro social, exceptuando a los países que otorgan atención a los indigentes a través de la seguridad social como son Costa Rica y Chile. Se ha estimado que en 1980, el 35 %

³³ García Flores, Margarita. La Seguridad Social y la Población Marginada. México D.F., UNAM, 1989, p. 197

de la población en el área se hallaba por debajo del nivel de pobreza, y que para 1987 se había incrementado al 37 %.³⁴

Lo anterior nos permite concluir que los pobres no están amparados por la seguridad social, que tienen acceso a la salud pública y a la asistencia social, que son insuficientes y de bajo financiamiento. Que los países que tienen mayor cobertura del sistema de seguridad social son los que tienen menor incidencia de pobreza. Que la extensión de la cobertura del seguro social en la actualidad es no viable en muchos países. Que la universalización de la cobertura en la región no puede alcanzarse con los actuales niveles de prestaciones y gastos administrativos. Que mientras el seguro social este supeditado al empleo, los objetivos de seguridad social serán inalcanzables.

América latina desde principios de siglo ha ejercido un gran papel en el desarrollo de la seguridad social en el hemisferio. Países como Chile y Uruguay fueron los iniciadores en introducir los primeros programas de seguro social. Estos sistemas han crecido hasta abarcar por lo menos en principio, la mayor parte de la población económicamente activa. Entre estos países que muestran muchas diferencias entre sí, en los años veinte, se distingulan del resto de los países latinoamericanos por su grado relativamente alto de urbanización, por la transformación de sus clases medias urbanas en fuerzas políticas significativas, y por el crecimiento de movimientos sindicales de alguna importancia.

La seguridad social y las iniciativas para proteger a los trabajadores derivaban de las concepciones de justicia social sustentadas por los nuevos movimientos políticos, así mismo eran medios promisorios de reforzar el apoyo de los empleados públicos y privados a esos movimientos y de ganarse a los obreros organizados, sustrayéndose así a llamamientos más revolucionarios.

³⁴ Mesa-Lago, Carmelo. Congreso Jurídico. Op. Cit. p. 521

Además Argentina, Chile y Uruguay comenzaron a construir sus sistemas de seguridad social mucho antes que muchos países de Europa y América del Norte, sus niveles de ingreso eran más bajos que los europeos, y la proporción de asalariados industriales era menor que en los países europeos que estuvieron a la vanguardia de los avances de la seguridad social.

Para los años veinte cabra esperar que los ingresos de estos países continuaran elevándose y que la capacidad de sus economías permitiera mantener sistemas de seguridad social más fortalecidos, pero en realidad, sufrieron como los demás, los efectos negativos de la crisis de los años treinta y las vicisitudes posteriores de una economía basada en la sustitución de importaciones, en conjunto llevaron, en apariencia a tasas satisfactorias de recuperación y de diversificación económica hasta comienzos de los años cincuenta.

Desde entonces Argentina, Chile y Uruguay se han desviado de la trayectoria de la mayoría de los países latinoamericanos por la debilidad de sus economías.

Uno de los rasgos de la evolución de estos países es que en ellos son más amplios los estratos de población que a través del sufragio y de la fuerza de sus organizaciones han adquirido la capacidad de exigir una participación mayor en el PNB y servicios específicos del sector público.

Las tasas elevadas de inflación que caracterizan a éstos países, desde los años cincuenta o antes, ha cumplido la función de permitir que las autoridades eviten una confrontación directa entre el monto de los recursos y la magnitud de las diversas demandas sobre ellos.

El crecimiento fragmentario de la seguridad social en respuesta a presiones y a ofrecimientos surgidos de la competencia política, además de la inflación, ha provocado complicados equilibrios en los costos.

Ahora bien, las tendencias demográficas de la Argentina y el Uruguay también los distinguen del resto de la región. Con la baja de la natalidad, y el aumento de las expectativas de vida su distribución por edades se caracteriza por proporciones relativamente altas en los grupos de edades superiores. Chile, parece encontrarse en una etapa menos avanzada de ésta transición demográfica. En el Brasil, la evolución de la seguridad social que se inició en los años treinta, ha sido parecida, aunque el mayor dinamismo de la economía brasileña y la enorme diferencia que presentan sus regiones en cuanto a ingresos, grado de urbanización y tamaño de los estratos capaces de ejercer una presión política efectiva se ha traducido en diferencias apreciables, y el porcentaje de la población total beneficiada por la seguridad social es mucho menor a los países que más arriba hemos mencionado.

En 1966 y 1967 Argentina, Brasil y Uruguay se vieron forzados por dificultades financieras a iniciar consolidaciones o restricciones de la seguridad social. En Chile desde 1966 con el presidente Eduardo Frei, se iniciaron exhaustivos estudios que culminaron hasta la década del ochenta con la reforma a la seguridad social en este país, tema que tocaremos en el capítulo siguiente.

Ahora bien, en la mayoría de países que iniciaron programas de seguridad social en los decenios treinta y cuarenta, la legislación aprobada creaba, una institución única destinada a dar prestaciones limitadas a algunas categorías de obreros y empleados urbanos, con la intención de extenderla gradualmente a otras ocupaciones, a otras zonas geográficas y a otros tipos de cobertura, esta expansión por etapas generalmente estaba prevista en la legislación. Los anteriores sistemas de pensiones para empleados públicos y fuerzas armadas generalmente mantuvieron sus administraciones independientes.

En este período, las normas y recomendaciones aprobadas por la O.I.T. y por otros organismos internacionales ejercieron una influencia considerable, y los países

obtuvieron asesoramiento de los expertos de dichos organismos. Los sistemas de seguridad social más importantes que se establecieron conforme a estos lineamientos fueron los de Colombia, México y Venezuela.

Pese a que estos países se hallaban en un proceso rápido de urbanización y un proceso algo menos rápido de industrialización, en el período formativo de la seguridad social los estratos medios y los asalariados urbanos eran proporciones relativamente pequeñas de la población total y las presiones políticas para lograr la expansión de los sistemas era más débil que en el primer grupo de países. En los dos últimos decenios el crecimiento del PNB ha tenido más tendencia al decrecimiento que al crecimiento y su distribución ha sido dispareja. El número de asalariados urbanos en los sectores modernos de las economías creció rápidamente, pero aún hoy en día la población rural sigue siendo mayoritaria.

Los sistemas de seguridad social sólo han podido extenderse un poco más allá de las categorías de obreros y empleados urbanos. La mayoría de los países más pequeños de la región, también iniciaron sus sistemas por medio de leyes, pero igualmente han tenido problemas para extender su cobertura.

Con anterioridad a estas líneas se señaló que la mayoría de los problemas que los sistemas de seguridad social encaran ahora para su desarrollo son comunes a toda la región y que su importancia relativa depende de la antigüedad de cada sistema, de su propia evolución y de la evolución de la economía nacional. Ha llegado el momento de conocer estos problemas.

**III. PROBLEMAS QUE ENFRENTA LA SEGURIDAD
SOCIAL EN AMÉRICA LATINA**

El desarrollo de la seguridad social en Latinoamérica enfrenta hoy en día difíciles problemas, tantos, que muchos investigadores al referirse a todos ellos los engloban en el adjetivo de crisis de la seguridad social y es que los problemas actuales de los sistemas de seguridad social se plantean en torno a su financiamiento, su administración, su capacidad para cumplir con sus obligaciones legales en cuanto a prestaciones, y su capacidad para extender su protección a estratos más grandes de la población.

Para iniciar en su estudio, empezaremos por mencionar el impacto que ha tenido la crisis económica en la seguridad social, esto con el propósito de que nos permita ampliar nuestra comprensión sobre los problemas económicos, administrativos, etc., que actualmente se vive en la región y al mismo tiempo visualizar los intentos de solución que se han dado a todos ellos en lo que se ha dado en llamar reformas a la seguridad social.

3.1 EFECTOS DE LA CRISIS ECONÓMICA EN LA SEGURIDAD SOCIAL.

La crisis económica ha provocado una disminución de los ingresos de la seguridad social, teniendo como efecto el aumento de ciertos gastos que sumados dan como resultado el desequilibrio, así como una reducción de la cobertura y un deterioro en las prestaciones, y es que la crisis económica del decenio de 1980 es la más profunda y larga que ha vivido América Latina. La explicación en torno a este tema, debe buscarse en los actuales procesos de cambio de las estructuras sociales y económicas de América Latina. Desde 1961, año en que el ideal del desarrollo económico y social planificado y armonioso se encarnó en una serie de compromisos suscritos por los gobiernos de América Latina, el crecimiento económico se estancó y se distribuyó de manera muy dispareja entre los países, los sectores económicos y las regiones internas. El cambio social ha sido rápido y sujeto

a contradicciones y discontinuidades. Los objetivos aceptados en el mismo año y en años siguientes incluían una distribución más equitativa del ingreso, especialmente a través del desplazamiento de la incidencia de la carga tributaria; reforma agraria y pleno empleo. Los objetivos de este tipo obligan a efectuar cambios profundos en las relaciones de poder y en la índole del crecimiento económico. También exigen un liderazgo político y vigoroso, resguardado por estructuras administrativas capaces de desempeñarse en funciones nuevas y difíciles.

Cabe recordar que los problemas actuales de la seguridad social empezaron a gestarse en la década de los sesenta¹ y que con la crisis económica del decenio de 1980, que se caracterizó por ser la más profunda y larga que ha vivido la región en los últimos tiempos, ha provocado una disminución de los ingresos de seguridad social y un aumento de ciertos gastos lo cual ha traído consigo el agravamiento del desequilibrio, así como una reducción de la cobertura y un deterioro en las prestaciones. "La CEPAL ha calculado que en 1981-1988, el PIB por cabeza acumulado cayó menos 6.6 por ciento en la región (en ocho países la caída superó el menos 15 por ciento), por lo que se considera que la región ha perdido una década en términos de desarrollo."²

Los ingresos reales han ido disminuyendo en la mayor parte de la región y de entre sus causas encontramos las siguientes: a) los salarios mínimos reales urbanos descendieron (en 1989, de once países, seis tenían un índice inferior al de 1980); b) el porcentaje de desempleo urbano se incrementó en algunos países hasta cuatro veces, aún en 1988-1989, once de dieciséis países mostraban una tasa superior a la de 1980; c) parte del sector urbano se informalizó y los trabajadores del sector informal raramente tenían cobertura y no contribuyen; d) el promedio anual de inflación aumentó del 56 al 473 por ciento de 1980-1988 y los topes salariales de

¹ Dentro del material de investigación utilizado se observó que desde 1965 algunos autores hablaban ya de la crisis de la seguridad social, sin embargo, esta situación es más clara a partir de la década de los setenta.

² Soto Pérez, Carlos, Impacto de la Crisis Económica en las Instituciones de Seguridad Social, México D.F. 1990, p. 65

contribución no se han ajustado adecuadamente; e) las altas tasas de inflación han aumentado además el incentivo de los empleadores para obtener dividendos depositando el dinero de las contribuciones en los bancos, que abonan un interés más alto que el cargado por mora, y pagando más tarde el seguro social con moneda devaluada; f) la inflación también ha provocado la reducción real de la deuda estatal y, bajo la presión de demandas más urgentes, el Estado ha fallado al efectuar aportes y a veces ha retenido impuestos o contribuciones descontadas a sus empleados o el producto de inversiones de la seguridad social, y g) la tasa de rendimiento real de la inversión se ha tornado cada vez negativa.³

Todo esto se complica por la falta de coherencia interna de los sistemas informalizó grandes y por las discrepancias entre las obligaciones legales y los pagos reales que hacen los empleadores, los trabajadores y el Estado. Sin embargo los costos de la seguridad social han alcanzado niveles que sólo se observan en algunos países europeos, esto en Argentina y Uruguay.

Las contribuciones de los empleadores generalmente cubren un tercio del total, al mismo tiempo se evade gran parte de la carga, los incrementos de las tasas de las contribuciones a que obligan los déficit crónicos de los sistemas no hacen más que acentuar los incentivos para evadir estas obligaciones.

En algunos países esta práctica se ha institucionalizado por la aprobación periódica de leyes que permiten a los empleadores morosos consolidar sus deudas con el sistema y pagarlas en cuotas durante varios años, de este modo tiende a castigarse el pago oportuno, y a aumentar el número de empleadores que esperan leyes de consolidación para regularizar su situación.

El Estado a succumbido a la misma tentación que los contribuyentes privados y está en mora en tres tipos de pagos: pagos directos del subsidio bajo el sistema tripartito

³ Idem.

de financiamiento; pagos como empleador de las imposiciones correspondientes a los salarios de los empleados públicos; y pago de las contribuciones que, como empleador retiene de los salarios. Estas deudas morosas, que a veces se cubren con bonos del Estado son especialmente grandes en países en los que hasta hace poco existía inflación crónica, tal era el caso de Argentina.

Además los programas de salud pública y asistencia social han sufrido recortes importantes en sus ingresos. En 1978-1984 el presupuesto de gastos de salud por habitante declinó en 22 de 24 países.⁴

Ahora bien en lo que a gastos se refiere, el precio de las medicinas, equipo médico-quirúrgico se ha incrementado, especialmente en las importaciones. Los costos del personal, el principal componente del gasto administrativo, se ha elevado con rapidez en los países que ajustan automáticamente los salarios del personal de seguridad social a la inflación.⁵ El incremento del desempleo ha producido un aumento en los gastos de este programa, ya que ascendía del 12 al 18 por ciento en 1983-1986, los gastos del seguro de desempleo subieron seis veces. La inflación interna e internacional ha provocado un aumento en los precios de los medicamentos.

En países como Costa Rica, donde el seguro brinda atención gratuita de salud a los indigentes, el desplazamiento de los trabajadores formales al sector informal o su transformación en desempleados hace que éstos pierdan su cobertura como asegurados contribuyentes y pasen a reclamar los mismos beneficios en forma gratuita. A su vez el Estado no ha cumplido su obligación (o sólo lo ha hecho en parte) de reembolsar al seguro social por los crecientes gastos de asistencia social. En otros países que no cuentan con protección de los indigentes por parte del seguro social, los asegurados que pierden su condición tal (por desempleo por

⁴ AISS, Estudios de la Seguridad Social, Buenos Aires, Argentina, 1990, p.86.

⁵ Como en el caso de Perú, hasta hace poco tiempo.

ejemplo) acuden a los servicios públicos de salud, pero éstos han visto reducidos sus ingresos debido a la crisis.⁶

La caída del ingreso y el mayor gasto provocaron un aumento del déficit financiero del seguro social en los países que primero introdujeron sistemas de seguridad social, mientras que en varios países del grupo intermedio el superávit se convirtió en déficit, y algunos países del grupo tardío también comenzaron a sufrir un desequilibrio financiero a corto plazo. Para hacer frente a estos desequilibrios algunos países han adoptado programas tratando de reducir gastos y aumentar las contribuciones, Costa Rica en 1983 y Perú en 1988. Para Perú sin embargo el aumento en las contribuciones se tornó difícil debido a la crisis económica, caso contrario en Costa Rica que tuvo éxito.

Como era de esperarse la crisis económica deterioró las prestaciones otorgadas, así como la cobertura, debido a ello tenemos que en la década de 1980 hubo retrocesos en la cobertura poblacional: se redujo, se estancó o su crecimiento disminuyó. También el sector rural se produjo un estancamiento o regresión de la cobertura en Brasil, Ecuador y México. Perú, que había promulgado una ley para extender la cobertura a trabajadores informales y agrícolas, se vio obligado a suspender su aplicación por falta de recursos.

En algunos países debido a la crisis y a los programas de emergencia, las pensiones han sido devaluadas, como en los casos de Colombia desde 1980, Ecuador en 1980-1982, Costa Rica en 1980-1983, Uruguay en 1983-1985 y Argentina desde 1987. En otros países se ha registrado un deterioro de los servicios de salud: la inversión en planta física y equipo se ha deteriorado, el suministro de medicamentos se ha recortado, los pacientes se han visto obligados a proveer materiales de curación y se han suprimido o disminuido las comidas hospitalarias.⁷

⁶ OIT, El Seguro Social y la Protección Social, Memoria del Director General. Ginebra, Suiza, OIT, 1993.

⁷ Mesa-Lago, Carmelo. Aspectos Económicos. Op. Cit. p. 569.

Por las circunstancias descritas, los sistemas son incapaces de cumplir cabalmente sus obligaciones para con la población incluida en ellos, y de otorgarles los beneficios estipulados por leyes que se sancionaron sin tomar en cuenta las realidades actuariales o los recursos previsibles.

Hasta algunos de los sistemas más nuevos y pequeños han llegado ya a este punto. Los solicitantes frustrados culpan de las largas dilaciones para obtener beneficios a la apatía e incompetencia de la burocracia, pero al parecer varios de los sistemas tienen que postergar y evadir las prestaciones, además de bajar la calidad de los servicios para igualar el nivel real de los beneficios con el nivel de los recursos.

La O.I.T cita el ejemplo de una institución que tiene 83 mil personas en la lista de espera para obtener pensiones de jubilación, y que, por término medio, demora tres años en tramitar las solicitudes; una acción más rápida traería la bancarrota inmediata. Tales situaciones obligan a los solicitantes a recurrir a la intervención de políticos o intermediarios pagados para que se les de preferencia.

Además, la inflación ha ayudado a aliviar la carga que pesa sobre los sistemas ya que los reajustes periódicos casi nunca restablecen el poder adquisitivo original de las pensiones, excepto para algunas pocas categorías privilegiadas de pensionados.

3.2 PROBLEMAS ACTUALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

Después de repasar el impacto de la crisis económica en la seguridad social en la década de los ochenta, procederemos a entender por pasos los principales problemas que en tres grandes rubros se enuncian, estos son los económico-financieros, administrativos y sociales.

3.2.1 PROBLEMAS ECONÓMICO-FINANCIEROS.

Iniciaremos con los estados financieros de los fondos de pensiones que son los que actualmente más preocupan. Los fondos de pensiones en los países que fueron los últimos en instalar sus sistemas de seguridad social de Latinoamérica, cuyos programas tienen entre 11 y 24 años usan regímenes de capitalización parcial generan un porcentaje alto del producto de la inversión sobre el ingreso total del seguro social y muestran una tendencia creciente de dicho porcentaje. Los países intermedios, con programas que tienen entre 24 y 54 años, usan capitalización parcial y tienen un porcentaje más bajo que los países tardíos dicho porcentaje muestra básicamente una tendencia declinante.

Por último los primeros países, con programas de 60 años o más, usan el régimen de reparto y carecen de fondos de reservas substanciales por lo que sus porcentajes son nulos o muy pequeños. Chile es la excepción, pues el nuevo sistema de pensiones introducido en 1981 usa capitalización total, su porcentaje es similar al de los países tardíos y muestra una tendencia creciente.

En la región los programas de pensiones han transformado paulatinamente sus regímenes financieros de capitalización completa a parcial y los países pioneros han terminado con regímenes de reparto. Ello ha ocurrido porque se han aumentado las prestaciones sin incrementar las primas o estas no se han ajustado al final de los períodos de equilibrio. Con estos cambios se ha pospuesto la crisis, pero al llegar al régimen de reparto, y no ser factible aumentar la prima, ya no es posible aplazarla y las reservas han disminuido o desaparecido.

La historia de la seguridad social en la región demuestra que la inversión de las reservas no ha sido eficiente. Ello se debe a que las instituciones gestoras no han estado preparadas para funcionar como intermediarios financieros, además de que su personal no tiene experiencia en materia de inversiones. El problema se complica por el desarrollo deficiente del mercado de capitales y las altas tasas de inflación, que exigen una mayor eficiencia para evitar la rápida desvalorización de las reservas.

"En América Latina las reservas se han invertido generalmente en: a) obligaciones estatales y bonos que por lo común no son negociables; en realidad estas inversiones han sido impuestas por el Estado para poder cubrir sus déficit en el presupuesto y carecen de valor; b) préstamos hipotecarios y personales, los que debido a la inflación se han devaluado, descapitalizándose las reservas; c) préstamos para cubrir el déficit del programa de enfermedad-maternidad, los cuales, si bien han tenido un efecto social beneficioso, no han sido rentables; d) edificios administrativos para la institución y viviendas para los asegurados también con rendimiento bajo, puesto que en el primer caso no generan ingresos y en el segundo el pago se ha hecho con moneda devaluada, se han congelado los alquileres o el cobro de los mismos ha sido ineficiente, y e) servicios principalmente para los asegurados como deportes, entrenamiento y espectáculos públicos que por lo general han dado pérdidas. La inversión en acciones de empresas mercantiles es rara, excepto en el caso de Chile. La inversión más rentable es probablemente en

depósitos bancarios a plazo fijo pero, con algunas excepciones, no es muy significativa."⁸

La seguridad social enfrenta desequilibrios actuariales en la mayoría de los países y desequilibrios financieros o contables por lo menos en la mitad de ellos, especialmente desde el decenio pasado. " En 1983 los países pioneros eran los que registraban mayor déficit contable: Chile -5.7 por ciento, Uruguay -4.3 por ciento, Argentina -2.3 por ciento y Brasil -0.4 por ciento.

En Chile, el sistema anterior de pensiones, que tiene el 97 por ciento del total de pensionados pero sólo el 14 por ciento de los activos asegurados genera un déficit enorme que es cubierto por el Estado, el cual además financia las pensiones asistenciales, la compensación por desempleo y las asignaciones familiares"⁹

Al comienzo se esperaba que los sistemas de seguridad social financiarían las prestaciones con las utilidades provenientes de la inversión de sus reservas. Tales utilidades generalmente han sido muy bajas, y en los primeros sistemas, la inflación casi hizo desaparecer las reservas mismas, una de las causas fue la compra obligatoria de bonos para compensar los déficit del presupuesto gubernamental. En los sistemas más antiguos, el ingreso por concepto de contribuciones a la población activa ya no produce un excedente apreciable que invertir, de modo que dependen, casi exclusivamente, de las contribuciones para hacer frente a sus obligaciones ordinarias.

En resumen, el desequilibrio financiero de la seguridad social, que se concentra en los siguientes países Chile, Argentina, Uruguay y Brasil, se esta extendiendo a los países del grupo intermedio de una manera acelerada y dramática, constituye una

⁸ Idem.

⁹ OIT, El Costo de la Seguridad Social, Op. Cit. p. 89.

carga cada vez más pesada para el fisco, particularmente en una situación general de crisis.

En lo que se refiere a las causas que provocaron el déficit, en los países pioneros, por el lado del gasto son: a) la universalización de la cobertura poblacional; las prestaciones generosas y condiciones de adquisición liberales; c) la maduración de los programas de pensiones; una mayor expectativa de vida, por lo que un número creciente de pensionados vive más años que los previstos, cobrando sus pensiones y recibiendo prestaciones de salud por períodos más largos, y e) los ajustes por costo de vida de las pensiones y otras prestaciones monetarias. Por el lado del ingreso se ha producido una caída relativa por las causas siguientes: i) no es posible extender la cobertura cuando ya es universal (y si no lo es, la extensión se orientaría a incorporar a los grupos de más bajos ingresos, lo que agravaría el desequilibrio del sistema); ii) el número de contribuyentes activos se reduce progresivamente en relación a un número de pasivos que crece; iii) existe una fuerte evasión y mora ; -iv) es muy difícil aumentar las contribuciones e impuestos, pues éstos ya son altos y, en medio de la crisis económica, dicho aumento es sostenible por sindicatos y empresarios, y v) con la excepción del nuevo sistema de Chile, estos países carecen de fondos de reserva importantes, usan el régimen de reparto y no tienen ingresos por inversión.¹⁰

Las causas de la alta evasión y mora son: i) sistemas deficientes del registro de empleadores, procesamiento de pagos y cuentas individuales; ii) un gran número de microempresas muy difíciles de detectar, cobrar y controlar (a menudo el costo de éstas acciones es superior a los cobros); iii) escasez de inspectores calificados y bajos salarios que estimulan arreglos fraudulentos con los deudores; iv) falta de un sistema legal y judicial eficiente para cobrar y aplicar la ley y v) tasas de inflación más altas que el interés y la multa por mora combinados.¹¹

¹⁰ *Idem.*

¹¹ PRONATASS, *Sistema Nacional de* Op. Cit p 47

El Estado se ha convertido en el principal deudor y una de las principales causas de la crisis de liquidez en la seguridad social en un número creciente de países. A mediados de los años ochenta, la deuda estatal era de \$ 73 millones en Costa Rica, \$ 170 millones en Colombia (sólo a la caja de empleados públicos), \$ 194 millones en Perú y \$ 500 millones en Ecuador. Con frecuencia el Estado ha firmado convenios para pagar su deuda, pero ni sus deudas ni la tasa de interés se han indizado, por lo que la amortización se ha hecho con moneda devaluada y la tasa de interés real ha sido negativa. Debido a la alta inflación en el decenio pasado, la deuda real del Estado se ha reducido con rapidez.¹²

Por último, aunque el grupo de países intermedios y últimos tienen en general prestaciones y condiciones de adquisición más restringidas que los primeros, ello no implica que todos se encuentren en las mismas condiciones, especialmente los países intermedios y los latinos del grupo tardío. Desde el punto de vista del gasto, el problema más difícil radica en los altísimos costos administrativos, que llegan a ser entre dos y cuatro veces más altos que los de los países pioneros y Costa Rica.¹³

3.2.2 PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS.

Los problemas administrativos se dan en torno a tres grandes cuestiones que son: el gasto, la legislación y la falta de coordinación dentro del sector salud entre el seguro social y el ministerio de salud.

¹² *Ibid.* p.65

¹³ Tamburi, Geovanny. Reflexiones irreverentes. Op Cit. p 206

Al mismo tiempo, estos rubros, para su mejor comprensión se han subdividido. Así tenemos que, los problemas que versan sobre el gasto, podemos dividirlos en: a) el gasto que realiza la seguridad social con respecto al personal, dentro del cual sobresale una amplia burocracia, el salario que perciben y las prestaciones adicionales y; b) la multiplicidad de instituciones gestoras.

En general, los costos administrativos son mucho más altos que en los países desarrollados donde fluctúan entre el 2 y el 4 por ciento del gasto total. En los países donde hay pluralidad de instituciones o baja cobertura poblacional, el porcentaje tiende a ser más alto como en Bolivia, Colombia, Ecuador y Honduras. En los países con cobertura universal cuyos sistemas se iniciaron relativamente unificados o han tenido procesos posteriores de unificación y uniformación es más bajo el porcentaje, por ejemplo, Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile, Uruguay y Panamá. Generalmente los gastos administrativos de las instituciones privilegiadas son más altos que en la administración en general. En Bolivia el programa para el petróleo gasta 6 veces más por asegurado que la institución en general.

A) el costo del personal absorbe la mayoría del gasto administrativo. En muchos países, el seguro social se ha convertido en una importante fuente de empleo para aliviar el desempleo. Entre 50 y 75 por ciento del gasto administrativo de varios países van salarios y prestaciones adicionales del personal. Con frecuencia los empleados del seguro social son los mejor remunerados del sector público, sus salarios se ajustan a la inflación y disfrutan de condiciones laborales muy superiores a las de los asegurados. Entre los últimos, se encuentran las asignaciones por vivienda, transporte y alimentación, becas para estudiar en el extranjero, prestamos personales y prestaciones de seguro social más generosas que las correspondientes al sistema general y en algunos países no pagan contribución. Las huelgas del personal son frecuentes a fin de obtener concesiones de la administración. Los planes de emergencia del decenio pasado han provocado despidos de empleados, congelamiento de puestos y estímulos al retiro anticipado

ejemplos de ello, Argentina, Colombia y Costa Rica, pero las presiones sociales y políticas hacen muy difícil disminuir la enorme burocracia.

B) Parte del alto costo administrativo se debe a la multiplicidad de instituciones gestoras, aunque éstas se han reducido debido a los procesos de unificación. Aún así, en Colombia existen 300 instituciones y en Bolivia hay 12 seguros o cajas, 20 fondos complementarios y 5 cajas de salud.

Las estadísticas financieras con frecuencia se dividen en dos o más departamentos, lo que provoca que no haya integración o que existan contradicciones notables. En algunos casos no hay archivo contable durante períodos largos, o no se provee información para establecer la unión entre contribuciones o prestaciones por programa.

La ya mencionada falta de cuentas individuales provoca trámites de pensiones que a veces demoran años entre la solicitud y el otorgamiento.

En lo que ha problemas de legislación se refiere tenemos, que existe en muchos países una excesiva reglamentación de detalle que obliga a efectuar repetidas enmiendas creando un laberinto jurídico. Aún los sistemas unificados y uniformes de reciente creación, han desarrollado un conjunto legislativo abundante y complejo. Por ejemplo, la ley de 1981 que creó el nuevo programa de pensiones de Chile había sido modificada 15 veces hasta 1987, y tenía más de 400 disposiciones reglamentarias. Además, la concesión de las pensiones se enfoca casi siempre como un litigio jurídico en el que el asegurado tiene que probar su derecho mediante documentación, testigos, etc., lo que complica a la larga y hace costoso el trámite. Como es de suponer, todo esto aumenta el empleo de abogados en el seguro social.

Por último hablaremos ahora de la falta de coordinación dentro del sector salud entre el seguro social y el ministerio de salud. Dentro de este punto se analizan

problemas que se refieren a la organización y a la eficiencia del sector salud, de los cuales se desprenden: a) la necesidad de integración o una mejor coordinación entre los servicios de salud del seguro social y el ministerio de salud; b) la poca eficiencia hospitalaria; y c) la asignación irracional de recursos y fondos entre el seguro y el ministerio, así como entre los niveles de servicios de salud.

a) La necesidad de integrar o coordinar los servicios de salud del sector público, principalmente el ministerio de salud y del seguro social ha sido objeto de discusión durante decenios tanto por los expertos financieros y funcionarios de organizaciones internacionales y regionales especializadas, pero no ha rendido la acción deseada.

En la mayoría de los países latinoamericanos se han promulgado leyes para alcanzar ese objetivo. Sin embargo, pocos países, entre ellos Costa Rica, lo han logrado en realidad. En algunos países de la región la falta de integración ocasiona duplicidad de las instituciones y del costoso equipo, así como vacíos en la protección, distorsiones en la asignación de recursos e ineficacia hospitalaria.

Los ministerios de salud generalmente concentran su actividad en la atención primaria de la salud: prevención, saneamiento, nutrición, atención materno-infantil y educación para la salud y deben atender a la población que no tiene para pagar servicios privados. El seguro social tradicionalmente se concentra en la medicina curativa dirigida al grupo productivo de la población que tiene una incidencia de enfermedad menor que las mujeres embarazadas y los infantes, y a la población jubilada, que tiene mayor incidencia de enfermedad y demanda atención compleja y costosa. El seguro también cubre a los dependientes del asegurado (esposa e hijos menores) pero básicamente con medicina curativa. Sin embargo en Ecuador y Uruguay, la esposa del asegurado está protegida por maternidad pero no por enfermedad.

Los hijos del asegurado son candidatos a medicina curativa sólo durante los tres primeros meses de vida en Uruguay y en Ecuador, seis meses. Estas restricciones también se aplicaban hasta 1986 en el Perú.

Si bien el ministerio de salud por lo general debe proteger a la mayoría de la población, recibe un porcentaje de recursos no privados de salud muy inferiores al seguro social. Por ejemplo, en el decenio pasado en Colombia el ministerio debía cubrir al 82 por ciento de la población, pero recibía el 38 por ciento del ingreso de salud, mientras que el seguro cubría 18 por ciento de la población y recibía el 62 por ciento del seguro.¹⁴ Debido a esa desigualdad tan marcada los ministerios no cuentan con los recursos mínimos para dar atención de la salud a la mayoría de la población y la brecha con los servicios de seguro social parece haberse ampliado en los últimos años. En parte por este sesgo en la asignación de recursos, existe un exagerado predominio de la costosa medicina curativa sobre la menos costosa medicina preventiva. A principios de la década de 1980, la relación de recursos asignados a la medicina curativa frente a la preventiva era de 6 a 1 en Brasil y de 9 a 1 en México. En el primer país en 1949 el 13 por ciento del gasto de salud pública correspondía a la medicina curativa y el 87 por ciento a la medicina preventiva, pero en 1982 las proporciones se habían invertido: 85 y 15 por ciento respectivamente.

En los países menos desarrollados de la región, la población cubierta por el seguro social pertenece a los grupos de ingresos medios y altos, que no se ven tan afectados por las enfermedades del subdesarrollo (diarreas agudas, parásitos, desnutrición, enfermedades respiratorias e inmunoprevenibles) que son las principales causas de mortalidad general e infantil. Los fondos del seguro no se emplean fundamentalmente para combatir estas enfermedades, sino otras más típicas del desarrollo, que son las que más afectan a los asegurados. Por otra parte, el ministerio carece de recursos suficientes para reducir la incidencia de las enfermedades propias del subdesarrollo.

¹⁴ Mesa-Lago, Carmelo. Resumen de. Op Cit p 217

Además, los recursos de salud se concentran desproporcionadamente en el nivel terciario (medicina especializada) mientras que los niveles de atención primaria y secundaria no cuentan generalmente con personal y suministros adecuados. Debido a ello los usuarios (especialmente de la consulta externa) eluden los niveles inferiores y abarrotan los servicios de nivel terciario, provocando largas filas y obligando a un mal uso de los recursos asignados a servicios complejos. Los hospitales de este último nivel están concentrados en la capital y, como parte de los enfermos viaja desde el interior, se requieren más días de estancia para diagnóstico y período postoperatorio en dichos hospitales.

Por si esto fuera poco, cuando los asegurados intentan hacer uso de los servicios médicos a que tienen derecho, se ven frente a nuevas fuentes de inseguridad derivadas de la insuficiencia de los recursos y de la burocratización de los servicios, esto se traduce en largas esperas para recibir atención médica, tratamiento rutinario, arrogancia del personal, etc. Probablemente esta situación es ahora el punto neurálgico de la seguridad social para los grupos asegurados, excluidos los empleados con sueldos más altos. Indudablemente, son varias las opciones viables para financiar y administrar los servicios de salud pública dentro y fuera de los sistemas de seguridad social, lo esencial es que los servicios se unifiquen y coordinen.

La integración o alta coordinación de los servicios de los principales actuantes en la atención médica, así como una mayor asignación de recursos al ministerio de salud, la medicina preventiva, la lucha contra las enfermedades del subdesarrollo y medidas similares, podrían reducir la morbilidad y mortalidad, además de ahorrar recursos.

Pero la separación de presupuestos y filosofías de salud diferentes de ambas instituciones dificultan el logro de dicha meta, sin embargo, algunos países como

Costa Rica y Chile, han logrado reducir significativamente la tasa de mortalidad infantil asignando más recursos a la atención materno-infantil.¹⁵

¹⁵ Tamburi, Geovanny, Evolución, Tendencias y Op. Cit p. 88.

3.2.3 PROBLEMAS SOCIALES.

La evolución económica general ya descrita, los programas de ajuste estructural puestos en práctica durante los 80 y las dificultades de administración y funcionamiento con que se han enfrentado las instituciones de seguridad social, han tenido en conjunto consecuencias importantes respecto a las condiciones sociales, y han puesto en evidencia la necesidad de ejecutar políticas de protección social.

La primera consecuencia provocada por la seguridad social se da en los niveles de vida, y aquí podríamos imaginar que no existieran las prestaciones de seguridad social, el resultado sería que el número de personas por debajo de la línea de pobreza sería mayor de lo que es actualmente. Las pensiones por vejez, invalidez o muerte proveen un ingreso a los trabajadores y sus familiares dependientes cuando el asegurado no puede continuar trabajando o muere; los programas de riesgos profesionales han mejorado la seguridad en el trabajo y mantenido el ingreso del asegurado y su familia después de un accidente o enfermedad ocupacional, y las prestaciones por desempleo han mantenido el ingreso, aunque en muy pocos países y sólo en beneficio de parte de la fuerza laboral. A pesar de la importancia de este aspecto, no existen estudios que midan el efecto de dichos programas en el bienestar de la población.¹⁶

No obstante, se asume que el programa de enfermedad-maternidad del seguro social ha ejercido un efecto benéfico en la salud de la región. Los niveles de salud en Latinoamérica son los más altos entre los países subdesarrollados. Estudios realizados en 1980 reportaban una tasa promedio de mortalidad infantil de 66 por mil nacidos vivos y la esperanza de vida alcanzaba de 60 a 64 años, indicadores que sólo eran superados por los países desarrollados. Pero las variaciones en los

¹⁶ CISS. Seguridad Social, número 169, México D.F., 1989. p. 65.

niveles de salud entre los países del área son muy marcadas. La segunda consecuencia es una desigualdad, que esta relacionada con el acceso al servicio, prestaciones y calidad de los servicios.

"En la mayoría de los países latinoamericanos, al problema de la baja cobertura poblacional debe añadirse el de la desigualdad en el grado de cobertura entre grupos ocupacionales, ramas económicas, unidades geográficas y grupos étnicos. La cobertura tiende a estar correlacionada positivamente con el ingreso, la calificación laboral, el poder de los grupos de presión, la urbanización, el grado de desarrollo regional y la edad".¹⁷

La segunda consecuencia es una desigualdad, que esta relacionada con el acceso al servicio, prestaciones y calidad de los servicios. Una de las consecuencias que más preocupa en la actualidad es negativa ya que los estratos sociales que actualmente son los principales usuarios de los servicios de seguridad social han sido casi exclusivamente urbanos, formados por empleados y obreros que pertenecen a los sectores modernos de las economías y cuyos ingresos les permiten financiar parte de los costos reales de seguridad a través de sus contribuciones. Las características de estos estratos varían mucho conforme a la tasa y etapa nacional de urbanización e industrialización.

El grado de cobertura geográfica se da en aquellos estados, provincias o departamentos más desarrollados que son industrializados, sindicalizados, urbanos, con mayor porcentaje de asalariados e ingresos per cápita más altos, estos, tienen una cobertura notablemente mayor que los menos desarrollados en los que se encuentran los trabajadores agrícolas, no sindicalizados, rurales, con mayor porcentaje de trabajadores independientes e ingresos per cápita más bajos, aquí también podríamos ubicar a los indígenas.

¹⁷ Mesa-Lago, Carmelo, (comp.) La crisis de la seguridad social y la atención a la salud. México D.F., número 58, FCE, 1986, p. 202

La cobertura geográfica fluctuó entre el 6 y 100 por ciento en Argentina, 11 y 33 por ciento en Bolivia, 3 y 25 por ciento en Colombia, 54 y 100 por ciento en Costa Rica, 39 y 95 por ciento en Chile, 3 y 20 por ciento en Ecuador, 17 y 100 por ciento en México, 11 y 75 por ciento en Panamá, 3 y 27 por ciento en Perú y 17 y 69 por ciento en Uruguay. La excepción es donde se sitúa la capital, donde existe la cobertura más alta.

"En las desigualdades de las prestaciones deben distinguirse dos situaciones: la estratificación típica de los países pioneros (donde casi toda la población está asegurada, con diferencias notables entre las prestaciones que reciben los diversos grupos) y la inequidad existente en los países menos desarrollados, donde sólo una minoría de la población está asegurada y a menudo recibe beneficios generosos, mientras que la mayoría no está cubierta por el seguro social o sólo tiene acceso a los servicios inferiores de salud pública y asistencia social."¹⁸

Otra consecuencia negativa producto de la estratificación del seguro social, condujo a considerables desigualdades porque los grupos más poderosos recibieron más y mejores prestaciones que los menos organizados, es el caso específico de las fuerzas armadas, los empleados públicos, los empleados privados y los obreros, en ese orden.

En la década pasada, las desigualdades en las pensiones promedio entre grupos ocupacionales eran notables en relación con el promedio del régimen general. Por ejemplo, en Costa Rica existen 19 programas de pensiones para empleados públicos, independientes del sistema general. Los empleados públicos tienen el 20 por ciento del total de pensionados del país, pero reciben el 40 por ciento del total de gasto de pensiones y el 68 por ciento del subsidio estatal a todos los programas de pensiones, incluyendo las de asistencia social.

¹⁸ *Idem*.

La desigualdades en los servicios de salud también son notables. "En el decenio pasado una comparación entre 4 países (Colombia, Ecuador, México y Perú) de las camas de hospital y médicos por personas cubiertas encontró que los servicios de las fuerzas armadas eran 3 ó 4 veces mejores que los del ministerio de salud, y los servicios del seguro social eran dos veces mejores que los del ministerio, que tenían los peores servicios. Las fuerzas armadas no pagan por dichos servicios y los asegurados sólo por una cuarta parte de su costo, de ahí que los grupos de más bajos ingresos (cubiertos por los peores servicios) probablemente contribuían - a través de servicios e impuestos - a los servicios superiores que reciben los otros grupos. Estudios realizados en nueve países (Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, México, Panamá, Perú y Uruguay), también en el decenio pasado, midieron las diferencias extremas en camas de hospital médicos por población atendida entre las regiones (Estado, provincia, departamento) con los mejores y los peores servicios. Los resultados mostraron que las regiones más pobres, rurales, remotas y con la mayor concentración de población indígena recibían los peores servicios, mientras que las regiones más desarrolladas, de más altos ingresos y urbanas gozaban de los mejores servicios. Las diferencias más notables en cuanto a los médicos se encontraron en Perú (63 a 1) y para camas de hospital en México (8 a 1). Parte de estas desigualdades se justifican por la concentración lógica de servicios hospitalarios de tercer nivel en las zonas urbanas, pero son asimismo demasiado grandes y en gran medida responden a factores económicos y políticos."¹⁹

Existen también desigualdades entre los grupos de edad. En los países pioneros el gasto mayor de prestaciones se da en la población retirada, aunque parte continúe trabajando. El mayor volumen del gasto de salud lo absorbe la población en edad productiva, la cual tiene una incidencia de enfermedad menor que la población materno-infantil.

¹⁹ O.I.T. Privatización de las ... Op. Cit. p 150

Las prestaciones generosas y desigualdades en los países latinoamericanos han ayudado a incrementar el costo de la seguridad social, obstaculizando la universalización de la cobertura. Han contribuido también al desequilibrio actuarial y financiero y a la larga a erosionar el valor real de las pensiones y a deteriorar la calidad de la atención de la salud.

Desde nuestro punto de vista, el problema fundamental de los estratos de bajos ingresos se refiere a la inseguridad del empleo. Hasta hace poco, formas improvisadas de ganarse la vida, unidas a la ayuda espontánea entre parientes y vecinos, había logrado que el desempleo urbano mensurable no llegara a magnitudes críticas, pero hoy en día, con la situación económica actual se vive una crisis de empleo.

Además, en las zonas rurales, parece crecer el número de personas en situación precaria, pese al desplazamiento hacia las ciudades de aproximadamente la mitad del incremento natural de la población, sería imposible financiar medidas directas para establecer ingresos familiares mínimos, aunque el Estado fuese capaz de captar y redistribuir una proporción mucho mayor del ingreso nacional. Pero las deficiencias y frustraciones subyacentes persistirán hasta que esas masas puedan incorporarse a empleos que les ofrezcan un grado razonable de continuidad e ingresos que les permitan alcanzar un nivel de vida adecuado.

Este tipo de empleo, evidentemente, es un requisito previo para el funcionamiento de cualquier sistema de seguridad social basado en contribuciones. En todos los sectores sociales, el Estado enfrenta presiones de los beneficiarios para conseguir más beneficios, y de los beneficiarios potenciales para lograr iguales beneficios. El regateo por la distribución de los recursos públicos, hasta hace poco se limitaba sólo a las minorías urbanas. Ahora crecen constantemente los estratos de la población que encuentran cauces políticos para participar en las negociaciones.

3.3 REFORMAS A LA SEGURIDAD SOCIAL EN LATINOAMÉRICA.

Las dificultades que se resumieron en los párrafos anteriores son muy conocidas y se han analizado suficientemente. Todas son importantes, pero aquí analizamos aquellos que nos permiten tener un panorama amplio de la situación actual. El sistema chileno, en especial, ha sido objeto de estudios exhaustivos y de proposiciones de reformas desde el decenio de 1950. Que las reformas fueron lentas o de detalle, en este país como en algunos otros, que se sigan otorgando nuevos beneficios por leyes esporádicas, que el financiamiento siga siendo precario y que persistan procedimientos administrativos tortuosos, no se debe a que los gobiernos o el público no tengan conciencia del problema. La explicación debe buscarse en los actuales procesos de cambio de las estructuras sociales y económicas de América Latina.

Sin duda, en América Latina, el crecimiento económico ha sido vacilante y se ha distribuido de manera muy dispereja entre los países, los sectores económicos y las regiones internas. El cambio social ha sido rápido y penetrante, pero sujeto a contradicciones y discontinuidades. Los siguientes fenómenos son facetas del proceso global de cambio: a) crecimiento rápido y concentrado de las ciudades; b) desasosiego rural asociado a un estancamiento de los ingresos y de las oportunidades de empleo, mayor contacto entre la población rural y urbana, c) incapacidad de los sectores dinámicos de las economías para ofrecer empleo a una fuerza de trabajo en rápido crecimiento; d) emergencia y rápido crecimiento de estratos marginales de población, móviles en lo geográfico y en lo ocupacional, cuyas relaciones con los sistemas nacionales de producción, consumo y participación política son cada vez más inseguras.

Probablemente a alguno de estos puntos, las reformas a los sistemas de seguridad social intenten dar solución. Ya que desde 1980 se han intentado modificaciones y se a privilegiado la participación del sector privado en los regímenes de pensiones en algunos países latinoamericanos que, al cabo de muchos años de enconadas pugnas y polémicas que han impedido a varios gobiernos, entre ellos Argentina, Uruguay y Venezuela, sacar adelante sus planes originales.

Actualmente la reestructuración de dichos sistemas se esta abriendo paso en distintos países de la región y por diversos motivos. De un lado encontramos que muchos de ellos sufren graves deficiencias con respecto a prestaciones insuficientes, desequilibrios actuariales y financieros, escasa cobertura de la población, envejecimiento de esta y todos los demás que ya estudiamos. Y por otro lado, la reforma se enmarca dentro de los planes de ajuste estructural en curso en la región latinoamericana: privatización de empresas públicas, reducción de los gastos estatales y del déficit público, fomento del ahorro nacional, revitalización del mercado de capitales, etc.

Dentro de este marco y bajo las circunstancias novedosas se ha intentado algunas veces con éxito y otras no, el introducir reformas a la seguridad social. A continuación describiremos de acuerdo a la evolución histórica que la seguridad social tuvo en Latinoamérica, los tres grupos de países, señalando las líneas generales de dichas reformas.

El primer grupo de países, conformado por Argentina, Uruguay, Chile y Brasil, tienen en común que han sido también los primeros en impulsar las reformas a los sistemas, que han alcanzado o están próximos a alcanzar la universalidad en la cobertura a costos elevados y con desigualdades en la misma, en el financiamiento, en las prestaciones sumadas a las deficiencias administrativas y, que el Estado, ya no puede cubrir los déficits, especialmente bajo condiciones de crisis económica.

Dentro de este grupo, el país que se diferencia es Chile, quien al dar respuesta a la situación de crisis de los sistemas de la seguridad social introdujo la reforma más radical en el decenio pasado por medio de un proceso de privatización de la seguridad social más avanzado en pensiones que en salud.

Así tenemos que en 1980, tiempos del régimen militar, nace en Chile por decreto-ley,²⁰ que entró en vigor hasta el año siguiente, un proceso de reforma estructural del sistema de seguridad social en el país. Este cambio ha dado como resultado la instauración de un nuevo régimen privado de pensiones basado en el principio de la capitalización individual, el reemplazo del sistema público de reparto vigente desde 1952 y una drástica reorganización del sistema previsional de atención de la salud, en el que se estableció una modalidad de seguros privados de salud.

Los trabajadores chilenos tuvieron un plazo de 5 años que expiró en 1986, para elegir entre permanecer en el antiguo sistema que ya no admite nuevos afiliados y que desaparecerá con sus últimos pensionistas o, sumarse al nuevo.

Este nuevo sistema es obligatorio y reglamentado por el Estado, quien además financia la transición del viejo al nuevo sistema y tutela el funcionamiento general del mismo; garantiza también una pensión mínima a sus afiliados que hayan cotizado al menos 20 años al sistema. La edad de retiro es de 65 años para hombres y 60 para mujeres. Las fuerzas armadas y la policía conservaron sus regímenes propios.²¹

El sistema es administrado por sociedades privadas que compiten entre sí por los asegurados, se les llama Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Los asegurados tienen libertad para escoger las aseguradoras.²² Las AFP están sujetas a requerimientos mínimos de capital y rentabilidad; sus ingresos provienen de los

²⁰ Ibid. p. 180

²¹ Marcel, Mario y Arenas, Alberto. Reformas a la Seguridad Social en Chile. Washington, D.C., USA, BID, 1992, p. 37-38

²² Ibidem.

aportes y se financian mediante una comisión cobrada a los miembros, estas administradoras garantizan rentabilidad y minimizan el riesgo financiero. Las cuentas se cubren con un 10 por ciento del salario, y no reciben aportación empresarial. Además de la vejez, se incluye un seguro de invalidez y de sobrevivientes con una cotización suplementaria que oscila entre el 2.5 y el 3.7% del salario.²³

En cuanto al sector salud, el establecimiento de un sistema privado de atención al público se ha venido creando con nuevos seguros llamados Sociedades Privadas de Prepago (ISAPRES), que se subdividen en abiertos y cerrados. ISAPRES abiertos, admiten a cualquier usuario que pueda pagar las tarifas comerciales que casi siempre son los grupos de altos ingresos. ISAPRES cerrados, admiten a empleados de menores ingresos en donde el empleado paga una parte y la otra parte la proporciona la empresa.

El sector salud, actualmente se encuentra constituido por tres sistemas: el público, los sistemas institucionales de salud (el de fuerzas armadas y policía) y el privado (ISAPRES).

El sistema público, provee pensiones mínimas y atención de salud a los indigentes. Actualmente, el 85 por ciento de los asegurados activos pertenece al nuevo sistema de pensiones.²⁴

Con el retorno de la democracia al país, el nuevo gobierno respetó la reforma, que en los últimos años ha desarrollado un acalorado debate entre críticos y partidarios.

En Argentina, fue aprobada la reforma mediante la ley 24241 de septiembre de 1993, adoptada al término de un largo e intenso debate parlamentario y popular, por

²³ O.I.T. *La privatización de las ... Op Cit.* p. 159

²⁴ Marcel, Mario. y Arenas, Alberto *Op cit* p. 39

lo que el gobierno optó por la negociación con los sindicatos y los empresarios, en la que se perfiló el sistema obligatorio mixto.²⁵

De este modo, la ley implanta un Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones De que abarca las contingencias de vejez, invalidez y muerte. Comprende dos regímenes: a) régimen previsional público, fundamentado en el otorgamiento de prestaciones por parte del Estado que se financiara mediante un sistema de reparto; y b) un régimen de capitalización individual para trabajadores que los deseen, a cargo de las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP).

Los empleadores cotizaran un 16 por ciento de la remuneración, siempre al régimen público de reparto, y los trabajadores un 11 por ciento, sea al régimen público o al de capitalización individual. El primero provee una "prestación adicional por permanencia" para los trabajadores que decidan permanecer en el y no entrar en el régimen de capitalización individual. Este régimen concederá también una prestación compensatoria, vinculada a la antigüedad de la afiliación del interesado y a la magnitud de su remuneración media anual. En este régimen se pretende un grado alto de solidaridad ya que se distribuirán igualmente las sumas recaudadas.

El segundo régimen se inspira en el de Chile, pero no es idéntico. Una de las diferencias es que puedan construir AFJP entidades como los estados provinciales, la municipalidad de Buenos Aires y otras sociedades sin fines de lucro.

El Estado proporcionará garantías para el buen funcionamiento del sistema general y procurará que los fondos de capitalización obtengan una rentabilidad mínima. Una superintendencia de las AFJP vigilará y ordenará su funcionamiento. Se instituye también un Consejo Nacional de Previsión Social, que reunirá a trabajadores, beneficiarios y empresarios para velar por la buena marcha de todo el sistema.

²⁵ Idem.

A partir de que se aprobó la ley, alrededor de 20 AFJP estaban ya en fase de constitución, promovidas por bancos nacionales y extranjeros, compañías de seguros, agrupaciones de sindicatos. El Banco de la Nación espera atraer a los empleados y funcionarios públicos.

El gobierno del presidente Saúl Menem involucrado en un amplio plan de privatizaciones, espera que las AFJP atraigan cuantiosas sumas cuyo capital sirva para la restructuración económica.

En lo que respecta a Uruguay, el proceso de reforma no ha concluido. Sin embargo, ha empezado desde los años 70 a incrementar la unidad y la uniformidad del sistema, aumentó la edad de jubilación y suprimió algunas prestaciones costosas.

En 1988, se introdujo otra reforma más profunda, que eliminó algunos programas privilegiados, estableció el ajuste de las pensiones en base al índice de salarios del año precedente y fijó un tope máximo a las pensiones. Por último, en 1989, prácticamente todos los partidos políticos aprobaron una reforma constitucional que ordenó ajustar las pensiones al costo de la vida en 1990.

En Brasil, casi no ha ocurrido nada, un proyecto de ley para eliminar las pensiones anticipadas o por antigüedad no fue aprobada.

El segundo grupo de países, conformado por Ecuador, Panamá, Perú, Costa Rica, México, Paraguay y Venezuela. Hasta los años 80 este grupo de países disfrutaba de una situación financiera más solvente, en apariencia, que el grupo de países anteriormente descrito. Incluso Panamá, México y Venezuela para 1970 estaban cubriendo parte del sector rural, para los dos últimos países esta medida fue consecuencia del auge petrolero. Pero en el decenio pasado la crisis económica paralizó o redujo el ritmo de los avances en la cobertura y algunos de los países han

empezado a sufrir las consecuencias del desequilibrio y en consecuencia, empiezan a dar las primeras reformas a los sistemas en los países siguientes:

Costa Rica, a partir de 1982 comenzaron a introducirse modificaciones en el sistema de seguridad social con el propósito de solucionar la crisis financiera. Las autoridades costarricenses circunscribieron estas modificaciones al ámbito administrativo y legal, dada la percepción de que el deterioro financiero se debía básicamente a problemas administrativos agravados por la crisis económica por la que atravesaba el país. Como parte de estas modificaciones, se aplicaron cuatro nuevos modelos de atención de consulta externa a fin de mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios, además de reducir los costos.²⁶

La caja costarricense del seguro social, puso en práctica medidas orientadas a regular y estabilizar su situación financiera. La primera medida fue la reorganización de sus niveles directivos, agregando a las dos subgerencias existentes la médica y administrativa, la subgerencia financiera. Se procuró, solucionar el déficit mediante la aplicación de medidas tales como: a) un aumento del 75 por ciento en las cuotas obrero-patronales; b) negociaciones para que el Estado pagara una suma sustancial de su deuda acumulada, lográndose además que el Congreso incluyera una norma en el presupuesto de la República, en 1983, en la que establecía que la Contraloría General de la República no aprobará ningún presupuesto del Estado si este se encontraba atrasado en sus cuotas al sistema; c) la aplicación de la medida anterior también al sector privado, de manera que toda empresa privada que quisiera participar en licitaciones públicas debía de mostrar que estaba al día en sus obligaciones con el sistema y, d) la aplicación de varias medidas para reducir el número de empleados del sistema y el gasto salarial.²⁷

²⁶ Miranda, Guido. Repercusión de la ... Op Cit p. 5
²⁷ Idem. p.17,18

Por último se procuró mejorar la eficiencia mediante la aplicación de cuatro "modelos de consulta externa" que coexisten con el modelo tradicional de atención médica: 1) medicina de empresa, que consiste en la contratación de los servicios médicos por parte de las empresas mientras que la caja de seguridad social proporciona el apoyo logístico, es decir, medicamentos y exámenes; 2) medicina mixta, mediante la cual el paciente escoge al médico y paga la consulta, pero el sistema brinda el apoyo logístico; 3) modelo británico, que consiste en un servicio ambulatorio de atención integral del individuo en su comunidad y 4) clínica para obreros y trabajadores que son clínicas cooperativas completamente equipadas que ofrecen servicios a trabajadores no calificados.²⁸

A raíz del aumento de las cuotas obrero patronales los ingresos se incrementaron, el Estado empezó a pagar puntualmente sus cuotas. Una vez puestas en marcha las reformas e iniciada la etapa de recuperación se obtuvo un ascenso sostenido logrando alcanzar los niveles que el sistema tenía en 1978.²⁹

En Perú, el régimen que entro en funcionamiento secundó los cambios políticos introducidos por el Presidente A. Fujimori, que siguió las mismas líneas del modelo chileno. La cotización de las AFP se sitúa en torno al 13,5 por ciento del salario: un 10 por ciento para el de jubilación, 1,5 por ciento para las prestaciones de invalidez y de sobrevivientes y una comisión del 2 por ciento para gastos de administración.

Al igual que en Chile, el empresario no contribuye, aunque ha de ofrecer un aumento salarial único del 13,23 por ciento al trabajador que opte por el fondo de pensiones privado. Otras diferencias con el sistema chileno son que los bonos de reconocimiento tienen un tope, no devengan intereses y tampoco se prevé una pensión mínima garantizada. Con estas medidas, entre otras, el gobierno peruano

²⁸ Miranda Gutiérrez, Guido, Retos y Perspectivas de la Seguridad Social. Costa Rica. Ed. CISS, 1989, p. 28
²⁹ Idem, p. 25-29

intenta limitar la abultada factura que supuso y supone la fase de transición de uno a otro sistema en Chile. Las AFP empezaron a funcionar en 1993.

En Colombia se adoptó en 1993, una reforma completa de todos sus regímenes previsionales. La ley establece a través de sus 289 artículos un "Sistema de Seguridad Social Integral". Fija sus principios generales, las normas de administración, financiamiento, así como los sistemas de pensiones y de salud y los servicios sociales complementarios. Entre los principios generales se proclama que el Estado tiene el deber de garantizar la solidaridad mediante su participación, control y dirección.³⁰

La reforma prevé la prestación de servicios del sector privado tanto en el régimen de pensiones como en la atención médica, para promover la competencia de aquel con el sistema público a cargo del Instituto de Seguros Sociales.

En materia de salud, la ley prevé que la reforma se concrete para el año 2 000. Las empresas promotoras de salud competirán con el sistema para facilitar los mismos servicios. El monto de la cotización será de hasta un 12 por ciento del salario, dos terceras partes a cargo del empleador y una tercera parte a cargo del trabajador.

En lo relativo a pensiones se instituyen dos tipos de regímenes con libertad de elección, de forma semejante al Perú: 1) el régimen solidario, a cargo del Instituto de Seguridad Social y las cajas de previsión que sean autorizadas por el gobierno nacional; 2) el régimen de ahorro individual con solidaridad, basado en cuentas de ahorro individual gestionadas por las Sociedades Administradoras de Fondos.

A diferencia de Chile, el empleador sufraga el 75 por ciento de la cotización y el trabajador el 25 por ciento restante. Se crea un fondo de solidaridad con el uno por

³⁰ O.I.T. La Seguridad Social en la Perspectiva del año 2 000. Ginebra, Suiza, OIT. 1984. p. 115-120. Op. Cit. p.153.

ciento de todos los trabajadores cuya remuneración sea equivalente o superior a cuatro veces el salario mínimo legal. Los afiliados al régimen privado tendrán derecho a ella cuando acrediten 150 semanas de cotización, a los 62 años hombres y 55 mujeres hasta el año 2 014, entonces podrá pasar a 62-57, tras un estudio previo. El régimen privado será gobernado por una superintendencia bancaria y se prevé la participación de representantes de los afiliados de las SAFF.

El tercer grupo de países, formado por los países latinoamericanos menos desarrollados que se encuentran en centroamérica excluyendo a Costa Rica y Panamá, no se encontró algún rastro de reformas, más por el contrario, parece ser que la prioridad de estos países es extender la cobertura, pero dicha meta se ve limitada por barreras estructurales, además de que la crisis económica agravado las dificultades anteriores y ha contribuido al deterioro financiero.

De esta manera Guatemala con apoyo del BID, está ampliando la cobertura del seguro social de enfermedad-maternidad a regiones menos desarrolladas.

Nicaragua logró unificar el sistema de salud bajo el ministerio de salud y extender la cobertura, pero la prolongada crisis política y económica, combinada con hiperinflación, creó graves problemas financieros y un deterioro en la calidad de los servicios.

Como se ha visto la reforma a la seguridad social es una cuestión candente en casi todos los países latinoamericanos; más aún en el área de pensiones. Las presiones económicas ligadas al ajuste estructural se han centrado así en ésta rama de la seguridad social, que suele ser la más costosa para el erario público. La polémica se ha venido desarrollando en torno a los principios que deben inspirar la reforma para que quede garantizada y ampliada la necesaria protección social.

La decimotercera Conferencia de los Estados de América miembros de la O.I.T. trató este asunto y sus interlocutores convinieron en lo siguiente: que es necesario efectuar reformas de los regímenes de seguridad social, las cuales pueden incluir cambios estructurales e implicar una revisión del papel que desempeña el Estado, así mismo se reafirmaron los principios fundamentales que deben inspirar la seguridad social; que no hay recetas ni modelos de valor universal y que cada país deberá de tomar sus propias soluciones.

Por último, la ayuda técnica y financiera de los organismos internacionales y regionales es importante en todos los intentos de reforma de la seguridad social que se dan y podrán darse en América Latina.

Es un desafío para Latinoamérica el que lleve a cabo reformas acertadas en la seguridad social para alcanzar los propósitos que en su nacimiento se pretendían, para ello se debe ser consciente de que se deben lograr los objetivos diseñados en una sociedad más justa para llegar al año 2,000 con niveles de vida superiores, además de salud.

CONCLUSIONES

La seguridad social es un sistema que nació de la solidaridad humana, en principio el socorro a los necesitados fue un acto privado. Sin embargo lo limitado y aleatorio de esta forma de ayuda no funcionó cuando los problemas aumentaron. Al aumento de la población y la creación de situaciones sociales más complejas, derribadas de la acelerada urbanización, el crecimiento de la población, la modificación de los sistemas de producción y la presión de los grupos organizados derivó en una acción tutelada por el Estado para prevenir el riesgo en la protección del individuo, su familia y la sociedad en su conjunto.

Posteriormente en la Revolución Francesa se declara al Estado responsable de proporcionar la subsistencia adecuada a los necesitados. Casi al final del siglo XIX, que se caracteriza por una gran efervescencia social, gran producción de doctrinas políticas y sociales que tienden a reivindicar a los obreros, reclaman derechos para los trabajadores y sus familias, así como límites a la autoridad patronal, lo que obligo al Estado a intervenir de manera más definitiva en dos vertientes: por un lado, los servicios de asistencia pública, y por otro, auspiciando la creación de nuevas instituciones como los seguros sociales, que son el antecedente inmediato de la seguridad social, la cual puede definirse como una institución económica impuesta por el poder público que debe asegurar, a las clases económicamente débiles o socialmente necesitadas, contra toda pérdida o disminución del trabajo, así como para velar y mantener la salud de toda la población.

Si consideramos que la seguridad social es una forma de organización humana, basada en el principio de solidaridad universal, cuyo objeto es proporcionar a la población un estado mínimo básico de bienestar, implementando medidas que alejen de la sociedad el temor a la necesidad y garanticen una coexistencia social

decorosa y que ha evolucionado históricamente de acuerdo a una gran variedad de formas y situaciones, comprendemos la dificultad de aplicar una definición única que satisfaga todas sus manifestaciones.

En principio, el seguro social se basaba en el reconocimiento de que un número cada vez más grande de personas dependía de una ocupación para su bienestar, todo lo que perturbara el empleo estable y previsible se traduciría en inseguridad individual y conflicto social.

Originalmente el seguro social trataba de mantener el ingreso de las familias, mediante la protección de los jefes de ellas, contra los riesgos que se podían calcular, o que podían ser previsibles, tales como accidentes, enfermedad, invalidez, vejez, desempleo y muerte. Esto se tradujo en diversas clases de programas que proveían ciertos beneficios en efectivo, además de atención a la salud, los programas específicos variaban en cuanto al momento de la adopción, la extensión de la cobertura, los modos de financiamiento y las estructuras administrativas.

Se observa pues, como en primera instancia la seguridad social tenía como finalidad cubrir o indemnizar el riesgo económico individual y se organizó de manera voluntaria, en una segunda instancia los gobiernos participaron e hicieron obligatoria la pertenencia a las instituciones auspiciadas por ellos, más tarde se consideraron a los sistemas de seguridad social como mecanismos redistribuidores del ingreso y mantenedores de un mínimo necesario de bienestar.

Cabe señalar que el primer programa de seguro social importante se adoptó en 1883 en Alemania y formó parte de la política de Bismarck de promoción de la unidad nacional y estímulo al desarrollo capitalista que trataba de controlar a la clase trabajadora y de promover la paz social mediante políticas sociales paternalistas.

Por ello, los programas adoptados finalmente en todas las sociedades capitalistas occidentales durante los tres primeros decenios del siglo XIX fueron básicamente variaciones de un tema de política social definido por la Alemania de Bismarck, modelo que resultó particularmente importante y atractivo para los primeros adoptantes del seguro social en Latinoamérica, tales como Argentina, Chile, Uruguay y Brasil.

Además, La Primera Guerra Mundial desempeñó un papel importante en la difusión del seguro social como el primer acercamiento al capitalismo de administración estatal, así como la Segunda Guerra Mundial fue fundamental para el surgimiento del Estado Benefactor. Asimismo, la guerra y la Revolución Rusa concentraron en occidente la necesidad de aliviar los efectos perturbadores y generadores de conflictos del desarrollo centrados en el mercado, lo que se llamó la cuestión social. Así, El Tratado de Versalles se ocupó de estos asuntos y articuló un enfoque reformista de la cuestión social que luego se difundió principalmente por medio de la O.I.T.

La O.I.T, se convirtió en el centro de la reforma socioeconómica, sobre todo en lo relativo al trabajo. El seguro social se convirtió en uno de los programas principales de este enfoque y en el hogar de expertos en seguro social, que con el tiempo se transformó en un grupo de referencia para los profesionales del seguro social en países específicos.

Desde su inicio en la Alemania de Bismarck y su difusión por la O.I.T. y otras organizaciones especializadas, la seguridad social ha estado centrada en la administración socioeconómica del Estado, el problema de la cohesión social ayudó

a mantenerlo en éste sitio, elaborando procedimientos para la integración de la sociedad.

De esta manera, se puede señalar que existe toda una corriente filosófica internacional, cada día más importante y difundida en el mundo, que tiende a estimar a la seguridad social como un instrumento integral para desarrollar a un país, lo cual hace necesario dejar de considerar a las instituciones como mecanismos eminentemente indemnizatorios y que se orientan activamente a lograr la ampliación de la vida productiva de los individuos, se espera de ella, el que se convierta en una herramienta poderosa para cambiar y mejorar la estructura de la población de los países.

Desde el punto de vista político, la política de la seguridad social se liga a una reestructuración de la relación entre el Estado y la economía de las sociedades capitalistas modernas. A fines del siglo XIX, había en todo el mundo capitalista occidental una tendencia general a la reafirmación por parte del Estado de un papel más regulador y directivo en relación con el mercado, tendencia que continuó y expandió durante todo el siglo XX.

El Estado trata de controlar la tensión entre las necesidades de acumulación de capital e inversión por una parte, y de legitimación del sistema mediante la integración sociopolítica, por la otra. La política de seguro social surgió como el primer enfoque político-administrativo. En consecuencia, la seguridad social se convirtió en una característica casi universal de una fase particular del desarrollo capitalista en el siglo XX.

Así, la cronología de la adopción de programas de seguro social varió de acuerdo con diversos factores tales como el grado y el tipo de desarrollo alcanzado por países específicos.

Desde el punto de vista del derecho, el seguro social se consideraba a menudo como parte de una extensión de los derechos sociales a los derechos civiles y políticos. Pero el seguro social no es un derecho de los ciudadanos en el sentido original, pues en un sistema de contribución obligatoria en el que el derecho de un beneficiario proviene de su contribución, a la que se le agrega la del empleador y a veces el Estado, se ligan el hecho de que el beneficiario esté empleado, de modo tal que el derecho al seguro social depende del que se esté empleado, no de la ciudadanía por lo menos. La capacidad para disfrutar este tipo de derecho social está mediatizada por la estructura del empleo en la sociedad.

Para entender el desarrollo que la seguridad social ha tenido en Latinoamérica debemos tener presente, de acuerdo a lo anterior, los factores internos como son el factor demográfico, económico, social, político, de grupos de presión e institucional, así como los factores que trascienden las líneas de sus propias fronteras nacionales y regionales, como son el desarrollo social, la difusión cultural, la normalización internacional, así como la cooperación internacional.

La conclusión más importante es el hecho de que Latinoamérica haya adoptado e implantado sistemas de seguridad social, pues a pesar de sus deficiencias y dificultades que durante su desarrollo se han presentado, ha sido buena para la región en términos de calidad de vida, en materia de salud, y en fomentar una conciencia entre la sociedad en lo que respecta al reconocimiento de sus derechos sociales.

Mediante programas que mantienen el ingreso y proveen atención de la salud, la seguridad social ha contribuido a mejorar los niveles de vida en la región. En 1980, antes de la crisis económica, los niveles de salud en la región eran los más altos de entre los países en desarrollo. Pero el desarrollo de la seguridad social no ha sido uniforme en América Latina y enfrenta difíciles problemas.

Así tenemos que, el modelo tradicional de los seguros sociales, cuyo antecedente es el modelo de Bismarck de fines de siglo XIX, es el que predomina en la mayoría de los países de América Latina. Los tipos de programas particulares reflejaron la peculiaridades del contexto del desarrollo dependiente. Cuando surgió el seguro social a principios de siglo, muchos países adoptaron tal enfoque adaptándolo a las circunstancias locales. En los decenios que precedieron, estos adoptantes adquirieron la política de seguro social a la secuencia de desarrollo del sistema internacional.

Otros países adoptaron más tarde algunos programas de seguro social, que reflejaban el crecimiento más lento del sector secundario en relación del crecimiento del sector primario de sus economías, pero cuando se adoptaban se adherían a la teoría internacional más reciente respecto a la reforma programática definida y aconsejada por organismos como la O.I.T, que a su vez habían sido influidos por experiencias de los primeros adoptantes latinoamericanos y de los países centrales. Los estímulos de la difusión emanaban de la región, además de provenir del exterior.

Los conceptos que se encuentran detrás del seguro social en Latinoamérica son muy semejantes y reflejan principalmente las concepciones anteriores a la Segunda Guerra Mundial. Los objetivos que se plantearon en las doctrinas filosóficas posteriores a ésta, no han sido ampliamente cubiertos en Latinoamérica. Es por esta razón, que no podemos hablar de seguridad, sino de seguro social en la región a

excepción de Argentina, Uruguay, Chile y Costa Rica que se aproximan al concepto de seguridad social.

El seguro social no surgió en Latinoamérica en forma de programas de seguridad universales, sino en programas parciales cuya cobertura se extendía sólo a ciertas ocupaciones del sector moderno de la economía. A partir de este punto se han extendido los programas tanto en grupos cubiertos como conjunto de beneficios, pero esto a sucedido en forma marginal y fragmentaria a través del tiempo.

América Latina puede dividirse en un conjunto de adoptantes tempranos, adoptantes intermedios y adoptantes tardíos. La cobertura en todos ellos fue limitada al principio, concentrada principalmente en los militares, en los empleados públicos, los empleados de empresas privadas y los obreros de los sectores capitalistas modernos de la economía.

Los patrones actuales de la cobertura siguen reflejando no sólo el grado, sino también la estructura del desarrollo en diversos países: los países con PNB más grandes tienen la cobertura mayor, Uruguay, Chile, Costa Rica tienen virtualmente una cobertura completa, mientras que otros países latinoamericanos tienen intervalos variables que reflejan estructuras donde no se cubrió un gran porcentaje de la población rural y marginados urbanos o subempleados. Estos patrones de cobertura tienen un efecto importante sobre la repercusión distributiva de tales programas, discriminando a los sectores más pobres.

Los programas básicos de beneficios en dinero se encuentran en pensiones de vejez, supervivencia e invalidez, se otorga la compensación para los trabajadores en todos los sistemas pero, ningún país latinoamericano tiene un sistema amplio de

seguro de desempleo, aunque cuatro países tienen tipos limitados de cobertura de desempleo para grupos específicos.

En América Latina, no se ha podido, o no se ha querido articular o forzar políticas de pleno empleo, en cambio, la política ha sido determinante de a quién se protege, cómo y cuándo. Además de que existe una noción clara de que los reclamos de seguridad social constituyen un derecho, en cambio la asistencia social no.

En la atención a la salud, desde el principio, la mayoría de los países latinoamericanos han realizado en el mantenimiento de la salud un esfuerzo muy superior. Aunque la cobertura varía, todos los países tienen alguna forma de seguro de salud y maternidad, en los países como Chile, Costa Rica y Panamá, la cobertura es prácticamente universal.

Uno de los aspectos más complejos, controvertibles y difíciles de clarear en todo el sistema del seguro social son sus efectos distributivos. Para esto debemos recordar que la importancia política del seguro social reside parcialmente en el hecho de que en Latinoamérica el seguro social es el programa más grande de transferencia de ingresos.

El atractivo político de los programas de seguro social era el hecho de que en teoría estabilizarían y asegurarían niveles de ingreso de ciertos sectores de la población, otro era el de los costos que se socializarían en el conjunto de la sociedad y, además, también se socializarían a través del tiempo, es decir de las generaciones.

En Latinoamérica es evidente que los sistemas generales se encuentran en efecto estratificados en alguna medida. Hay una gran diferencia entre la cobertura en el

sector público (militares y empleados públicos) y en el sector privado, que suele ser inferior en éste último. La estratificación refleja en primer término, el alcance limitado y variable de la cobertura donde suelen quedar excluidos los sectores de ingresos más bajos.

A lo largo de los años ochenta se dan tres fenómenos: deterioro económico que agravó el desequilibrio financiero de los sistemas, creciente intranquilidad social y un seguro social que alcanza los límites de su capacidad física.

El mejoramiento regional del seguro social debe provenir de una enunciación clara de los problemas actuales a fin de encontrar su solución.

Hay una política doble de protección social en la región : a) la seguridad social, en realidad seguro social, que cubre al sector laboral urbano formal y a veces al sector rural moderno, que disfruta de empleo y salarios estables, y b) la asistencia pública o asistencia social , que cubre el sector urbano informal, y el sector rural tradicional que no califica para el seguro social porque están desempleados o subempleos. La primera implica un derecho, basado en las contribuciones salariales que recibe más recursos públicos que la segunda , que asume la característica de una donación.

Es difícil que el seguro social se amplíe más allá del sector laboral formal, en realidad en los países que tienen la cobertura más alta ; ni siquiera cubre esta totalmente ese sector, y la cobertura a declinado durante los años ochenta en los países del cono sur.

Por lo tanto la cobertura más baja se encuentra entre quienes trabajan por cuenta propia, los trabajadores no calificados, sobre todo en agricultura y en servicios y en los estratos de ingresos más bajos: los subempleados.

La universalización de la cobertura del seguro social es viable sólo si se erradica el subempleo, o se universaliza el sector formal moderno. Pero las tendencias anteriores indican que la mayoría de los países de la región tardarían un siglo en llegar a la meta.

Se recomienda la integración de la seguridad social en una política global de desarrollo social que persiga los tres objetivos principales siguientes: a) cambiar el perfil de la producción para satisfacer las necesidades básicas de la población, incluidas una nutrición y una atención primaria a la salud adecuadas, b) promover el pleno empleo y, c) ofrecer una protección mínima a la población contra los riesgos sociales.

De acuerdo a cinco variables: grado de industrialización y modernización agrícola, etapa de transición demográfica, tamaño de los sectores laborales informales y tradicionales, cobertura de los servicios de salud primarios y cobertura de la seguridad social. La atención a la salud proporcionada tanto por el seguro social como por el ministerio es costosa e ineficiente porque se orienta al hospital y el médico, hay duplicación de instalaciones y ausencia de coordinación entre los dos.

Causas externas de la crisis de las pensiones de Latinoamérica: a) declinación de las tasas de crecimiento de la población, de los asegurados; b) aumento de la esperanza de vida y ; c) ajuste pleno de las pensiones a la inflación.

Causas internas que pueden recrudecer la crisis: liberalización de las prestaciones y de las condiciones de adquisición de derechos. La crisis proviene sobre todo del incremento del número de pensionados que viven más tiempo, combinado con una reducción relativa de los contribuyentes y se agrava por la indicación plena de las pensiones.

La seguridad social es víctima de las crisis económicas pero, también se reconoce que las causas del desequilibrio son también estructurales, de modo que la recuperación económica no podría restablecer por si sola el equilibrio de aportaciones y gastos. La razón es que las estrategias de desarrollo aplicadas hasta ahora han contribuido a los cambios demográficos que aumentan los gastos de pensiones pero que no han promovido el crecimiento del empleo y de los salarios, el aumento de pensiones y el aumento de la edad de jubilación reduciría la disponibilidad de empleos nuevos para la juventud, y dadas las importantes diferencias en la esperanza de vida entre grupos y regiones, impediría que la mayoría de los asegurados jamás cobrara sus pensiones.

La seguridad social a pesar de sus diferencias ha pasado a ser el instrumento más poderoso para el desarrollo social capaz de originar un mejoramiento gradual de las condiciones sanitarias y de los niveles de vida de la población. La salud es el deber prioritario de la seguridad social.

Los problemas torales y al mismo tiempo el desafío inmediato por afrontar se refieren a la eficiencia en la prestación de servicios de salud y su financiamiento.

La crisis económica mundial afecta con mayor dureza a los países en desarrollo, situación que repercute en los sistemas de seguridad social en donde la inflación, el

desempleo y la carencia de recursos impiden un sano desarrollo de los programas de seguridad social.

Surgen incluso adversarios de la seguridad social que la acusan de constituir un factor inflacionario y aún se propone la cancelación de los programas de seguridad social, pero en realidad los sistemas son víctimas al impedirle las crisis económicas su adecuada expansión y mejora en las coberturas.

No existe una solución internacional común, cada sistema nacional tiene ante sí problemas distintos en magnitud, en origen y en detalles, congruentemente con ellos los asuntos deben resolverse en cada país.

Cada país a alcanzado diversos niveles en sus sistemas, aunque hay puntos comunes en el origen de los problemas: inflación, carencia de recursos suficientes y desempleo por sobre todos ellos.

La crisis de la seguridad social ha forzado la reforma en algunos países, en el caso de Chile de una manera muy radical con la privatización del sistema, y en otros países, mediante planes de emergencia, aumento de las contribuciones, cortes en las prestaciones y el personal, intentos de aumentar la eficiencia o privatizando el área de pensiones. Aunque algunos de estos planes temporales han tenido éxito, no ocurrió así en la mayoría y la prolongación de la crisis económica ha empeorado la situación.

Por ello es obvio que se requiere una reforma a fondo del sistema, pero de sobra se sabe lo difícil que esto resulta políticamente hablando.

De acuerdo a esto, no podemos decir que las reformas a los sistemas que hasta hoy se han dado en algunos países de la región sean las más adecuadas, ni ideales, debemos recordar que se han dado en países con regímenes autoritarios y en una década donde se ha tratado de reducir al Estado decentralizándolo lo más posible para llevarlo hasta su más mínima expresión. Pero la privatización de los regímenes de pensiones no es un asunto meramente económico o financiero, sino que como ya se vio, encierran problemas muy delicados de carácter político y social, razón por la cual no debe tratarse del mismo modo que la privatización del banco o cualquier empresa pública. Los sindicatos y algunos ministerios de trabajo se quejan de que están primado las consideraciones económicas sobre la protección social.

La ayuda técnica y financiera de los organismos internacionales y regionales es necesaria para la reforma de la seguridad social en la región, que es vista como un desafío que enfrenta la democracia para construir un sistema socialmente equitativo y al mismo tiempo una sociedad más justa y un nivel de vida superior.

BIBLIOGRAFIA BASICA

1. BOWEN Herrera, Alfredo.

Introducción a la Seguridad Social.
Tercera edición.
Chile, Ed. Jurídica de Chile, 1992.

2. DE GEYNDT, WILLY.

Colombia: Social Security Review.
Washington. Banco Mundial, 1987.

3. FARRERA Orozco, Ricardo.

Evolución de la Seguridad Social en América.
México, D.F., CIESS, 1977.

4. LOMBERA Pallares, Enrique, et.al.

Progresión y Avances de la Seguridad Social en América.
México, D.F., CIESS-IMSS, 1980.

5. MARCEL, Mario y Arenas, Alberto.

Reformas a la Seguridad Social en Chile.
Washington., BID., 1992.

6. MENJIVAR, Oscar.

Reforma y Funcionamiento del Sistema de Previsión.
Informe de Trabajo.
Washington., BID., 1990.

7. MESA-LAGO, Carmelo.

Modelos de la Seguridad Social en América Latina.

Traduc. Mario R. Dos Santos.

Buenos Aires, Argentina. Ed. Siap-Planteos, 1977.

8. MESA-LAGO, Carmelo.(comp.)

La Crisis de la Seguridad Social y la Atención a la Salud.

Traduc. Eduardo L. Suárez.

Número 58. México D.F., Ed. FCE., 1986.

9. MESA-LAGO, Carmelo.

El Desarrollo de la Seguridad Social en América Latina.

Estudios e Informes de la CEPAL. Número 43.

Santiago de Chile, CEPAL, 1985.

10. MESA-LAGO, Carmelo.

La Seguridad Social en América Latina.

Tema especial. Informe 1991. Banco Interamericano de
Desarrollo.

Washington, D.C., USA, Ed. CIESS, 1991.

11. MIRANDA Gutierrez, Guido.

Retos y Perspectivas de la Seguridad Social.

Costa Rica. Ed. CISS. Seguro Social de Costa Rica, 1989.

12. MIRANDA Gutierrez, Guido.

Repercusión de la Crisis Económica en la Caja Costarricense
del Seguro Social.

Informe de Trabajo.

Washington, D.C., USA., BID., 1990.

13. MOCTEZUMA Barragán, Javier. Et.al. (memoria).

II Congreso Interamericano Jurídico de la Seguridad Social.
México, D.F., Ed. CIPO, ISSSTE, CISS, 1991.

14. NARRO Robles, José, Moctezuma Barragán, Javier. (Comp.)

La Seguridad Social y el Estado Moderno.
Primera edición.
México, D.F., IMSS, FCE, ISSSTE, 1992.

15. O.I.T.

Integración Económica Regional y Seguridad Social en América Latina.
México, D.F., O.I.T., 1968.

16. O.I.T.

Introducción a la Seguridad Social.
Segunda edición.
Ginebra, Suiza. OIT. 1984.

17. O.I.T.

La Seguridad Social en la perspectiva del año 2 000.
Informe presentado al Dir. Gral. De la O.I.T. sobre la Seguridad Social de los países industrializados frente a los cambios económicos y sociales.
Ginebra, Suiza. O.I.T., 1984.

18. PALMERO Zilveti, Olga. Et. Al.

Financiamiento y Extensión de la Seguridad Social en América Latina.
México, D.F., IMSS, 1981.

19. SCHULTHESS Walter, E.

El Sistema Boliviano de Seguridad Social: pautas para su Reforma.
La Paz, Bolivia. UDAPE, 1988.

20. TAMBURI, Geovanny.

Evolución, Tendencias y Perspectivas de los Sistemas de
Salud de la Seguridad Social en América Latina.

México, D.F., O.I.T., 1982.

21.-TAMBURI, Geovanny.

Reflexiones Irreverentes sobre la Seguridad Social en América
Latina.

Costa Rica. CISS. 1989.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

1. ALMANSA Pastor, José.

El Derecho a la Seguridad Social del Futuro.

Madrid, España,. Ed.: CISS, Seguro Social de Costa Rica, 1989.

2. BERNARDO de Quiros, Juan.

Prestaciones Sociales en los Regímenes de Seguridad Social en América.

México, Ed. CIESS, 1976.

3. CAMPO Schiavo, Salvatore y W. Singer, Hans.

Perspectivas de Desarrollo Económico.

Traduc. Jorge Ferreiro Santana.

Primera edición.

México, D.F., Ed. Fondo de Cultura Económica, 1977.

4. CARRANZA, José Antonio.

Las Prestaciones Sociales ante la Crisis.

Jornadas sobre capacitación en la Seguridad Social.

México. Ed. CIESS, 1983.

5. GARCIA Flores, Margarita.

La Seguridad Social y la Población Marginada en México.

Primera edición. México, D.F., UNAM, 1989.

6. ISE-BID.

Principales aspectos del desarrollo social.

Washington, D.C. USA, BID, 1990.

7. IMSS.

Cuarenta años de Historia.
México, D.F., IMSS, 1983.

8. IMSS.

Diez años de Solidaridad Social: expresión de la doctrina mexicana de seguridad social integral.
México D.F., IMSS, 1984.

9. IMSS.

Memoria de la Primera Reunión del Grupo de Trabajo Regional Americano sobre la Protección social a Grupos Marginados.
México, D.F., IMSS, 1990.

10. IMSS.

Seguridad Social y Organismos Internacionales.
México, IMSS, 1979.

11. J.R., Hicks.

La Estructura Social. Una introducción a la economía.
Primera edición. México., FCE, 1987.

12. MARTINEZ Osvaldo et. Al.

Hacia una propuesta de desarrollo para América Latina.
Primera edición. México. UNAM, 1989.

13. NORIEGA Cantú, Alfonso.

Los Derechos Sociales. Creación de la Revolución de 1910.
México, D.F., UNAM, 1988.

14. RUEZGA Barba, Antonio.

Enfoque Sistémico de la Administración de la SeguridadSocial Latinoamericana

México, D.F., CISS, Secretaría General, 1993.

15. O. I.T.

El Costo de la Seguridad Social 1984-1986.

Ginebra, Suiza. OIT, 1988 y 1989.

16. O.I.T.

El Seguro Social y la Protección Social.

Memoria del Director General.

Ginebra, Suiza. OIT, 1993.

17. O.I.T.

Memoria del Director General de Actividades de la O.I.T.

Ginebra, Suiza. OIT, 1993.

18. PALMERO Zilveti, Olga y Garza Ramos, Juan.

Derechos Humanos y Seguridad Social.

Declaraciones, resoluciones y recomendaciones internacionales.

México, D.F., CISS, IMSS, 1992.

19. PALMERO Zilveti, Olga. (Comp.)

50 años de Resoluciones de la CISS.

México, D.F., CISS, 1992.

20. PRONATASS.

Sistema Nacional de Previsión Social: situación a fines de la
Década de los ochenta.

Buenos Aires, Argentina. PRONATASS, 1990.

21. Secretaría General de la CISS.

Informe de la Secretaría general de la CISS.

México, D.F., CISS, 1989.

22. VISQUERRA, Enrique.

El Derecho a la Seguridad Social.

Guatemala. CISS, 1989.

23. WOLFE, Marhall.

El Desarrollo Esquivo.

Exploraciones en la política social y la realidad sociopolítica.

Primera edición.

México, D.F., FCE. 1976.

HEMEROGRAFIA

1. XIII Asamblea General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.
Boletín Informativo. CPISS.
Bimestral.
México D.F., 1983.
2. Conferencia Introductoria al Seminario. Salud y Seguridad Social en Centroamérica.
Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud.
Trimestral.
México, D.F., 1980.
3. La Cooperación Internacional en Materia de Seguridad Social en las Américas.

Anuario Jurídico,
México, D.F., 1980.
4. Cuestión Social.
Revista Mexicana de la Seguridad Social.
Genaro Borrego Estrada.
Bimestral.
Número 30, Julio-septiembre de 1993.
México, D.F.
96 páginas.

5. Derecho al Trabajo y a la Seguridad Social.
Hernández- Pulido J.R.
Anuario Jurídico,
México, D.F., 1985.

6. El perfil de la Seguridad Social en el siglo XXI.
Intervenciones de la XV Asamblea General de la CISS.
Bimestral.
Número 170, enero-marzo de 1990.
México, D.F.

7. Estudios de la Seguridad Social.
Asociación Interamericana de Seguridad Social.
Número 24, 119 páginas.
Buenos Aires , Argentina.

8. Estudios de la Seguridad Social.
Asociación Interamericana de Seguridad Social.
Número 43, 88 páginas.
Buenos Aires, Argentina.

9. Impacto de la Crisis Económica en las Instituciones de Seguridad Social.
Soto Pérez, Carlos.
Trimestral.
Número 172.
México D.F., 1990.

10. La Cooperación Internacional y la Seguridad Social.
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.
Trimestral.
México, D.F., 1987.

11. La Seguridad Social en México.
Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud.
Trimestral.
México, D.F., 1980.

12. Organización de la Seguridad Social.
Miranda Toledo, A.
Mensual.
Colombia, 1980.

13. Pensiones: Diagnóstico y Medida del Impacto Financiero.
Seguridad Social.
Bimestral.
Número 174.
México, D.F., 1991.

14. Revista Internacional del Trabajo.
Organización Internacional del Trabajo.
Bimestral.
Número uno, volumen 113., páginas 183.
Ginebra, Suiza, 1994.

15. Revista Mexicana del Trabajo. Nueva Epoca.
Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
Bimestral.
Número 3, septiembre-diciembre de 1993.
México, D.F.

16. Revista Mexicana de Ciencia Política.
González Pedrero, Enrique.
Bimestral.
Número 54. Año XIV, octubre-diciembre de 1968.
México, D.F.

17. Seguridad Social.
Conferencia Interamericana de Seguridad Social.
Cuatrimestral.
Número 169.
México D.F., 1989.

18. Tendencias en la Seguridad Social.
Asociación Internacional de la Seguridad Social.
Número 3, marzo de 1993.
Ginebra, Suiza.

19. Tendencias en la Seguridad Social.
Asociación Internacional de la Seguridad Social.
Número 4, agosto de 1993.
Ginebra, Suiza.