

80  
20



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE ECONOMIA

LA ECONOMIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN  
MEXICO. ANTECEDENTES Y REFORMA DE LOS  
SISTEMAS DE SEGURO SOCIAL Y SALUD  
PUBLICA.

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN ECONOMIA  
P R E S E N T A  
**LEONARDO LOMELI VANEGAS**



DIRECTOR DE TESIS: DR. JOSE AYALA ESPINO

MEXICO, D. F.

1996



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

**A mi madre, con el cariño de siempre.**

**A la Universidad Nacional Autónoma de México,  
con gratitud.**

## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo contó para su realización con una beca de la Fundación U.N.A.M. y fue dirigida por el doctor José Ayala Espino siendo titular de la Cátedra Extraordinaria "Ignacio Ramírez", de la Asociación de Ex-Alumnos de la Facultad de Economía, a la que también doy las gracias por las acciones que realiza en favor de la Facultad. Gracias al profesor Ayala este trabajo está hoy concluido, mucho más tarde de lo que originalmente estaba previsto. Quiero reiterar mi agradecimiento a Rolando Cordera, sinodal, maestro y sobre todo, amigo. A Carlos Tello Macías, Eliezer Morales Aragón y Carlos Schaffer, mi agradecimiento por su interés en este trabajo y por sus observaciones. A Mario Beltrán, Gerente de la Asociación de Ex-Alumnos, por su amistad y sus valiosos consejos. A Rafael Cordera, por su inolvidable curso de Análisis del Cambio Social en México. A María Eugenia Moreno Esquivel, con quien tengo una profunda deuda de amistad y de desarrollo profesional. A María Eugenia Romero, Eloisa Andjel, Sofía Méndez, Rogelio Huerta, Ramón Plaza y Enrique Provencio, por los excelentes cursos que impartieron durante la carrera y sus valiosos consejos. A Tomás Irena y Roberto Cabral por su amistad y su permanente apoyo. Al doctor Angel Calderón por sus consejos y por el material que generosamente compartió conmigo. A Javier Medina porque gran parte de la bibliografía de este trabajo me fue proporcionada por él, al igual que su excelente tesis de maestría. A mis amigos Marcos Avalos, Salvador Anguiano, Ernesto Bravo, Miguel Angel González Guadarrama, Mauricio López, Manuel Palma y Javier Urbieto, por el privilegio de haber sido miembros de una generación plural, participativa, pero sobre todo, solidaria y comprometida con su Facultad y su Universidad. A mis amigos de la Asociación Nacional de Estudiantes de Economía, en especial a Alberto Velázquez, Bernardo Flores, David Díaz, Luis Felipe López, Rodolfo Madrid y Jesús Zambrano. A Javier Núñez y Humberto Roque, por su amistad y sus siempre atinados consejos. A mis amigos de El Colegio de México, en especial a Jorge Conde y Elías Ramírez. A Juan Pablo Arroyo, por su permanente interés en la conclusión de este trabajo. A mis maestras Yolanda Arroyo, Elsa Cano y Martha Celada Del Castillo. A mi familia, en especial a mi tía Jovita y a mi hermano. Y a mis maestros y amigos de la Facultad de Filosofía y Letras, a quienes espero dedicar próximamente mi tesis de historia.

## ÍNDICE

### Introducción

Capítulo 1.	
La Economía de la seguridad social: una nota introductoria.	1
1.1 Aspectos Macroeconómicos.	2
1.2 Aspectos Microeconómicos.	14
1.3 Aspectos Institucionales.	19
Capítulo 2.	
Modelos y experiencias de la seguridad social en algunos países desarrollados y en América Latina.	39
2.1 Modelos de seguridad social.	41
2.2 La seguridad social en los países desarrollados.	46
2.3 Las experiencias latinoamericanas.	56
2.4 Experiencias recientes de reforma de la seguridad social: el caso chileno.	64
Capítulo 3.	
Antecedentes históricos y marco institucional de la seguridad social en México.	79
3.1 El concepto de seguridad social en México a partir de la constitución de 1917.	80
3.2 Marco institucional del sistema de bienestar social mexicano.	85
Capítulo 4.	
El marco organizacional de la seguridad social en México	100
4.1 Los organismos de seguridad social y salud pública para los trabajadores asalariados	105
4.2 Organismos de atención a población abierta	114
4.3 Análisis comparativo del tamaño y la estructura del sistema de seguridad social en México.	117
Capítulo 5	
La reforma de la seguridad social en México.	131
5.1 El Sistema de Ahorro para el Retiro.	132
5.2 La reforma de la seguridad social (1995-1996)	138
5.3 La reforma del sistema de salud pública.	144
5.4 Perspectivas de la reforma.	148
Sumario General	157
Bibliografía.	162

## INTRODUCCIÓN

La seguridad social es una de las creaciones más importantes del capitalismo contemporáneo. Aunque con una multiplicidad de formas y con coberturas y prestaciones muy desiguales, está presente como derecho en el mejor de los casos, como aspiración en el peor, en las constituciones de la gran mayoría de los Estados modernos. Su desarrollo en la mayor parte del mundo ha sido uno de los procesos más interesantes de la historia económica y social del siglo XX. Su importancia dentro de la economía y la sociedad tal como las hemos conocido en esta segunda mitad del siglo resulta innegable.

Pero como parte de un proceso más amplio de reforma del Estado, la seguridad social ha sido objeto en las últimas dos décadas de un intenso debate acerca de su financiamiento, de su cobertura, de su eficiencia y de su futuro mismo. Se han operado en estos años cambios importantes en las tendencias de la economía internacional y se ha producido una importante transición demográfica en los países desarrollados que comienza a trasladarse a los países que aún no superan el subdesarrollo y que por lo tanto, en la mayoría de los casos no han podido consolidar sistemas como los de los países industrializados, lo cual obliga a revisar el esquema básico sobre el cual la seguridad social basó su espectacular crecimiento.

La necesidad de la reforma es evidente: los problemas financieros que han comenzado a presentarse en las sociedades más desarrolladas o en aquellas que fueron pioneras en la introducción de sistemas de seguridad social, obligan a discutir las alternativas de financiamiento y organización que pueden tener los sistemas actuales. Las posiciones que se han definido apuntan o bien hacia una reforma parcial del sistema de reparto con aportes y beneficios definidos, en el que se basa la mayor parte de los sistemas de pensiones del mundo, o bien hacia una reforma radical que suponga la adopción de sistemas de capitalización individual. Pero además, el significado político y las consecuencias sociales de la reforma de la seguridad social hacen de éste un tema relevante de la reforma del Estado, que seguramente requerirá de mayor atención por parte de los estudiosos de la economía y de la sociedad en general.

Resulta pertinente destacar que aún cuando tradicionalmente hemos asociado la aparición y desarrollo del Estado Benefactor al auge del keynesianismo, existen ámbitos que pueden ser separados y considerados una función del Estado más allá de los cambios ideológicos que se hayan presentado en los últimos años y que obligan a la revisión y en ocasiones al abandono de muchos de los objetivos que guiaron la intervención de inspiración keynesiana en la economía. Esta tesis, propuesta por Rolando Cordera y Enrique González Tiburcio, señala que existen tres aspectos que históricamente coincidieron y fueron compatibles entre sí, pero que pueden también ser separados no sólo analíticamente sino pragmáticamente, y que son la política social del Estado Benefactor; la dirección macroeconómica keynesiana y el compromiso con el pleno empleo.<sup>1</sup> Por lo tanto, es importante emprender la revisión de este tema a partir del reconocimiento de que la seguridad social ha adquirido carta de naturalización en las sociedades modernas y constituye un entramado de prestaciones y derechos sociales difícil de desmontar por su arraigo y clientela, e incluso de reformar por los intereses que en ella convergen.

El problema de la reforma adquiere otro tono cuando nos referimos a países, como el nuestro, que enfrentan un rezago en materia de salud y bienestar social y que por lo tanto, plantean el problema de reformar sistemas que comienzan a presentar problemas financieros sin haber podido cumplir satisfactoriamente la misión para la que fueron creados. Esto obliga no sólo a proponer alternativas de financiamiento, sino a discutir la eficiencia del marco institucional y la estructura organizativa de estos sistemas y a la necesidad de revisar prioridades y actualizar estrategias. Esto supone además, de estudios especializados que rebasan el ámbito de esta tesis y que lo mismo comprenden cálculos actuariales que proyecciones epidemiológicas, pero que por lo mismo constituyen un campo abierto a la cooperación interdisciplinaria.

---

0

---

Esta tesis surgió tanto del interés en la economía pública moderna que ha despertado y promovido entre varios miembros de mi generación y de las generaciones subsecuentes el

<sup>1</sup> Cordera y González Tiburcio, 1992, p. 205.

doctor José Ayala, como del interés que por la política social y los temas relacionados he adquirido como ayudante de Rolando Cordera. Con ambos tengo una profunda deuda intelectual por esas y otras muchas enseñanzas. Fue precisamente gracias a Rolando Cordera que tuve mi primera aproximación al tema de la economía de la seguridad social. Años antes, en la clase de Análisis del Cambio Social en México y durante una exposición acerca de la política laboral del presidente Ávila Camacho, recuerdo haber restado importancia a la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social y haber recibido la observación de Rafael Cordera, titular del curso, sobre la importancia del Seguro Social no sólo para entender el sexenio 1940-1946, sino el desarrollo económico posterior. Creo que la mayor enseñanza de esta tesis ha sido corroborar lo acertado de sus palabras.

El objetivo del presente trabajo es presentar una introducción al debate contemporáneo sobre la seguridad social y a los aspectos más importantes de la reforma llevada a cabo en nuestro país recientemente. Forma parte a su vez de un proyecto más amplio sobre el sector público mexicano que coordina el doctor José Ayala Espino en el marco de la Cátedra Extraordinaria Ignacio Ramírez, que patrocina la Asociación de Ex-Alumnos de la Facultad de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El capítulo 1 intenta dar una idea de la gran diversidad de temas de la economía que están relacionados con la seguridad social. La división en aspectos microeconómicos, macroeconómicos e institucionales es artificial (como todas las divisiones conceptuales), pero pretende ordenar mejor la exposición de temas que en realidad están íntima e inseparablemente relacionados. El capítulo 2 ofrece antecedentes generales sobre el desarrollo y la reforma de la seguridad social a nivel mundial, ofreciendo como ejemplos de las principales tendencias a nivel mundial las experiencias de algunos países desarrollados y latinoamericanos. Por las características mismas de este trabajo, ninguno de estos dos capítulos refleja la riqueza bibliográfica ni la amplitud del debate que existen en torno a estas cuestiones, por lo que deben ser vistos sólo como una primera aproximación que busca resaltar algunos elementos significativos para abordar el tema de nuestra propia reforma.

El capítulo 3 ofrece una síntesis del desarrollo histórico del marco institucional de la seguridad social en México y del estado que guardaba antes de la reforma de 1995. El

capítulo 4 está dedicado a las organizaciones que de acuerdo con ese marco están encargadas de prestar los servicios correspondientes. En este capítulo se destaca en particular la importancia del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y de la Secretaría de Salud, aún con riesgo de dejar de lado aspectos muy importantes de otros organismos descentralizados como el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, por tratarse de los organismos de seguridad social más importantes y representativos del país. El capítulo 5 presenta de manera descriptiva la reforma de la seguridad social así como las probables tendencias que puede seguir la reforma del sistema de salud. Aunque es difícil pretender ser concluyente sobre un tema de la complejidad y la magnitud de la seguridad social, a lo largo de todo el trabajo se intenta demostrar la tesis de que el diseño institucional es un elemento importante para el desempeño del sistema de seguridad social, por lo que los resultados de cualquier tipo de reforma dependen de la definición de un marco institucional adecuado para alcanzar los fines propuestos, mediante la adecuada estructuración de incentivos y la minimización de los costos. Se incluye una bibliografía por capítulos además de la bibliografía general, para resaltar la gran cantidad de trabajos disponibles sobre el tema, de los cuales por desgracia son relativamente pocos los que abordan el caso mexicano, situación que esperamos sea remediada en el futuro inmediato.

# 1

## **LA ECONOMÍA DE LA SEGURIDAD SOCIAL: UNA NOTA INTRODUCTORIA.**

La seguridad social es una de las instituciones más características del capitalismo contemporáneo. Las etapas por las que ha atravesado, han tenido lugar dentro de un contexto más amplio de transformaciones en la economía y la sociedad. Los cambios más trascendentales de la seguridad social han correspondido a dos etapas importantes del capitalismo moderno. Mientras el surgimiento del concepto de seguro social formó parte de la respuesta del Estado al sindicalismo y los movimientos obreros que tuvieron lugar durante la industrialización tardía en Alemania, país cuyo capitalismo siempre se ha caracterizado por un importante grado de intervención estatal, la siguiente etapa correspondió a la redefinición del papel del Estado frente a las fallas del mercado para garantizar la estabilidad del conjunto del sistema económico y social.

Hoy día los sistemas de seguridad social en todo el mundo son objeto de discusión. En los países desarrollados y en aquellos que se encuentran en proceso de desarrollo, la seguridad social ocupa un lugar importante en la agenda de la reforma del Estado. Con las particularidades que confieren a cada caso los diferentes grados de desarrollo económico y social, la diversidad de modelos de seguridad social existentes y la estructura demográfica (aspecto por demás relevante) de cada país, las últimas dos décadas se han caracterizado por la importante discusión en torno al financiamiento y a nuevos esquemas de organización de la seguridad social que se ha llevado a cabo a nivel mundial. Aunque la polémica sigue (y para algunos, apenas comienza), podemos caracterizar la presente década como el período de instrumentación de las reformas, concebidas a partir del debate y de las experiencias concretas de la década de los ochenta.

El propósito de este capítulo es presentar una introducción analítica a los aspectos económicos más relevantes del estudio de la seguridad social. Para su exposición, han sido divididos en tres categorías: aspectos macroeconómicos, aspectos microeconómicos y aspectos institucionales. Sin embargo, es necesario destacar que estas tres categorías no son independientes entre sí: un adecuado diseño institucional tiene efectos microeconómicos que se reflejan también en el desempeño macroeconómico. Por otro lado, la seguridad social es un campo especialmente propicio para destacar la importancia de las instituciones en el análisis económico; un estudio de la seguridad social que no tomara en cuenta la complejidad de su marco institucional y de su estructura organizacional, estaría dejando fuera del análisis una dimensión de la mayor importancia para comprender la eficiencia del sistema y sus posibilidades de reforma.

### **1.1 Aspectos macroeconómicos.**

La seguridad social tiene importantes efectos sobre el desempeño macroeconómico de un país, por lo que los modelos de seguridad social que se han instrumentado en este siglo han formado parte de modelos más amplios de participación del Estado en la economía. El surgimiento de los grandes sistemas de seguridad social en los países desarrollados tuvo como marco de referencia una importante expansión del gasto público, un cambio significativo en su estructura y un importante incremento de las funciones reguladoras del Estado. La promoción del desarrollo a través de políticas de empleo y sectoriales y el aumento del gasto social (salud, educación, servicios básicos y combate a la pobreza) caracterizaron esta etapa de expansión del Estado. La reestructuración de los programas del seguro social dentro de un paquete más amplio de servicios y prestaciones sociales era congruente con el nuevo papel que asumía el Estado en la economía. La magnitud de las contribuciones a la seguridad social fue aumentando como proporción del Producto Interno Bruto, por lo que se convirtió en una variable macroeconómica relevante para el desempeño general de la economía.

Sin embargo, a medida que aumentaron las obligaciones del Estado en materia de salud y seguridad social y que los esquemas originales de los sistemas de pensiones fueron rebasados, las alternativas de financiamiento de la seguridad social se convirtieron en un tema relevante, que en la actualidad ocupa lo mismo a los académicos que a los políticos y a los diseñadores de las políticas públicas. Por su importancia a nivel internacional y porque para muchos aún ofrece importantes posibilidades de reforma y de complementación con otros planes de ahorro, ya sean ocupacionales o individuales, voluntarios o forzosos, nos referiremos en principio al modelo de reparto para pasar revista a continuación a los efectos macroeconómicos más relevantes de los sistemas de capitalización individual.

### **Sistemas de reparto**

El modelo dominante en los últimos cincuenta años en materia de seguridad social ha sido el modelo de reparto (mejor conocido en inglés como *as-pay-as-you-go*). El modelo de reparto se basa en contribuciones bipartitas (empleado-empleador) o tripartitas (empleado-empleador-Estado) a un fondo general del que salen los recursos para pagar las pensiones de los trabajadores jubilados. El sistema se basa en la transferencia intergeneracional de recursos: el ahorro forzoso de las generaciones jóvenes bajo la forma de contribuciones a la seguridad social, sirve para financiar las pensiones de las generaciones en edad de retiro. Los jóvenes por su parte tienen la certidumbre de que al llegar a la edad de retiro recibirán una pensión que será financiada a su vez por las generaciones más jóvenes. Sin embargo, la teoría económica se ha preocupado en los últimos veinticinco años por precisar cuáles son las condiciones en las cuales puede operar el sistema de reparto y en particular, cuáles son las tasas de crecimiento económico y demográfico que son compatibles con este régimen de seguridad social.

El sistema de reparto comparte con los otros esquemas de seguridad social un supuesto básico, según el cual es necesario obligar a los trabajadores a ahorrar para

financiar el consumo que realizarán durante su período de retiro. Sin embargo, en el sistema de reparto la pensión que el trabajador cotizante reciba en el futuro no está directamente relacionada con sus aportaciones o dicho de otra manera, su ingreso en el período de retiro no necesariamente es proporcional a lo que haya cotizado en su período laboral. Ciertamente, su pensión dependerá de sus años de servicio y en varios sistemas, el monto se determina con base en un promedio simple del salario devengado en los últimos años. Sin embargo, en términos generales las pensiones del presente no se están financiando con las contribuciones del pasado, sino con las contribuciones del presente; esto quiere decir que un sistema basado en el modelo de reparto redistribuye el ingreso entre generaciones: las generaciones jóvenes están pagando las pensiones de las generaciones viejas y a su vez pueden esperar que las generaciones que vienen atrás harán lo propio, porque existen instituciones que garantizan que las cotizaciones del presente les darán el derecho a recibir una pensión en el futuro.

Para que este sistema pueda autofinanciarse y no genere presiones fiscales, existen una serie de condiciones de carácter técnico que deben satisfacerse para cumplir con los cálculos actuariales en los que se basa el sistema de reparto. El sistema de reparto ha sido estudiado desde el punto de vista de los modelos de generaciones traslapadas, en un intento por precisar las condiciones bajo las cuales es óptimo en el sentido de Pareto (cuando no puede ser mejorado el bienestar de nadie sin disminuir el de alguno de los participantes).

En un modelo simplificado en el que las generaciones viven dos períodos (el período laboral y el período de retiro) y siempre coexisten dos generaciones, la primera generación (que al inicio del sistema de seguridad social ya se encuentra en su segundo período, el de retiro) siempre tendrá beneficios extraordinarios: el Estado paga sus pensiones sin que haya cotizado durante el período laboral. Sin embargo, a partir de este momento surgen diferencias cruciales (siempre dentro del modelo), dependiendo del régimen que se establezca en materia de seguridad social. Si se opta por un sistema completamente capitalizado con las aportaciones de los trabajadores (aportaciones individuales a una

cuenta de ahorro forzoso), se estará realizando un desplazamiento intertemporal del consumo, con lo cual no aumenta la tasa de ahorro total de la economía pues el ahorro forzoso desplaza al voluntario y tampoco tiene lugar ningún cambio en la acumulación de capital (es preciso señalar que por la estructura y los supuestos del modelo, existe una relación directa entre la tasa de ahorro y la tasa de acumulación de la economía, relación que es objeto de una discusión por sí misma).<sup>1</sup>

Las conclusiones cambian automáticamente si introducimos en el modelo el sistema de reparto. A partir de ese momento cada generación hace aportaciones a la seguridad social que sirven para financiar no sus propias pensiones, sino las pensiones de la población retirada. Sin embargo, si la población económicamente activa crece a una tasa constante, puede deducirse que la sumatoria de las contribuciones de la población cotizante supera siempre a la sumatoria de las contribuciones de la generación anterior, con lo cual cada generación recibe más de lo que aportó; pero hay un efecto secundario sobre la tasa de ahorro total de la economía. Debido a que en un esquema de transferencia intergeneracional del ingreso el consumo del período de retiro no depende básicamente de la cantidad ahorrada por trabajador y de la tasa de interés del mercado, sino de la tasa de crecimiento de la población, puede producirse un desplazamiento del ahorro corriente de las familias, similar al incremento en el consumo de la edad de retiro que es producto de las tendencias demográficas y no de los hábitos de ahorro. Esto quiere decir que las familias decidirán ahorrar menos para cada nivel de ingreso, pues sus pensiones no son función directa de su esfuerzo de ahorro en el presente. Las consecuencias de esta reducción en el ahorro son una tasa de interés de equilibrio mayor, una tasa salarial menor y una tasa de acumulación de capital menor.<sup>2</sup>

A largo plazo, el efecto de la seguridad social se deja sentir también en el acervo de capital correspondiente al estado estacionario: éste sería menor, como consecuencia de tasas de acumulación menores. Sin embargo, la ineficiencia del sistema depende en gran

---

<sup>1</sup> Blanchard y Fischer, 1992, p.111.

<sup>2</sup> Blanchard y Fischer, 1992, pp. 110-111.

medida de los valores que asuman  $n$  (la tasa de crecimiento demográfico) y  $r$  (la tasa de interés prevaeciente antes de la introducción del sistema de reparto). Si  $r$  era menor que  $n$ , los efectos de la seguridad social son ambiguos por la reducción o posible eliminación de la ineficiencia dinámica. Si  $r$  era mayor que  $n$  antes de introducir el sistema de reparto, la ineficiencia dinámica asegura que se producirán los efectos anteriormente mencionados.<sup>1</sup>

Sin embargo, ha sido la transición demográfica en la mayoría de los países, antes que la posible ineficiencia dinámica de los sistemas de reparto, la que ha obligado a su revisión, reforma y en algunos casos remplazo por sistemas de capitalización individual. Los costos de los programas de la seguridad social en su conjunto han aumentado en las últimas décadas, pero en particular los de los sistemas de salud y los de los planes públicos de pensiones. Es necesario señalar que en muchos países el acelerado incremento de los costos de administración de los sistemas de reparto se deben a que los organismos que administran los planes públicos de retiro ofrecen también los servicios de medicina preventiva y curativa y que para el desarrollo de la infraestructura médica y hospitalaria, recurrieron a las reservas de los fondos de retiro.

Los planes públicos de pensiones se financian con aportaciones de empleados y empleadores proporcionales al salario, que asumen la forma de impuestos sobre la nómina. Algunos economistas sostienen que los impuestos sobre la nómina introducen distorsiones en el mercado laboral, inhiben el crecimiento del empleo formal y por lo tanto, tienen efectos negativos sobre el crecimiento de la economía. A medida que cambian las características demográficas iniciales, aparecen problemas de financiamiento que presionan a los sistemas a incrementar el impuesto a la nómina, a recurrir al financiamiento público directo o bien a introducir reformas que privaticen total o parcialmente la administración de las pensiones.

En sus etapas iniciales, generalmente superavitarias, los planes públicos de pensiones pueden acumular reservas que invierten ya sea en instrumentos de rendimiento

---

<sup>1</sup> Blanchard y Fischer, 1994, p. 113.

fijo o en infraestructura; pero a medida que cambia el perfil demográfico se acercan a una situación en la que los ingresos corrientes no alcanzan a cubrir las pensiones corrientes. Los problemas de financiamiento de los planes públicos de seguridad social han llevado a varios países a incrementar la tasa del impuesto sobre la nómina, lo cual ha tenido un efecto negativo sobre la demanda de mano de obra, la oferta de mano de obra calificada en los mercados formales y el crecimiento del producto interno bruto de esos países.

Por otro lado, la población comienza a crecer más lentamente y en los países desarrollados la proporción de la población retirada en relación a la población económicamente activa excedió desde hace dos décadas los cálculos actuariales sobre los que fueron proyectados sus sistemas de retiro. La población mundial envejece a tasas crecientes, como consecuencia del avance de la medicina, de la disminución de la fecundidad y de mejores condiciones de vida, lo cual indica que la proporción entre población económicamente activa y población en edad de retiro tiende a disminuir: cada vez hay menos trabajadores en activo cotizando por cada pensionado. A esto se añade que en muchos países el período de trabajo se redujo al mismo tiempo que la esperanza de vida aumentaba.

Al mismo tiempo que cambiaba el perfil demográfico, el crecimiento comenzó a ser más inestable a partir de la década de los setenta y reaparecieron altas tasas de inflación en los países desarrollados (incluso en algunos subdesarrollados que gozaron de largos períodos de baja inflación, como México). La inflación afecta a la mayoría de los planes públicos de retiro, ya que las pensiones generalmente no se encuentran indizadas y cuando se decide incrementarlas, casi siempre se observa un rezago con respecto a la inflación, con lo cual el ingreso real de los ancianos en países en vías de desarrollo que experimentan tasas altas de inflación puede desplomarse en pocos años.

La reforma a los sistemas de seguridad social enfrenta también muchos problemas desde el punto de vista de la equidad, objetivo tan importante como el de la eficiencia. Los sistemas de reparto favorecen la redistribución del ingreso cuando cuentan con un diseño

adecuado, mientras que los planes de capitalización individual son más regresivos en ese aspecto. En principio cabría esperar una concentración del ingreso en la edad de retiro muy similar a la que prevaleció durante la vida laboral de cada generación de trabajadores, pero en los hechos no es así: siempre se encontrarán en mejor posición para ahorrar e invertir en instrumentos que ofrezcan una protección frente a la inflación los trabajadores de ingresos altos; la diferencia estriba en que con sistemas de capitalización individual sin intervención estatal, el ahorro para el retiro será una función directa del ahorro del trabajador, que puede ser muy escaso en los trabajadores de más bajos ingresos.

Pero además hay muchos temas espinosos, como el aumento de la edad mínima de retiro o del período mínimo obligatorio para tener derecho a una pensión completa, que si bien pueden parecer recomendables desde una lógica economicista, implican en la lógica de los sindicatos y de los trabajadores en general la reversión de muchas de sus conquistas laborales. Es por esto que la dimensión política de la reforma de los sistemas de reparto trasciende con mucho el debate estrictamente económico.

### **Sistemas de capitalización individual**

El ahorro personal ha sido siempre una opción para los trabajadores que están en posibilidad de ahorrar y que desean sostener sus niveles de ingreso al llegar a la edad de retiro. Sin embargo, los planes de ahorro personal han pasado a constituir un complemento e incluso un sustituto de los sistemas públicos de pensiones basados en el modelo de reparto. Desde 1951 los planes de ahorro individual obligatorio han sido adoptados por diferentes países;<sup>4</sup> sin embargo, es a partir de la crisis financiera de los sistemas públicos de seguridad social que comienza a manifestarse desde la década de los setenta cuando se ha llamado la atención sobre las ventajas de los planes basados en cuentas de capitalización individual. Ante los desequilibrios actuariales que presenta el sistema de

---

<sup>4</sup> Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, (Banco Mundial), 1994, p. 235.

reparto en escenarios demográficos diferentes a los originales, el sistema de capitalización individual ha sido presentado como la opción que ofrece menores costos y mayor flexibilidad ante los cambios en la natalidad y la esperanza de vida; pero también han sido objeto de estudio y polémica sus repercusiones sobre la actividad económica.

Al sistema de capitalización individual se le atribuyen importantes efectos en el incremento del ahorro interno como porcentaje del PIB; en el desarrollo del mercado de capital y en general, del sistema financiero; sus defensores sostienen que puede jugar un importante papel en el impulso de la inversión productiva y en el consiguiente aumento en la tasa de acumulación de capital de la economía en cuestión.<sup>1</sup>

Por lo que respecta al incremento del ahorro interno de la economía como consecuencia de la adopción de un sistema de capitalización individual, es preciso señalar que es un tema que ha suscitado un profundo debate. Los defensores de este tipo de sistema reconocen que depende en gran medida de la magnitud de la tasa de ahorro obligatoria que se produzca o no el incremento en el ahorro interno, ya que si esta tasa es muy baja en relación al salario, como sería el caso de una tasa de 5%, el incremento en el ahorro obligatorio podría desplazar una cantidad similar de ahorro voluntario, con lo cual el ahorro total de la economía permanecería constante. Con tasas más altas, se aduce que se estaría en posibilidad de superar el ahorro que las familias hubieran llevado a cabo voluntariamente, con lo cual el ahorro interno habría aumentado en relación al PIB.<sup>2</sup> Independientemente del incremento en el ahorro interno que pudiera generar el ahorro obligatorio, habría un importante cambio en la composición del ahorro que favorecería a los activos financieros a largo plazo controlados por las grandes instituciones financieras, lo cual incentivaría en principio a los planes de inversión productiva a largo plazo. No obstante, las características institucionales del sistema financiero son muy importantes para que este efecto positivo sobre la inversión productiva se produzca realmente.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Banco Mundial, 1994, p. 241.

<sup>2</sup> Banco Mundial, 1994, p. 242.

<sup>3</sup> Banco Mundial, 1994, p. 242.

que planes ocupacionales y de ahorro personal voluntario complementan a los planes públicos de pensiones, se han establecido una serie de estímulos fiscales con el objeto de incentivar el ahorro voluntario. Cuando los planes de ahorro individual pasan a ser obligatorios y se convierten en el eje del sistema de seguridad social, los incentivos fiscales no son estrictamente necesarios, pero su existencia puede garantizar que el desplazamiento de ahorro voluntario que genera el ahorro forzoso sea menor que si no se adopta ningún estímulo fiscal al respecto. Una adecuada estructura de incentivos puede ayudar a que el desplazamiento del ahorro voluntario sea menor al adoptarse un sistema de capitalización individual. En la mayor parte de los países que basan sus sistemas de pensiones en cuentas individuales obligatorias, tanto las aportaciones al fondo de retiro como los intereses que devengan están exentos de impuestos y en el caso de Chile, esta exención se extiende a las cantidades adicionales a las obligatorias que los trabajadores aporten voluntariamente a sus cuentas individuales.<sup>16</sup>

Sin embargo, no hay que desestimar el costo que tiene para el Estado el pago de la llamada deuda de la seguridad social (la que se debe cubrir cuando se transita de un sistema de reparto a uno de capitalización individual y el Estado tiene que aportar los recursos necesarios para capitalizar las cuentas de los trabajadores que cotizaban en el sistema anterior). Tampoco puede dejarse de lado el riesgo que una inadecuada regulación del sistema puede traer consigo: si los fondos de pensiones sirven para financiar actividades especulativas que puedan generar pérdidas, el Estado tiene que asumir el costo de resarcir a los ahorradores, por lo menos en parte, por las pérdidas netas de capital en que hayan incurrido las administradoras de pensiones.

Como se verá más adelante, también se atribuye a los planes de ahorro voluntario generar menos distorsiones sobre el mercado laboral que el sistema de reparto y contribuir a la consolidación de los sistemas financieros. Sin embargo, no existe ninguna evidencia que permita sostener que el nivel de empleo haya aumentado en ninguna economía a

---

<sup>16</sup> Banco Mundial, 1994, p. 250.

Es preciso señalar que las evidencias empíricas actualmente disponibles no son concluyentes sobre la existencia de una relación directa entre la implantación de planes de ahorro obligatorio y el incremento del ahorro interno en una economía nacional. Es cierto que los países de Asia que desde la década de los cincuenta fueron pioneros en la adopción de este tipo de planes tuvieron las tasas de ahorro privado más altas de las décadas siguientes en su continente y que Chile, país que reemplazó su sistema público de pensiones en 1981 por uno de capitalización individual, registró un importante crecimiento del ahorro privado durante la década que siguió a la reforma. Sin embargo, en estos casos y en otros existieron otros factores que hacen difícil determinar en que grado el incremento del ahorro interno privado se debió a los planes de ahorro forzoso.<sup>4</sup>

Una de las grandes ventajas que se aducen a favor de los planes de capitalización Individual es que su impacto fiscal es considerablemente menor que el de los planes públicos de reparto. En un modelo de ahorro individual sin aportaciones del gobierno, este impacto es nulo de hecho, ya que las pensiones de los trabajadores dependerán exclusivamente de sus aportaciones más los intereses que reciban por sus depósitos. Sin embargo, en los hechos el Estado interviene para garantizar una pensión mínima y en algunos sistemas para subsidiar a los trabajadores de menores ingresos. No obstante, la presión fiscal ha sido mucho menor en el caso de los sistemas basados en el ahorro individual obligatorio que en los sistemas tradicionales basados en el sistema de reparto, ya que al verse desbordados estos por los desequilibrios financieros y actuariales que se han presentado en las últimas dos décadas, el Estado ha tenido que cubrir la brecha que se ha abierto en el financiamiento de la seguridad social con recursos provenientes del presupuesto general.<sup>5</sup>

Otro aspecto importante es el régimen tributario que la legislación fiscal concede al ahorro para el retiro. En la mayor parte de los países que han optado por sistemas en los

---

<sup>4</sup> Banco Mundial, 1994, p. 242.

<sup>5</sup> Banco Mundial, 1994, p. 249.

consecuencia de las menores distorsiones que se imputan a la adopción de un sistema de capitalización individual sobre las decisiones de trabajo de las familias. Por su parte las implicaciones macroeconómicas de una mayor profundización de los sistemas financieros, producto de las reformas a los sistemas de seguridad social, depende en gran medida del marco institucional que regule a los mercados financieros, como también se señala en la parte dedicada a los aspectos institucionales de la seguridad social.

Una de las críticas más importantes que han recibido los sistemas de capitalización individual es su impacto en la redistribución del ingreso y el alivio de la pobreza. En un sistema basado en el principio estricto del ahorro personal forzoso, en la medida en la que el ingreso durante el periodo de retiro pasa a ser una función directa del salario de los trabajadores, este impacto es desfavorable o por lo menos, nulo: los altos salarios generarán altas pensiones y los bajos salarios harán lo propio. Sin embargo, los sistemas de reparto o los planes ocupacionales por empresas o industrias no son los únicos que pueden tener efectos distributivos. En un plan de ahorro individual voluntario de administración centralizada puede producirse también algún tipo de redistribución no transparente al interior de una misma generación, pero esta no necesariamente tiene que ser progresiva: por el contrario, puede darse de las familias de bajo ingreso a las de alto ingreso. Bajo un sistema de administración centralizada de las cuentas individuales, se aduce que es alta la probabilidad de que estos fondos sean prestados al gobierno a tasas de interés inferiores a las de mercado y que éste a su vez emprenda con estos créditos gastos que favorezcan a las familias de ingresos medios y altos, que son las que pueden influir más en la asignación del gasto, produciéndose un efecto regresivo en la distribución del ingreso."

Otra circunstancia que tiene efectos redistributivos muy importantes es la diferencia entre la esperanza de vida de distintos grupos ocupacionales y socioeconómicos, cuando los sistemas contemplan la posibilidad de escoger entre planes que aseguran una renta

---

" Banco Mundial, 1994. p. 251.

vitalicia o bien optar por retiros escalonados. Quienes optan por el esquema de renta vitalicia, enfrentan una de dos posibilidades: si pertenecen a grupos ocupacionales para los cuales la actividad ejercida es determinante en la reducción de la esperanza de vida del trabajador promedio (el caso de los mineros y de otras actividades de alto riesgo o de gran desgaste físico), los cotizantes estarán subsidiando a los trabajadores que cuentan con mayores probabilidades de vivir por un periodo de retiro más largo; pero si los trabajadores pertenecen a este último grupo, estarán recibiendo una redistribución del ingreso dentro de su propia generación a su favor. Esta posibilidad de que se produzca una selección adversa al momento de elegir entre distintas modalidades de planes de capitalización individual, puede minimizarse si se contempla en la legislación respectiva y se introducen incentivos que induzcan a la elección más apropiada a cada grupo. También puede superarse este riesgo si el pago de anualidades es sustituido con el pago de sumas alzadas al momento de la jubilación, como era el caso en los planes de ahorro individual originales; sin embargo, esta opción expone a la miseria a los grupos de mayor longevidad, que pueden llegar a una avanzada edad habiendo consumido la totalidad de su ahorro y quedar desprotegidos.

Una adecuada regulación puede reducir efectos redistributivos indeseables, pero esto no significa que cancele la posibilidad de que los grupos de ingreso más bajo se enfrenten a la amenaza de que su ahorro forzoso sea insuficiente para protegerlos de la miseria en la edad de retiro. Esto ha llevado a algunos gobiernos, como el de Chile, a garantizar una pensión mínima que ampare a los trabajadores con menores ingresos y a quienes se ven incapacitados para trabajar cuando cuentan con pocos años de servicios, por medio de transferencias gubernamentales a sus cuentas. Adicionalmente, en varios sistemas la compra de seguros de vida e incapacidad complementan el ahorro para el retiro. Sin embargo, es un hecho que los planes de capitalización individual cuentan con menores márgenes de maniobra para hacer frente a los problemas de los grupos más vulnerables, que para aliviar su situación siguen requiriendo la intervención directa del Estado. Es por esto que se considera a los programas de asignaciones monetarias a

grupos objetivo como un complemento de este tipo de planes para apoyar el ingreso de los sectores más desprotegidos.<sup>12</sup>

La discusión sigue siendo un tema relevante de la macroeconomía contemporánea, por lo que cualquier aseveración que se haga al respecto tiene que partir del reconocimiento de que la relación entre los planes de ahorro voluntario, la tasa de ahorro privado de la economía y mayores tasas de acumulación de capital, es un tema polémico en el que se requiere tiempo y la evidencia empírica que éste aporte para poder arribar a conclusiones.

## **1.2 Aspectos microeconómicos.**

Los sistemas de seguridad social tienen importantes efectos en el funcionamiento de algunos de los mercados más importantes de la economía, como es el caso en el mercado laboral, en el mercado de los servicios de salud y en los mercados financieros.

La intervención estatal puede ocasionar distorsiones en algunos mercados, como es el caso de los mercados laborales, cuando las contribuciones a la seguridad social son vistas como impuestos que ocasionan una pérdida irrecuperable de eficiencia al contraer la oferta y la demanda de trabajo en relación a los niveles que hubieran podido alcanzar en ausencia de contribuciones. Una parte de las pérdidas de consumidores y productores no se pierde para el conjunto de la sociedad, ya que las contribuciones a la seguridad social sirven para financiar las pensiones y por lo tanto, se traducen en demanda de consumo de los jubilados. Sin embargo, la discusión relevante tiene que ver con los efectos de las contribuciones de la seguridad social, que en la mayoría de los casos se recaudan como un impuesto sobre la nómina, sobre la oferta y la demanda totales de los mercados laborales.

---

<sup>12</sup> Banco Mundial, 1994, pp. 253.

Si estas contribuciones tienen un efecto significativo sobre las decisiones de empleo de la economía, podemos atribuirles un efecto inhibitor del empleo formal que estimula a los productores a buscar tecnologías ahorradoras de mano de obra y a los oferentes de trabajo los impele a ingresar al sector informal. Este argumento, aunque lógicamente está fundamentado, tiene que ser revisado con cuidado. La evidencia empírica no es concluyente al respecto, sobre todo porque las aportaciones a la seguridad social como porcentaje de los salarios devengados varían mucho de un país a otro: mientras que en países como Hungría alcanzan un 30.5% de los salarios, en México las aportaciones de empleados y empleadores no pasaban de 5.9% a principios de los noventa.<sup>13</sup> Es preciso tener en cuenta además las características tanto de la oferta como de la demanda de mano de obra para entender como se traslada en términos reales el impuesto sobre la nómina: puede esperarse que si la oferta de mano de obra es elástica, como en el caso de los países de mano de obra abundante, el impuesto se traslade a los consumidores de mano de obra, por lo que habrá fuertes incentivos para que los empleadores evadan la inscripción de nuevos trabajadores en el seguro social. Este fenómeno, combinado con el cambio tecnológico, sería una de las causas del lento crecimiento del empleo formal en algunas economías desarrolladas y subdesarrolladas.

Las cuentas de capitalización individual tienen menos repercusiones sobre el mercado laboral que los planes públicos de pensiones, lo cual en sí es considerado como benéfico por sus defensores, en la medida en la que introducen menos distorsiones que el modelo de reparto. Aún así, pueden subsistir algunas distorsiones en la asignación intertemporal de los recursos cuando las tasas de ahorro obligatorio son superiores a las tasas a las que las familias desean ahorrar (situación que se presenta en la mayoría de los casos, de ahí que las cuentas de capitalización individual se basen en el ahorro forzoso); cuando esto ocurre, existen incentivos para que los trabajadores declaren salarios inferiores a los reales, para que incurran en evasión y para que se trasladen al sector informal. Esta situación se agrava si los rendimientos de los fondos de pensiones son inferiores a las

---

<sup>13</sup> Banco Mundial. 1994, pp. 419-420.

tasas de interés del mercado, situación poco probable si existe una adecuada regulación de las empresas encargadas de la administración de los fondos, pero que puede presentarse en los casos en los que un marco institucional frágil permita la inversión de los fondos previsionales en actividades de alto riesgo o especulativas.

Una desventaja de los planes de ahorro personal descentralizados es que generalmente enfrentan costos de operación mayores que la mayoría de los planes centralizados, que cuando cuentan con el marco organizativo adecuado pueden realizar importantes economías de escala. Incluso los costos de operación de los sistemas de capitalización individual de administración descentralizada pueden llegar a ser más altos que los de los sistemas de reparto. Paradójicamente, la competencia entre las compañías que administran los fondos de retiro es una de las causas de que los costos se incrementen en los planes descentralizados, pues dedican una parte muy importante de sus gastos a la promoción, propaganda y agentes de ventas encargados de convencer al público de las bondades de sus empresas. Los gastos en promoción y propaganda son más altos en los sistemas que permiten mayor frecuencia en los cambios de una administradora a otra y en los que por consiguiente, el período promedio de permanencia dentro de una misma administradora es menor. Para reducir el costo administrativo de los traslados, algunos gobiernos como el chileno premian con una reducción en las comisiones a los trabajadores que permanecen más tiempo en una misma administradora de fondos de retiro. Se espera que desincentivando los traslados de cuentas se reducirán los costos administrativos, que han alcanzado proporciones muy elevadas, sobre todo en los países que transitan de un modelo de reparto a uno de capitalización individual.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Ruiz Tagle, 1996, p.5.

## Mercados de salud

La intervención estatal en los mercados de salud pública se debe a la presencia de un conjunto de fallas de mercado que hace que ciertos servicios de salud asuman la categoría de bienes públicos para un sector mayoritario de la población, porque su estructura de costos hace imposible garantizar una cobertura universal mediante la provisión privada de los servicios; incluso existen algunos como la investigación médica, que se acercan mucho a la categoría de bien público puro.<sup>11</sup> En estos casos, aunque hay investigaciones que pueden generar beneficios basados en derechos de propiedad limitada definidos por una patente, existen muchas otras que por su alto costo y por su carácter de investigación básica sólo pueden ser sufragadas por equipos de investigación subvencionados por organismos públicos o incluso internacionales, que laboran en universidades o instituciones de investigación especializada.

**Cuadro 1.1**  
Intervención gubernamental en los mercados de la salud

<i>Falla del mercado</i>	<i>Ejemplo en salud</i>	<i>Acción gubernamental</i>
Mercados incompletos	Seguros de salud para riesgos	Susidios, organismos dedicados y servicio directo
Bienes públicos	Acciones de salud pública (medicina preventiva, epidemiología, educación para la salud)	Provisión de bienes públicos financiada por impuestos
Externalidades	Enfermedades originadas por contaminación e infecciosas	Financiamiento por impuestos, regulación y derechos de propiedad
Información asimétrica	Vacio de información paciente-médico, calidad de la atención e insumos	Regulación, sistemas de información y servicio directo
Costos de transacción elevados	Investigación y desarrollo	Patentes, precios, regulación y subsidios

Elaborado a partir de Santos-Burgoa, 1992.

La intervención pública en los mercados de la salud asume diversas modalidades, como se desprende del cuadro 1.1. Estas modalidades van desde la provisión directa de servicios de salud (generalmente preventiva, como las campañas de vacunación, de planificación familiar y de higiene general, pero en muchos países el Estado también cuenta con una infraestructura propia de medicina curativa) o los subsidios directos e indirectos,

<sup>11</sup> Stiglitz, 1988, p. 318.

hasta la regulación y la especificación de derechos de propiedad, tanto en el caso de las patentes como en el tratamiento de las externalidades que producen efectos nocivos sobre la salud de terceros y por lo tanto, requieren de fijar multas e indemnizaciones por parte de la autoridad.

Los mercados de la salud presentan una serie de particularidades que a su vez dan lugar a múltiples problemas de información económica. Cuando la intervención del gobierno se produce a través del subsidio y la regulación de seguros médicos privados, los problemas que se presentan con mayor frecuencia en estos mercados son de selección adversa: la información asimétrica lleva a los trabajadores al momento de contratar sus seguros médicos, a realizar elecciones que no siempre son las más adecuadas. Un problema asociado a este tipo de sistemas son los crecientes costos de las subvenciones, como en el caso de los Estados Unidos.

Cuando el trabajador se encuentra asegurado por un sistema público de salud, pueden presentarse ineficiencias por el hecho de que el paciente carece de libertad de elección para escoger su médico personal. Este argumento ha originado varias propuestas para elevar la calidad y la eficiencia de los sistemas de salud pública introduciendo cambios en los modelos de atención y ampliando la capacidad de elección del asegurado.

A diferencia de los sistemas de pensiones, las alternativas de reforma de los sistemas de salud reconocen que por la naturaleza misma de las fallas que se presentan en estos mercados, es prácticamente imposible que el Estado abandone algún tipo de participación directa si se quiere garantizar el principio de universalidad de la cobertura. Peter Diamond ha señalado, a propósito de la polémica e impostergable reforma al sistema de salud en los Estados Unidos, que una alternativa a un sistema nacional de salud administrado por el Estado podría ser una combinación de paquetes de salud suministrados por el mercado dentro de un amplio plan coordinador diseñado desde los organismos

públicos, para tratar de reducir los problemas de información.<sup>16</sup> Para Diamond, es importante examinar los procedimientos de asignación del gasto y los mecanismos de financiamiento de los programas públicos de asignación a grupos objetivo para optimizar su funcionamiento, al mismo tiempo que se induce a los individuos que deben contratar seguros médicos en el mercado a elegir la opción que minimiza los problemas de riesgo moral y selección adversa, mediante una política de precios eficiente. Esto, como puede deducirse, en la práctica es muy complicado y el propio autor llama la atención sobre las dificultades de una adecuada regulación para este tipo de mercados. Hasta ahora, el modelo canadiense de atención ha demostrado mejores resultados y a menor costo que en los Estados Unidos, en donde sin embargo es poco probable que se siga el ejemplo de la experiencia canadiense por los intereses políticos y económicos que se encuentran involucrados.

Las fallas del mercado han motivado a lo largo de este siglo una creciente participación estatal en los mercados de la salud y de los seguros para el retiro y los riesgos del trabajo. Sin embargo, de la misma manera en la que nos referimos a las fallas del mercado, podemos hablar de fallas del gobierno, por lo que resulta relevante ver al Estado como "una organización e institución dotada de poder, económico y político, para imponer el marco de obligaciones, regulaciones y restricciones a la vida social y al intercambio económico".<sup>17</sup> Así, el diseño institucional y organizacional del Estado pasa a ser una variable importante para entender y corregir las fallas del gobierno y por consiguiente, elevando la eficiencia general de los servicios que presta, mejorar el bienestar social.

### **1.3 Aspectos institucionales.**

Durante mucho tiempo, los economistas no concedieron demasiada importancia al papel de las instituciones en la economía. Sin embargo, y gracias a la labor que han desarrollado

---

<sup>16</sup> Diamond, 1992, p. 1244.

<sup>17</sup> Ayala, 1995b, p.14.

varios autores a lo largo de este siglo y en particular durante su segunda mitad, hoy día existe una conciencia mucho mayor de lo limitado que resulta un análisis que no considere las restricciones y los incentivos que las instituciones proporcionan a la actividad económica.<sup>18</sup> Si bien no puede hablarse de una teoría neoinstitucionalista en el sentido estricto del término, dado que hasta ahora lo que existe es una diversidad de corrientes que insisten en la relevancia de las instituciones para comprender el intercambio económico y el desempeño de las economías a lo largo del tiempo, puede señalarse que se trata de una perspectiva de análisis promisorio y que ha sido incorporada al análisis del desarrollo económico comparado por diferentes organismos multilaterales del Sistema de las Naciones Unidas.<sup>19</sup> Por lo que hace al enfoque general y a la terminología, en este trabajo se usarán como marco de referencia las categorías que propone Douglass C. North, con la advertencia de que se trata de conceptos analíticamente más profundos de lo que pudiera inferirse de este texto.<sup>20</sup>

#### **La importancia de las instituciones en la actividad económica**

Las instituciones son las reglas que conforman el marco de restricciones que modulan la acción humana. Estas reglas constituyen un sistema de incentivos para el intercambio económico, político y social, por lo que North propone que el cambio institucional es una de las variables más importantes para entender la manera en que evolucionan las sociedades en el tiempo.<sup>21</sup> En opinión de North, una de las principales fallas del modelo neoclásico del intercambio basado en el supuesto central de la elección racional, es que deja de lado que en la realidad esta elección está condicionada por los problemas de información inherentes a la mayoría de los procesos económicos y sociales y por la estructura de incentivos

---

<sup>18</sup> Una introducción al neoinstitucionalismo económico puede revisarse en Ayala, 1995a y en Ayala, 1995b, p. 218-271.

<sup>19</sup> Ayala, 1995a, p. 5.

<sup>20</sup> De Douglass C. North se encuentran disponibles en español los libros Estructura y cambio en la historia económica e Instituciones, cambio institucional y desempeño económico.

<sup>21</sup> North, 1993, p. 13.

existente, que se encuentra modelada por las instituciones. La forma en la que cambian en el tiempo estos incentivos y la manera en la que las instituciones buscan minimizar los problemas relativos a la incertidumbre, son temas relevantes del cambio institucional que a la vez son importantes para explicar el diferente desempeño de las economías nacionales.

Para North, la creación de instituciones es un recurso del que se ha valido la sociedad para reducir la incertidumbre propia de la interacción humana.<sup>22</sup> La incertidumbre se origina en problemas de información incompleta sobre el comportamiento de todos los agentes involucrados. En la medida en la que el hombre trata de aumentar su conocimiento del medio, evolucionan normas que van integrando un marco institucional cuyo objetivo es restringir el comportamiento de los agentes y por lo tanto, simplificar el proceso de toma de decisiones en la medida en la que reducen las alternativas de elección, excluyen comportamientos indeseables e incentivan aquellas conductas que se consideran benéficas para el conjunto de la sociedad.

La estructuración del marco de incentivos que delimitan las instituciones descansa sobre la definición de los derechos de propiedad. Por derechos de propiedad entenderemos aquellos que "fijan y definen los posibles usos de los activos: su transferencia, parcial, total o temporal; el arrendamiento; el subarrendamiento, la donación, el usufructo".<sup>23</sup> Los derechos de propiedad involucran no sólo activos físicos sino financieros, incluidas las aportaciones a la seguridad social. Por consiguiente el marco institucional que estructura la interacción humana no puede permanecer estático y de hecho está en constante perfeccionamiento. No existe ninguna garantía de que se alcance el marco institucional más eficiente: precisamente las diferencias en la calidad de las instituciones son un aspecto importante para entender los diferentes grados de desarrollo entre los países. Es posible afirmar que el principal objetivo en términos económicos de las instituciones es minimizar

---

<sup>22</sup> North, 1993, p. 41.

<sup>23</sup> Ayala, 1995b, p. 322.

los costos de transacción, entendidos como aquellos que se encuentran asociados a la definición, vigilancia y cumplimiento de los derechos de propiedad y los contratos.<sup>24</sup>

Las instituciones pueden ser tanto formales como informales o dicho de otra forma, el marco institucional no se restringe a la norma legal sino por el contrario, incluye también las tradiciones y costumbres que constituyen incentivos que explican ciertas pautas de comportamiento, difícilmente explicables con el modelo de elección racional convencional. Las reglas formales incluyen reglas políticas y judiciales (constituciones, leyes, códigos y reglamentos) y reglas económicas y contratos, que a su vez se encuentran jerárquicamente estructuradas desde disposiciones generales hasta disposiciones particulares.<sup>25</sup> Las reglas formales reflejan una estructura incentivo-desincentivo que incluye el conjunto de oportunidades de los ciudadanos y las formas de organización específicas en las que se sustentará el cumplimiento de las leyes.<sup>26</sup>

La eficiencia de las instituciones no se limita a su diseño, sino sobre todo a la eficiencia del aparato encargado de su ejecución. Por principio de cuentas es pertinente explicar la diferencia entre una institución y una organización. Las instituciones son las reglas que organizan a la sociedad y pueden ser formales o informales, legales o extralegales; existen por lo tanto instituciones que organizan el intercambio y mecanismos de coordinación institucionales que junto con los sistemas de precios, producen señales para el funcionamiento de los mercados. Las organizaciones por su parte son sistemas ordenados, estructurados y coordinados con base en normas de funcionamiento diseñadas por un grupo humano con objetivos definidos.<sup>27</sup> Las instituciones definen por lo tanto organizaciones encargadas de su cumplimiento.

---

<sup>24</sup> Ayala, 1995b, p. 321

<sup>25</sup> North, 1993, p. 67.

<sup>26</sup> North, 1993, p. 74.

<sup>27</sup> Ayala, 1996, p. 118.

El marco organizacional previsto por las instituciones para su adecuado cumplimiento no está a su vez exento de problemas de información que eleven los costos de transacción de cumplir y hacer cumplir las normas. Los problemas de información más relevantes son del tipo principal-agencia, que son aquellos que se presentan cuando existe información **asimétrica** entre los distintos niveles de la administración: entre el organismo central y sus **agencias**, entre los directivos y planificadores de un instituto gestor central del seguro social y sus distintas delegaciones regionales, o entre las distintas dependencias públicas que integran el sector de salud pública de un país y el organismo regulador. Los problemas del tipo principal y agencia surgen siempre que existe un intercambio entre una parte (el principal) que delega, subroga o arrienda los derechos de propiedad a otra (la agencia).<sup>21</sup> Las estructuras de gobernación de las organizaciones tienen como objetivo minimizar los problemas de principal-agencia, por lo que a medida que la información se vuelve más compleja es recomendable revisar la pertinencia de las estructuras de gobernación vigentes, pues de lo contrario la eficacia de las organizaciones puede reducirse considerablemente. Por lo tanto es de la mayor trascendencia para el estudio de la **seguridad social** tener en cuenta los marcos institucional y organizacional de cada país.

#### **Fallas del mercado y problemas de coordinación**

La intervención del Estado en la seguridad social, ya sea en la provisión directa de bienes o en la **regulación** de los mercados relacionados con los diferentes tipos de servicios que la integran, tiene por objetivo remediar fallas del mercado que hacen poco recomendable desde el punto de vista de la equidad dejar que los mecanismos de mercado asignen recursos vitales para la salud y la seguridad de las personas. Las instituciones diseñadas para tal efecto tratan de reducir los costos de transacción derivados de los múltiples problemas de información que se presentan en las relaciones entre el capital y el trabajo, para ofrecer un marco de certidumbre para inversionistas y trabajadores. La seguridad

---

<sup>21</sup> Ayala, 1995a, p. 221.

social es además una institución de interés público ya que busca reducir la incertidumbre de los trabajadores con respecto a la fase terminal de sus vidas y los problemas sociales asociados a la atención de los ancianos.

Podemos estar de acuerdo en los fines principales de la seguridad social, pero la eficacia de los medios seleccionados involucra a la calidad de las instituciones y las organizaciones que intervienen en la especificación de los derechos de los trabajadores y la administración de sus seguros sociales.

Las fallas en las que puede incurrir el gobierno en la provisión de los servicios de salud, pueden ser básicamente de tres tipos:

- **Ineficiencia en la asignación de los programas de gasto público.** La asignación del gasto en salud puede estar sesgada a favor de las concentraciones urbanas y en perjuicio de las áreas rurales; a favor de los organismos de seguridad social que atienden a los trabajadores y sus familias y en perjuicio de los organismos de atención a la población abierta; a favor de las regiones más desarrolladas del país y en perjuicio de las más pobres; a favor de los programas de investigación aplicada y que ofrecen resultados en el corto plazo y en perjuicio de la investigación básica que sólo después de largos periodos de maduración se traduce en aplicaciones prácticas. por mencionar sólo algunos casos.

- **Ineficiencia operativa de las inversiones y organismos públicos.** Pueden existir problemas de organización dentro de las áreas especializadas del sector público, que se traduzcan en su ineficiencia operativa para llevar a cabo acciones en materia de salud y seguridad social y que se reflejen a su vez en un bajo rendimiento de la inversión pública. La ineficiencia operativa de los organismos públicos puede deberse a problemas de información del tipo agencia-principal, donde existen incentivos para el comportamiento ineficiente en ciertas áreas de la administración pública. También pueden existir problemas de información que conduzcan a una selección adversa en materia de inversiones, por lo

que tanto el diseño de los organismos responsables como de los métodos de asignación del gasto son variables relevantes para el éxito de las políticas de salud y seguridad social.

- **Problemas en la provisión de bienes públicos.** Los organismos públicos responsables pueden enfrentar diferentes tipos de problemas para decidir la oferta de servicios públicos y calcular precios, tarifas y contribuciones públicas. En el caso concreto de la seguridad social, las contribuciones obreras y patronales producen efectos distorsionadores que pueden minimizarse o por el contrario amplificarse cuando las autoridades competentes deciden reducir o ampliar las tasas de contribución, respectivamente. También puede darse el caso de que la oferta de los servicios de salud supere a la demanda en algunas regiones o aún cuando éste no sea el caso, que la infraestructura de salud se encuentre distribuida inequitativamente entre regiones de un mismo país o entre organismos encargadas de atender a grupos diferenciados (trabajadores formales y población abierta, por ejemplo). Puede ocurrir que los costos de estimar cambios en la demanda sean muy elevados, y también pueden darse casos en los que al Estado le resulte más eficiente subsidiar servicios prestados por particulares en lugar de proveerlos directamente.

A nivel macroeconómico se presentan problemas de coordinación que abren un espacio para la acción del sector público.<sup>27</sup> Sin embargo, la acción del Estado no es por definición totalmente eficiente o ineficiente, pues depende de la calidad de sus instituciones y de la capacidad de respuesta de sus organizaciones. Un diseño institucional ineficiente puede dar lugar a problemas de coordinación entre los organismos encargados de su cumplimiento y observancia. Un diseño institucional eficiente potencia el desempeño del Estado en la creación de ambientes económicos favorables y minimiza los problemas de coordinación entre agentes económicos al reducir los costos de transacción derivados de la incertidumbre inherente a los procesos macroeconómicos.<sup>28</sup> La complejidad de la seguridad social no se entiende si no se toman en cuenta los factores institucionales que condicionan

---

<sup>27</sup> Ayala, 1995a, p. 142.

<sup>28</sup> Ayala, 1995a, p. 255.

su desempeño económico. Más aún, resulta difícil generalizar sobre los posibles comportamientos macroeconómicos atribuibles a cada tipo de sistema sin tomar en cuenta su estructura organizativa y sus mecanismos de regulación.

### **Sistemas de reparto**

Los sistemas de reparto pueden organizarse por planes ocupacionales o bien bajo un plan centralizado que queda bajo la administración de un instituto gestor central. Pueden darse casos en los que existe un instituto gestor central que administra centralizadamente los programas de seguro social de la mayor parte la población trabajadora, al tiempo que subsisten organismos que administran los programas de seguro social de ciertos grupos ocupacionales, como pueden ser los trabajadores del Estado, los miembros de las fuerzas armadas o bien los trabajadores de industrias específicas. Por su importancia, el que es frecuentemente objeto de estudio y polémica es el instituto gestor central.

### **Sistemas de capitalización**

Los planes de capitalización individual pueden ser administrados a través de esquemas centralizados o descentralizados. Los esquemas centralizados son administrados generalmente por el gobierno o por un instituto gestor central de participación bipartita o tripartita, el cual determina el uso de las cuentas de ahorro y fija las tasas de rentabilidad. Este tipo de plan es genéricamente conocido como fondos de previsión y es el menos recomendado por los organismos internacionales por considerar que produce más distorsiones en los mercados laboral y financiero y menores rendimientos que un plan de administración descentralizada.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Banco Mundial, 1994, p. 234.

Los planes de ahorro individual de administración descentralizada son considerados como una mejor alternativa por el Banco Mundial. Se basan en la administración privada y competitiva de los fondos de retiro individuales; en teoría, la competencia garantiza la obtención del máximo rendimiento disponible en el mercado. Pero en los hechos, estos planes plantean otro tipo de problemas al Estado, que en principio no son de carácter macroeconómico sino institucional, pero que en caso de no ser enfrentados con una regulación adecuada pueden dar lugar a desequilibrios fiscales graves si el Estado asume el compromiso de proteger a los trabajadores contra las malas inversiones de los fondos.

Las cuestiones más importantes que en materia de regulación plantean al Estado los planes de ahorro individual descentralizados incluyen el diseño de las normas fiduciarias de las compañías de pensiones, la seguridad de las inversiones, el monto de cargos y comisiones por la administración de los fondos y, de manera relevante, la información que se revela y las garantías que el gobierno otorga a los trabajadores para salvaguardar su ahorro para el retiro de eventuales crisis financieras.<sup>12</sup>

La reglamentación de este tipo de sistemas tiene que ser extensa, por el tipo de problemas que se encuentran involucrados en el manejo de las cuentas individuales de los trabajadores. Estos problemas comienzan desde el momento mismo en el que el trabajador tiene que seleccionar la administradora de fondos de pensiones: la ley debe contemplar mecanismos para tratar de minimizar los problemas de información asimétrica que se encuentran asociados al problema de selección del trabajador. Es perfectamente comprensible que la mayoría de los trabajadores carezcan de toda la información relevante y de la experiencia y los conocimientos necesarios para invertir acertadamente, sobre todo en circunstancias en las cuales se produce un cambio repentino de un plan público de reparto a un sistema de capitalización individual. En la medida en que la regulación estatal pueda minimizar los riesgos derivados de problemas de selección adversa, se estarán

---

<sup>12</sup> Banco Mundial, 1994, p. 253.

minimizando también el riesgo moral asociado a todo proceso en el que interviene un alto grado de incertidumbre y los problemas fiscales futuros asociados a este riesgo.

La regulación estatal tiene por objetivo proteger a los trabajadores en lo individual y a la sociedad en su conjunto de los riesgos asociados a una competencia depredatoria, que busque en el corto plazo alcanzar las más altas tasas de rendimiento mediante inversiones riesgosas para ganar altas cuotas en el mercado, pero que en el largo plazo puede incurrir en pérdidas que signifiquen disminuciones de capital para los ahorradores y requieran de la intervención directa del Estado para compensar estas pérdidas, aunque sólo sea parcialmente. El costo de una regulación ineficiente puede ser muy elevado para los trabajadores y para la sociedad en su conjunto, pero también puede ser alto el costo que genere una regulación excesiva, en términos de una reducción de las ganancias potenciales.

El Estado debe comenzar por exigir una solvencia mínima y ciertos requisitos de ingreso a las empresas interesadas en participar en la administración de las cuentas de ahorro para el retiro. Dentro de estos requisitos, uno muy importante tiene que ver con la experiencia en materia financiera de las firmas interesadas en este mercado y la garantía de márgenes de capital mínimos. En algunos países en desarrollo que carecen de mercados financieros suficientemente desarrollados, el problema de la experiencia es superado en parte mediante la autorización de empresas conjuntas en las que participan firmas nacionales y extranjeras, estas últimas con mayor experiencia en el manejo de este tipo de recursos.<sup>11</sup> Las modalidades de participación del capital foráneo y los compromisos que adquiere de acuerdo a la legislación nacional, son temas relevantes que deben estar claramente especificados en los reglamentos respectivos para evitar problemas de interpretación y lagunas legales.

---

<sup>11</sup> Banco Mundial, 1994, p. 254.

Hay países que exigen la formación de empresas especializadas en la administración de fondos de retiro, con el objeto de estimular la formación de un mercado especializado en la administración de este tipo de fondos y que diversifique el riesgo de las inversiones asociadas. Aunque en varios países se prohíbe que los bancos participen en el capital accionario de este tipo de empresas (como es el caso de Chile), en los hechos es muy difícil evitar que exista algún tipo de relación entre las administradoras de los fondos de retiro y los grupos financieros nacionales.<sup>14</sup> No obstante, se pueden incluir en la legislación disposiciones que busquen salvaguardar los ahorros de los trabajadores de los avatares de los mercados financieros, en particular de aquellos que se encuentran más expuestos a las corridas especulativas, como es el caso del mercado de valores.

Para reducir riesgos, legislaciones como la chilena imponen a las administradoras de los fondos de pensiones una serie de restricciones y obligaciones, entre las cuales puede mencionarse el requisito de mantener reservas de inversión y la obligación de invertir sus recursos propios en los mismos activos de los fondos que administran. En Chile se estableció también que las administradoras de los fondos son entidades independientes, separadas legal y financieramente, de los fondos que administran. De esta forma la propiedad de los activos de los fondos de pensiones está garantizada para los trabajadores y en caso de pérdidas financieras de las administradoras, no son secuestrables.<sup>15</sup>

En algunos puntos existe un *trade-off* entre la eficiencia del sistema y las restricciones que son compatibles con una fiscalización adecuada. Por ejemplo, en el caso chileno la legislación establece para los trabajadores la obligación de contar con un único fondo, que pueden transferir cada determinado tiempo de una administradora a otra, con el objeto de simplificar la fiscalización. A los trabajadores les convendría poseer más de una cuenta de retiro y de esta forma, diversificar el riesgo confiando la administración de sus ahorros a más de una opción. De manera similar, las empresas podrían ganar economías de escala y mayor eficiencia si se les permitiera administrar una gama más amplia de

---

<sup>14</sup> Banco Mundial, 1994, p. 254.

<sup>15</sup> Banco Mundial, 1994, p. 255.

fondos y clasificarlos según disitintos niveles de riesgo. Con las restricciones legales existentes se reducen tres ventajas potenciales de un sistema diversificado: la variedad, el número de opciones y la diversificación, pero también se reduce el riesgo asociado a la administración de este tipo de planes.<sup>16</sup> No se cancela la posibilidad de que en la medida en la que el sistema madure y la experiencia permita afinar la regulación existente, se puedan flexibilizar algunas de las restricciones actuales.

La reglamentación financiera tiene que buscar mecanismos para minimizar la posibilidad de que la administración de los fondos de retiro se preste a fraudes o que los funcionarios de las empresas especializadas incurran en riesgos demasiado altos, conductas irresponsables o asociaciones delictivas. Existen mecanismos para mantener la rentabilidad máxima y la rentabilidad mínima de los fondos de pensiones dentro de un intervalo que reduce la dispersión entre las distintas tasas de rentabilidad; en el caso chileno, cuando se superan los niveles de rentabilidad máxima, la diferencia se deposita en una reserva de utilidades que se convierte en un activo de los fondos de pensiones y no de la compañía administradora, pero si la rentabilidad cae por debajo del nivel mínimo, entonces la administradora tiene que realizar transferencias desde la reserva de utilidades y si ésta resulta insuficiente, de su propia reserva de utilidades, con el objeto de garantizar la rentabilidad mínima.<sup>17</sup> Este sistema de fijar rentabilidades máximas y mínimas se basa en promedios anuales, con lo cual se castiga a los comportamientos que difieren de la media, situación que puede inhibir la rentabilidad pero que garantiza una equidad mínima entre los distintos participantes. Este esquema funciona razonablemente bien siempre y cuando no sea el sistema en su conjunto el que se enfrenta a dificultades financieras, en cuyo caso puede existir un vacío legal sobre la responsabilidad del Estado para cubrir las pérdidas de los pensionados, ya que mientras en algunas legislaciones se encuentra claramente estipulada la responsabilidad del Estado en estas situaciones, en otras no se contempla esta posibilidad.

---

<sup>16</sup> Banco Mundial, 1994, p. 255.

<sup>17</sup> Banco Mundial, 1994, p. 257.

Aunque la mayor parte de la legislación en la materia no obliga a las compañías especializadas en la administración de este tipo de fondos a incluir dentro de su cartera de inversiones activos que ofrezcan una protección efectiva contra la inflación, ésta es una práctica frecuente sobre todo en los países en vías de desarrollo, en donde la inflación promedio suele ser mucho más alta e inestable que en los países desarrollados. Paradójicamente, la protección contra la inflación puede ser menos efectiva en este tipo de países, por las características de su sistema financiero y la falta de instrumentos adecuados para diversificar el riesgo. Una opción para suplir la falta de activos adecuados en los mercados financieros internacionales puede ser autorizar las inversiones en el extranjero, pero también se corre el riesgo de que las empresas especializadas saquen sus fondos del país, de que las autoridades monetarias pierdan el control sobre los activos de los fondos de pensiones y de que los mercados financieros nacionales no maduren ni se consoliden. En muchos países la alternativa por la que se optó fue autorizar la inversión en el extranjero una vez que el sistema financiero nacional se consolidó y la reglamentación financiera de las administradoras de fondos de retiro se perfeccionó.<sup>11</sup>

En un principio se pensaba que los planes de ahorro personal administrados descentralizadamente no necesitaban reglamentar los cargos y las comisiones, pues la competencia entre compañías los minimizaría. La experiencia demostró que podían surgir problemas de información y de agencia-principal que obligaron a la reglamentación de cargos y comisiones. Sin embargo, este tipo de reglamentación ha sido muy polémica y ha enfrentado no pocas dificultades. En la mayoría de los casos se cobra un cargo fijo por aporte, más cargos por apertura de cuenta. En Chile no se autorizaron los cargos que son proporcionales a los activos y en general se prohíben los cargos por cierre de cuentas, para no obstaculizar los traspasos de una administradora a otra.<sup>12</sup>

Otro tema relevante que debe contemplar la legislación que regula la administración de los fondos de capitalización individual tiene que ver con la forma en la que éstos serán

---

<sup>11</sup> Banco Mundial, 1994, p. 258.

<sup>12</sup> Banco Mundial, 1994, p. 259.

cobrados una vez que el trabajador cotizante pase a retiro. El esquema original funcionaba como un simple ahorro del que se podía disponer en su totalidad al momento de la jubilación, pero esto producía en la mayoría de las ocasiones un consumo demasiado rápido de estas reservas y podía exponer al pensionado a padecer problemas de pobreza en la etapa terminal de su vida. Fue por esto que los planes voluntarios comenzaron a ofrecer opciones de retiros escalonados y que los planes forzosos, al pretender funcionar como sustitutos de los planes públicos, desarrollaron la modalidad de anualidades vitalicias.

Algunos planes de retiro, como es el caso de Chile, ofrecen como opciones a los trabajadores escoger entre un sistema de renta vitalicia y uno de retiros escalonados durante los años que se espera que vivan a partir de su jubilación. Las anualidades deben estar indizadas para que mantengan su poder adquisitivo constante a lo largo del período de retiro, lo cual obliga a las compañías de seguros que ofrecen estos planes a realizar grandes inversiones en activos indizados. Sin embargo, en este tipo de planes subsisten severos problemas de riesgo moral e información asimétrica que pueden provocar una mala elección por parte de los pensionados al momento de elegir el plan que creen que se adapta mejor a sus necesidades. Esto se debe a que los vendedores de los planes de renta vitalicia obtienen elevadas comisiones iniciales que son un poderoso incentivo para ocultar información. Para minimizar el costo asociado a este tipo de problemas de selección adversa, el marco institucional debe perfeccionarse con el objeto de reglamentar las primas y comisiones de los distintos planes y establecer sanciones para castigar el ocultamiento de información a los clientes y las prácticas desleales entre compañías.<sup>40</sup>

Pero no basta con un marco institucional adecuado para garantizar un funcionamiento transparente de los sistemas descentralizados y proteger los intereses de los trabajadores. Toda legislación debe ir acompañada de adecuados instrumentos de supervisión para garantizar su observancia. En particular, uno de los aspectos más relevantes de una reforma de la seguridad social es el diseño de las instancias apropiadas

---

<sup>40</sup> Banco Mundial, 1994, pp. 261-262.

para regular el funcionamiento de las nuevas empresas especializadas y garantizar su adecuada fiscalización. La vigilancia estrecha de las compañías puede llegar a representar para el gobierno costos elevados, por lo que depende en gran medida de la forma en la que se establezcan los mecanismos de información para la supervisión del sistema que el proceso de fiscalización y seguimiento sea más eficiente y menos costoso."

Las funciones de control y supervisión de las administradoras de fondos de pensiones requieren de organismos especializados, dependientes de algún ministerio de la administración central estatal pero a la vez descentralizados, de tal forma que cuenten con la autonomía suficiente para actuar con oportunidad y eficiencia, aunque no por esto deben estar exentos de rendir informes periódicos sobre el funcionamiento del sistema a instancias superiores, como pueden ser juntas de gobierno o consejos directivos en los que se encuentren representados tanto las dependencias públicas relacionadas como los sindicatos y los empresarios. Asimismo, debe quedar establecida la facultad de otras instancias de gobierno y del poder legislativo para supervisar el desempeño de este tipo de organismos y evitar hasta donde sea posible conflictos de intereses en las funciones de regulación y supervisión del sistema de fondos de retiro.

Insistir en los aspectos institucionales de la reforma de la seguridad social, como puede apreciarse después de enlistar sólo algunas de las cuestiones más relevantes que debe contemplar la legislación en la materia, es de la mayor importancia para la eficiencia del sistema, para la protección de los trabajadores y para garantizar que en el largo plazo el costo fiscal de la reforma no sea más alto que el que se pretendía evitar. El tipo de riesgos que está involucrado en este tipo de planes requiere de una reglamentación adecuada y de una supervisión eficiente. Pero además, muchos de los beneficios asociados a este tipo de programas dependen de que no sean vistos con recelo por sus propios beneficiarios y que no induzcan la evasión o el incumplimiento. Depende en gran medida de un diseño institucional que logre minimizar los costos de transacción asociados a la administración de

---

" Banco Mundial, 1994, p. 264.

cuentas de capitalización individual, que no se produzcan distorsiones en los mercados laborales.

Los efectos macroeconómicos que se atribuyen a la reforma tampoco se encuentran garantizados si no existe un adecuado diseño institucional que al minimizar el riesgo, provea un marco de incentivos adecuado para el mejor aprovechamiento de los fondos. El ahorro de largo plazo que generan los planes de ahorro voluntario sólo se canalizará a la inversión productiva si existe un marco institucional que provea los incentivos adecuados y que cuente con el marco organizacional necesario para su instrumentación. No es gratuito que se mencione la necesidad de un sistema financiero maduro como una de las principales condiciones para el adecuado funcionamiento de los sistemas de capitalización individual: para minimizar el riesgo asociado a la administración de los fondos previsionales se requiere regular la intermediación financiera sin incurrir en ineficiencias que puedan afectar el rendimiento de los fondos.

Si el Estado asume la obligación de garantizar beneficios mínimos a los pensionados que han confiado la administración de sus fondos a empresas especializadas, está igualmente obligado a minimizar la especulación financiera y el riesgo moral que ésto puede representar, pues de lo contrario el efecto sobre las finanzas públicas podría ser tan elevado o incluso mayor que con los planes públicos de pensiones.

Otro tanto se puede decir de las reformas a los sistemas de salud: de la pertinencia de los esfuerzos regulatorios dependerá que los costos no se eleven excesivamente y que los problemas de información no redunden en una pérdida de utilidad para el consumidor. Sin embargo, a diferencia de los sistemas de pensiones, no existe en la mayoría de los países en desarrollo ninguna alternativa a la intervención del Estado para ampliar la cobertura de los servicios médicos. Esta intervención puede asumir múltiples modalidades, como el subsidio directo a los pobres o ancianos para contratar servicios de salud privados, o bien la provisión directa de los mismos por organismos del Estado, pero es un hecho que los gobiernos de todo el mundo, y en particular de los países en desarrollo, deberán seguir

invirtiendo una cantidad considerable de recursos en materia de salud. Los gobiernos no pueden retirar completamente al Estado de la provisión directa y el subsidio de los servicios de salud, pues la naturaleza misma de estos mercados obliga a que si se quieren garantizar niveles sanitarios generales, la intervención estatal remedie las fallas asociadas al funcionamiento de los mercados de salud. Se puede discutir la forma de hacer más eficiente la acción pública en materia de salud; lo que debería estar fuera de toda discusión es la pertinencia de la misma, si se reconoce a la salud como un derecho al que debemos aspirar todos los humanos.

### **Bibliografía del capítulo 1**

- Ahmad, Ehtisham, Jean Drèze, John Hills and Amartya Sen  
1991 *Social Security in Developing Countries*, Oxford, Clarendon Press.
- Ayala Espino, José Luis  
1992 *Limites del Mercado, Ilimites del Estado*, México, Instituto Nacional de Administración Pública.
- 1995a "Una introducción al neoinstitucionalismo económico", en *Macroeconomía y políticas agrícolas. Una guía metodológica*, Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.
- 1995b *Mercado, elección pública e instituciones: una revisión de las teorías modernas del Estado*, México, Cátedra Extraordinaria Ignacio Ramírez, Facultad de Economía, Universidad Nacional Autónoma de México (borrador).
- 1996 *Diccionario de Economía Pública moderna*, México, Cátedra Extraordinaria Ignacio Ramírez, Facultad de Economía, Universidad Nacional Autónoma de México, (borrador).
- Azariadis, Costas  
1993 *Intertemporal Macroeconomics*, Oxford, Blackwell Publishers.
- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial)  
1994 *Envejecimiento sin crisis: políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento. Informe de Banco Mundial sobre investigaciones relativas a políticas de desarrollo*, Washington, Publicaciones del Banco Mundial.

Blanchard, Olivier Jean and Stanley Fischer

1989 Lectures on Macroeconomics, Cambridge Mass., Massachusetts Institute of Technology Press.

Centro Interamericano de Estudios sobre Seguridad Social

1988 Problemas contemporáneos de la seguridad social, México, Centro Interamericano de Estudios sobre la Seguridad Social.

Dasgupta, Ajit K.

1983 Teoría económica y países en desarrollo, traducción Isabel Verdeja, Barcelona, Editorial Crítica.

Davis, E. Philip

1995 Pension Funds, Retirement-income security and capital markets: an international perspective, Oxford, Clarendon Press.

Diamond, Peter

1992 "Organizing the Health Insurance Market", Econometrica, Vol. 60, No. 6, november 1992, pp. 1233-1254, Oxford: The Econometric Society.

Gustafsson, Björn y Anders Klevmarcken

1991 The political economy of Social Security, Amsterdam, North Holland, (Contribution to Economics Analysis 179)

Hall y Taylor

1992 Macroeconomía, Barcelona, España, 3a. edición, Editorial Antoni Bosch.

López García, Miguel Ángel

1987 La economía del sistema de pensiones de la seguridad social, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

Mesa Lago, Carmelo

1986 La crisis de la seguridad social y la atención a la salud: experiencias y lecciones latinoamericanas, Lecturas 58 de El Trimestre Económico, Fondo de Cultura Económica.

Musgrave Richard A. y Peggy B. Musgrave

1993 Hacienda Pública Teórica y Aplicada, México, Mc Graw Hill.

Moctezuma Barragán Javier y José Narro Robles (Compiladores)

1992 La seguridad Social y el Estado Moderno, México, Fondo de Cultura Económica, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

North, Douglass C.

1993 Instituciones, cambio institucional y desempeño económico, traducción de Agustín Bárcena, México, Fondo de Cultura Económica.

Offe, Claus

1991 Contradicciones en el Estado del Bienestar, México, Alianza Editorial- Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.

Organización Internacional del Trabajo

1993 El seguro social y la protección social. Memoria del Director General, Ginebra, Suiza, Organización Internacional del Trabajo.

Parthasarathi, Shome and Lyn Square

1983 Alternative Mechanisms for Financing Social Security, Washington, World Bank Staff Working Papers Number 625.

Rejda, George E.

1991 Social Insurance and Economic Security, 4th Edition, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall.

Roth, Gabriel

1987 The private provision of public services in Developing Countries, Washington, Oxford University Press-World Bank Economic Development Institute

Stiglitz, Joseph E.

1987 Economía Pública, Barcelona, España, Editorial Antoni Bosch.

Taylor-Gooby, Peter

1991 Social change, social welfare and social science, Hertfordshire, Harvester Wheatsheaf.

Varian, Hal. R.

1992 Análisis Microeconómico, Barcelona, España, 3a. edición, Editorial Antoni Bosch.

Williamson, John B. y Fred C. Pampel

1993 Old-Age Security in Comparative Perspective, Nex York, Oxford University Press.

Williamson, Oliver E.

1989 Las instituciones económicas del capitalismo, traducción de Eduardo L. Suárez, México, Fondo de Cultura Económica.

Wise, David A.

1985 Pensions, Labor and Individual Choice, Chicago, The Chicago University Press, National Bureau of Economic Research Project Report

## 2

### MODELOS Y EXPERIENCIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN ALGUNOS PAISES DESARROLLADOS Y EN AMERICA LATINA

La Seguridad Social, entendida como seguro de retiro, salud, invalidez o incapacidad temporal para el trabajador asalariado, tuvo su origen en Alemania, en la segunda mitad del siglo pasado. En pleno proceso de industrialización alemán, se atribuye al canciller Bismarck la redacción de las primeras leyes que instituyeron el seguro contra riesgos del trabajo en 1883 y poco después, se establecieron los primeros fondos de retiro. A partir de entonces, primero en Europa y posteriormente en Sudamérica se fueron extendiendo estos dos tipos de seguros.

Las primeras disposiciones legales relativas al seguro social no contemplaban su extensión a todo tipo de asalariados, sino únicamente a categorías seleccionadas de los sectores público y privado.<sup>1</sup> No ofrecían además un paquete homogéneo de prestaciones y en general, sólo las compensaciones por accidentes de trabajo eran obligatorias y objeto de regulación estatal.

El gran cambio en la concepción de la seguridad social y en el diseño de sistemas nacionales de previsión social dependientes del Estado, se produjo durante la Segunda Guerra Mundial. En 1942 se publicó en Gran Bretaña el estudio *Social Insurance and Allied Services*, mejor conocido como el Informe Beveridge;<sup>2</sup> en el que su autor, William Beveridge, proponía un nuevo concepto de seguridad social, más amplio que el practicado hasta ese entonces.

---

<sup>1</sup> Tamburi, 1986, p.78.

<sup>2</sup> Beveridge, 1944.

Beveridge defendía en su texto la necesidad de que el compromiso de la sociedad de proteger a la población de las principales contingencias sociales, fuera completo y universal. Es por esto que a su propuesta se le conoce desde entonces como "concepto integral de la seguridad social",<sup>1</sup> en la medida en que intenta ofrecer un paquete integral de prestaciones sociales que contempla no sólo los seguros de retiro o contra accidentes de trabajo, sino también los de incapacidad por maternidad, enfermedad y en algunos casos, desempleo, para todos los ciudadanos y durante todo su ciclo de vida.

La influencia de esta nueva doctrina sobre la seguridad social se reflejó en documentos de circulación mundial como lo fueron *La Carta del Atlántico* y las recomendaciones número 67 (seguridad del ingreso) y número 69 (atención médica) adoptadas por la Conferencia Internacional del Trabajo en 1944.<sup>2</sup> La influencia que tuvieron estos documentos en el diseño de los sistemas de seguridad social latinoamericanos fue considerable, debido a su inmediata traducción al español y a su profusa circulación entre los especialistas. Como una de sus consecuencias más duraderas, perdura aún en muchos países el modelo de asignar a las mismas organizaciones la prestación de los servicios de seguro social y salud pública.

Sin embargo, en una perspectiva más amplia, la adopción del concepto integral de seguridad social en la mayoría de las economías capitalistas se inscribe dentro del proceso de reforma del Estado que tuvo lugar a raíz de la crisis de 1929, y que puso al descubierto varias de las principales fallas micro y macroeconómicas del mercado. En el plano microeconómico, se hizo evidente que la provisión de los servicios de salud necesarios para elevar la esperanza de vida y los niveles sanitarios generales sólo podía alcanzarse si el Estado asumía una parte considerable de los costos de atención médica, dándole a ésta el tratamiento de un bien público. En el plano macroeconómico, el aumento del gasto de gobierno en salud y seguridad social era congruente con el nuevo papel del gasto público

---

<sup>1</sup> Tamburi, 1986 p. 79.

<sup>2</sup> Tamburi, 1986 p. 79.

en la corrección de la falla macroeconómica, mediante la expansión de la demanda agregada, al mismo tiempo que las contribuciones a la seguridad social operaban como estabilizadores automáticos de la economía, al actuar como filtros para las ganancias y los salarios. En síntesis, el nuevo modelo de seguridad social era compatible con el nuevo modelo de Estado interventor de la posguerra.

Puede afirmarse que hasta 1970 los sistemas de seguridad social en todo el mundo experimentaron un importante desarrollo, que se reflejó además en el cumplimiento de metas muy importantes en materia sanitaria y de protección social. El propósito de éste capítulo es presentar una breve introducción a los modelos de seguridad social más característicos. También se incluye una referencia a la experiencia de los países latinoamericanos en materia de seguridad social, porque resulta relevante para el análisis que hagamos más adelante del caso mexicano.

## **2.1 Modelos de seguridad social.**

En sentido estricto, el término seguridad social no se puede aplicar en todos los casos a los sistemas de previsión social. En el desarrollo de la protección social encontramos dos conceptos técnicamente diferenciables: el de seguro social y el de seguridad social. Los sistemas de seguro social están basados en las relaciones que se establecen entre el trabajador y su empleador, sea éste un particular o el Estado, a partir del empleo formal. El seguro social se acerca más a la propuesta original del canciller Bismarck y se basa en un arreglo institucional tripartita promovido por el Estado, en el que participan representaciones obreras y empresariales. El Estado coordina el sistema a través de organismos con mayor o menor grado de autonomía --dependiendo de los distintos modelos existentes--, que proporcionan directamente o contratan los servicios que incluyen las prestaciones del seguro social, y su financiamiento es tripartita. La seguridad social en cambio surgió en Inglaterra en los años de la Segunda Guerra Mundial a partir del informe Beveridge y en medio de una fuerte influencia keynesiana. Aunque reconoce la vigencia de un arreglo

institucional tripartita, concede al Estado mayor capacidad reguladora y también mayores cargas financieras para el sostenimiento de un sistema de prestaciones más ambicioso.

Los sistemas de seguro social se caracterizan por los siguientes puntos:

- 1) Programas separados para atender distintos riesgos sociales (especialmente riesgos profesionales, pensiones y enfermedad);
- 2) Cobertura de la fuerza laboral empleada en relación de dependencia (asalariada) esencialmente urbana;
- 3) Cotizaciones salariales tripartitas (pagadas por el asalariado, el empleador y Estado);
- 4) Prestaciones directamente relacionadas con las cotizaciones, y
- 5) Regímenes técnico-financieros de capitalización

La seguridad social parte de una perspectiva más integral, que contempla básicamente:

- 1) La unificación (bajo un sólo organismo gestor o coordinador) de los diversos programas del seguro social con la asistencia pública y la atención a la salud (tanto curativa como preventiva) y con los programas de empleo y asignaciones familiares. Este concepto unificador se conoce como principio de unidad.
- 2) Igualdad de derechos entre los asegurados (principio de igualdad)
- 3) Cobertura total de la población, sin distinción entre la empleada y la no empleada (principio de universalidad) y abarcando todos los riesgos sociales posibles (principio de integralidad).
- 4) Financiamiento mediante impuestos y contribuciones progresivas en relación al ingreso (principio de solidaridad).<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 1985, pp. 3-4.

Desde esta perspectiva, encontramos que muchos de los sistemas a los que genéricamente se les denomina de seguridad social, son en sentido estricto sistemas de seguro social, aunque enunciativamente tiendan a alcanzar la universalidad y la integridad, principios básicos para definir un auténtico sistema de seguridad social.

La seguridad social está organizada en cada país con base en un marco institucional que regula su funcionamiento y minimiza los costos de transacción asociados a la provisión de los bienes públicos que ofrece. El marco organizacional de la seguridad social se encuentra determinado por las leyes y reglamentos que conforman el marco institucional, y su estructura es determinante para la eficiencia del sistema. Un mismo objetivo puede alcanzarse a partir de diferentes modelos, según lo demuestran las diferentes experiencias de la seguridad social. Mientras que en el Reino Unido el informe Beveridge se tradujo en la creación de un Sistema Nacional de Salud (National Health System), independiente de la administración de los fondos de retiro, en muchos países en desarrollo las recomendaciones del informe llevaron a diseñar organismos que combinaran la administración de los fondos de pensiones y de los servicios de salud pública para los trabajadores asalariados. En medio de la gran diversidad de formas que adquieren los marcos institucional y organizativo de la seguridad social en cada país, podemos sin embargo distinguir cuatro modelos básicos:

Cuadro 2.1  
Principales modelos de Seguridad Social

Sistemas básicos	Modelo A	Modelo B	Modelo C	Modelo D
Sistema de pensiones	Modelo de reparto Seguro de desempleo	Modelo de reparto	Sistema de reparto complementado con cuentas individuales y fideicomisos	Sistema de capitalización individual administrado por empresas privadas
Sistema de salud pública	Sistema integrado de salud con cobertura universal	Organismos del seguro social para trabajadores asalariados. Ministerio de salud para población abierta	Sistema de salud público reformado combinado con seguros privados de salud para fam. de ingreso medio y alto	Provisión privada de servicios de salud subsidiada por el Estado para algunos grupos-objetivo
Sistema de asistencia social	Apoyos al ingreso diferenciados por niveles de edad	Programas sociales de atención a grupos-objetivo	Programas sociales y asignaciones monetarias	Asignaciones monetarias para las familias pobres

Es preciso señalar que en la realidad se pueden dar múltiples combinaciones entre uno y otro modelo. El modelo A corresponde a los sistemas más avanzados de seguridad social, característicos de varios países europeos. El modelo B corresponde a los países en tránsito de regímenes de seguro social limitado a sistemas de seguridad social; éste es el caso de la mayor parte de los países latinoamericanos. Los modelos C y D corresponden a sistemas reformados; el C puede ser visto como una transición al modelo D, o como un intento de modernizar el sistema A sin renunciar a algunas de sus características más importantes desde el punto de vista de la equidad y la cobertura. El modelo D representa el caso más cercano a una reducción al mínimo de la participación del Estado en la provisión directa de los servicios de salud y en la administración de los fondos de pensiones. Este último modelo requiere sin embargo de una activa participación del Estado en materia regulatoria.

Las combinaciones que se pueden dar en el terreno práctico dependen de las características institucionales y del grado de desarrollo relativo de cada país. En la mayoría de los países en desarrollo, por ejemplo, es muy difícil imaginar una retirada completa del Estado de la provisión directa de servicios de salud, por sus características de bienes públicos para ciertos sectores de la población y en ciertas regiones geográficas. Lo que el Estado puede hacer es concentrar recursos en el perfeccionamiento de los servicios de salud y buscar una mayor diversificación en el financiamiento de los sistemas de pensiones, o dicho de otra forma, desarrollar un sistema sostenido por pilares múltiples de financiamiento.

En las últimas décadas se han diversificado las alternativas de planes de retiro; sin embargo, estas se agrupan en tres grandes grupos: planes públicos, planes ocupacionales y planes de ahorro individual. Los planes ocupacionales de pensiones son auspiciados por uno o varios empleadores, pueden cubrir desde una única empresa hasta una industria completa y al igual que los planes públicos, ofrecen una anualidad basada en una fórmula que garantiza un ingreso mínimo durante su período de retiro. El trabajador aporta un

porcentaje de su salario y el empleador cubre la diferencia. El trabajador sólo adquiere derechos sobre los beneficios acumulados de su plan de retiro después de cierto tiempo de cotización; antes de ese plazo, está expuesto a ser despedido y perder todo o parte de ese ahorro forzoso. Los primeros planes de pensiones fueron de este tipo y en la actualidad se han desarrollado nuevas versiones para grandes empresas y sectores de la economía, que en ocasiones complementan al sistema público en vez de sustituirlo.\*

Los planes pueden ser de beneficio definido, en cuyo caso se garantiza una anualidad que no siempre depende de las aportaciones y debe ser financiada en parte con ingresos corrientes, funcionando en esencia como un modelo de reparto que eventualmente puede enfrentar severas restricciones financieras. Si el plan en cuestión cubre a varios empleadores o incluso a toda una industria, existe mayor margen para alcanzar ciertos objetivos redistributivos limitados. Los planes de aporte definido están totalmente financiados y la suma que recibe el trabajador depende de sus inversiones más los intereses acumulados. Los planes ocupacionales pueden cubrir a empleados públicos o privados y son operados por organismos públicos o compañías de seguros y bancos privados.

Los planes de ahorro individual privados hablan sido hasta hace poco complemento de los sistemas de reparto en algunos países, pero en la actualidad son vistos como una alternativa a los mismos. Sus ventajas y limitaciones han sido expuestas en el capítulo anterior, por lo que sólo resta señalar que tanto los planes ocupacionales como los planes de ahorro individual plantean importantes problemas regulatorios que el Estado debe resolver para garantizar la eficiencia y la equidad del sistema de seguridad social, así como sistemas financieros modernos.†

La reforma de los sistemas de seguridad social es un problema complejo que enfrentan la mayor parte de los países en este fin de siglo. Esta complejidad se debe a que

---

\* Banco Mundial, 1994, p. 196.

† Banco Mundial, 1994, p. 241.

las decisiones que se tomen al respecto involucran problemas no sólo de eficiencia económica, sino de equidad social. La solución que cada país de al problema dependerá de su grado de desarrollo y de sus características institucionales, por lo que puede decirse que estamos ante un debate que apenas comienza.

## **2.2 La seguridad social en los países desarrollados.**

La seguridad social en sentido estricto, es una característica de las sociedades más industrializadas. Comprende un conjunto de prestaciones y apoyos al ingreso que van más allá del seguro social y de los servicios de salud pública, para incluir asignaciones familiares, seguro contra el desempleo, becas de capacitación y otros apoyos específicos al ingreso para diferentes grupos de edad. Cada país ha adoptado características propias que pueden analizarse a partir del grado de intervención estatal, del arreglo institucional que está detrás de cada sistema de seguridad social y del grado de concentración que prevalece en su organización. Sin embargo, una característica común a casi todos los sistemas ha sido la aparición, desde la década de los setenta, de dificultades financieras para financiar los servicios de la seguridad social. Estas dificultades y las reformas propuestas para su superación se han desarrollado en el contexto más amplio de una profunda revisión del papel del Estado en la economía y de la consiguiente reforma para redefinir las áreas de participación de los sectores público y privado.

Pero la revisión y reforma de los sistemas de seguridad social son cuestiones que trascienden el terreno de la economía, pues plantean importantes problemas políticos y sociales. La seguridad social es considerada en casi todos los países como una conquista de los trabajadores y forma parte también de los mecanismos correctores que el Estado puso en práctica para hacer frente a las fallas económicas y a la tendencia desintegradora del mercado sobre la organización social. La seguridad social es una institución que redujo las fricciones entre el capital y el trabajo y que consolidó la tendencia hacia un papel más

regulador y participativo del Estado en la economía y en el arbitraje y la solución de conflictos entre clases sociales.<sup>1</sup>

La interpretación más extendida sobre la crisis de la seguridad social, es aquella que a su vez la inscribe dentro de la crisis fiscal del Estado benefactor. El crecimiento de los gastos en seguridad social como proporción del producto es señalado como una de las causas de la crisis fiscal del Estado en la década de los setenta. Aunque esto es cierto en algunos casos como el de Suecia, el país capitalista desarrollado con mayor grado de intervención estatal y mayores niveles de bienestar, resulta arriesgado generalizar esta afirmación, en particular porque hubo países en los que la seguridad social y la salud, aunque llegaron a ser objeto de importantes erogaciones, nunca llegaron a competir con rubros como el gasto de defensa (Estados Unidos) que por sí solo explicaría la crisis fiscal del Estado. También se puede señalar que los países con mayor gasto per cápita en salud (Estados Unidos) ofrecen paquetes inferiores en calidad y cobertura que otros países capitalistas (Suecia y Reino Unido), lo cual indica que la eficiente organización de los sistemas es tan importante como los recursos que se les asignan.

Sin embargo, las tendencias de largo plazo de los diferentes sistemas predecían un agravamiento de la crisis de la seguridad social. En particular el financiamiento de las pensiones y de los sistemas de salud presentaban importantes riesgos, por las características de los sistemas basados en los modelos de reparto y por las tendencias demográficas que presentaban la mayoría de los países desarrollados. En Europa occidental la tasa de natalidad había descendido desde los años sesenta y en algunos casos (como en Alemania) la caída había sido tan dramática que lo había hecho por debajo de la tasa de mortalidad, lo que se traducía en un crecimiento negativo de la población. Pero lo más preocupante era que la relación entre la población que cotizaba dentro del sistema de seguridad social y la población retirada se había reducido considerablemente. La población en los países de Europa occidental envejeció aceleradamente, como consecuencia de la

---

<sup>1</sup> Malloy, 1986, p. 29.

reducción en las tasas de natalidad y del aumento en la esperanza de vida, con lo cual el período de retiro se prolongó excesivamente en relación a los cálculos actuariales originales.

Otro fenómeno importante que apareció en los setenta pero se agudizó en la década siguiente fue que las tasas de crecimiento del empleo formal comenzaron a reducirse y algunas economías desarrolladas entraron a ciclos de crecimiento con desempleo. El empleo formal, el pilar más importante de los sistemas de reparto, sufrió cambios importantes en los últimos veinticinco años que crearon mayores incentivos para el empleo informal. La respuesta de varios economistas tuvo como soporte ideológico un cuestionamiento al papel que había adquirido el Estado en el funcionamiento de la Economía. En este contexto los seguros contra el desempleo fueron duramente atacadas por considerarlos como fuente de distorsiones en el mercado laboral. Los niveles salariales excepcionales alcanzados en la posguerra y su rigidez a adaptarse a las fluctuaciones en el mercado laboral fueron señalados como la principal causa del desempleo. En los años ochenta se experimentó un regreso generalizado a los mecanismos de mercado como correctivos para corregir las distorsiones en la actividad económica. Esto se reflejó en la búsqueda de soluciones de mercado al problema de la seguridad social. Sin embargo, en el marco de la reforma del Estado este campo es probablemente el más rico en propuestas y variantes dentro de la reforma, pues el abanico de soluciones se abrió para contener desde la privatización de los sistemas de pensiones hasta la reestructuración de los sistemas de retiro, pasando por distintas formas de sistemas mixtos.

Por las características de este trabajo y sobre todo por la amplitud del tema, en este apartado se hace una breve referencia a los sistemas de seguridad social de cinco países desarrollados, únicamente con el objeto de presentar una pequeña muestra que ilustre la diversidad de formas de organización que asume la seguridad social y los distintos grados de intervención estatal y participación privada que se combinan para garantizar la prestación de sus distintos servicios. Se trata de países relevantes por su importancia para

entender el desarrollo histórico de la seguridad social o bien por su relación económica y cultural con nuestro país.\*

Cuadro 2.2  
Indicadores del gasto público en pensiones  
(Porcentajes)

País	Gasto público en pensiones/ PIB	Gasto Público en pensiones/gasto público total	Pensiones de empleados públicos/ gasto público en pensiones
Canadá	4.2	19.1	5.6
España	7.5	23.2	
Estados Unidos	6.5	24.5	25.9
Reino Unido	9.5	24.1	
Suecia	11.6	28.1	

Fuente: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial), 1994.

Nota: los años para lo que se calcularon los porcentajes varían en cada caso, pero siempre dentro del período 1985-1992.

Los países en cuestión tienen en común el haber alcanzado un alto grado de desarrollo, ser miembros de la OCDE y contar con sistemas de seguridad social en el sentido estricto de la palabra, aunque con importantes diferencias en cuanto a organización y cobertura. El desarrollo histórico de los sistemas de seguridad social en estos países ha sido muy distinto, pues lo mismo tenemos a países pioneros como el Reino Unido y Suecia que a países que recientemente desarrollaron su sistema de seguridad social, como en el caso de España. Sin embargo, llama la atención que la carga de la seguridad social para las finanzas públicas es muy parecida en los cinco casos: el gasto público en pensiones representa entre una quinta y una cuarta parte del gasto público total, como puede apreciarse en el cuadro 2.1. Sin embargo el tamaño del sector público varía dentro de un rango más amplio en estos cinco países, lo que ocasiona que el gasto en pensiones como porcentaje del PIB sea casi tres veces mayor en Suecia que en Canadá.

\* Debido a lo esquemático de estas referencias, se sugiere recurrir a la abundante bibliografía existente sobre el tema de la crisis y la reforma de la seguridad social en los países desarrollados. En particular se recomienda los libros de Davis (1995), de Williamson y Pampel (1993) y el de Ruíz Durán *et al.* (1994). Existe además un exhaustivo análisis comparativo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos:

Otro elemento a considerar es que dentro de los países desarrollados también hay diferencias notables en cuanto a sus dinámicas demográficas, sus patrones de desarrollo y su historia institucional. Los cinco países seleccionados se encuentran en etapas de desarrollo distintas y enfrentan problemáticas demográficas muy diferentes. Mientras que en el Reino Unido y Suecia la población crece muy despacio, Estados Unidos y Canadá continúan creciendo a una tasa moderada y reciben considerables flujos de inmigrantes, mientras que en España se espera un fuerte descenso en la tasa de crecimiento demográfico durante los próximos años.<sup>13</sup>

Cuadro 2.3  
Indicadores demográficos 1990  
Porcentajes

Países	Población de más de 60 años	Población de más de 65 años	Población de más de 75 años	Población de más de 65/población de 15-64 años	Población de más de 60/población de 20-59 años	Tasa anual de crecimiento demográfico 1962-90
Canadá	15.6	11.3	4.5	16.7	27.6	1.3
España	18.5	13.2	5.4	19.8	34.8	0.8
Estados Unidos	16.6	12.3	5.0	18.7	30.3	1.1
Reino Unido	20.8	15.7	6.8	24.0	38.8	0.3
Suecia	22.9	18.0	8.1	27.8	43.5	0.5

Fuente: Banco Mundial (1994) y para la tasa anual de crecimiento demográfico PNUD (1994).

En términos generales la cobertura es alta en estos cinco países. Sin embargo, existen diferencias notables entre Suecia, donde más del 88% de las personas mayores de 60 años están jubiladas y Canadá, país en el que este porcentaje se reduce a 75. La relación entre los participantes de los programas de pensiones (los trabajadores que cotizan para el fondo de retiro) y la fuerza laboral en ningún caso es inferior al 85% y en la mayoría de los países Europeos y en los Estados Unidos es superior al 90%. Esto es resultado no solamente de su grado de desarrollo, sino de marcos institucionales que dejan muy pocos espacios para sectores informales que, aún cuando cuando existen también en este tipo de países, son sensiblemente menores en tamaño e importancia que en los países

<sup>13</sup> Según estimaciones del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, en el período 1992-2000 las tasas de crecimiento de los cinco países serán: Canadá 1.3% (aumento), Estados Unidos 1% (sin cambio); España 0.2% (decrece), Reino Unido 0.2% (decrece) y Suecia 0.5% (sin cambio). Véase Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 1994, p.217.

latinoamericanos o en la Europa Oriental. Esto nos regresa a una de las características fundamentales de los planes públicos de pensiones: su dependencia del empleo formal.

Cuadro 2.4  
Cobertura de los planes públicos de pensiones  
En porcentajes

Países	Participantes/ fuerza laboral	Jubilados/ personas de más de 60 años	Jubilados / participantes	Salarios cubiertos/ PIB
Canadá		75.2		30.0
España	85.3	80.0	45.5	29.4
Estados Unidos	96.7	82.9	30.3	38.5
Reino Unido	94.2	83.6		
Suecia		88.4	37.0	

Fuente: Banco Mundial 1994.

Nota: la información se refiere a los años de 1989 en el caso de Canadá y los Estados Unidos, a 1990 para el caso del Reino Unido y Suecia y a 1992 para España.

El cuadro 2.3 revela también un hecho inquietante para la mayoría de las naciones desarrolladas y en particular, para las europeas: la proporción entre jubilados y participantes va en aumento y a ello hay que añadir el incremento en la esperanza de vida de los jubilados y la disminución de la edad mínima para jubilarse. A partir de estas tendencias es previsible suponer que siga aumentando el peso de la seguridad social dentro del gasto público en estos países; sin embargo, hay sociedades como la sueca en las que esta proporción entre jubilados y participantes no aumentará demasiado, porque su dinámica demográfica se está acercando a un estado estacionario (crecimiento demográfico casi nulo y estructura de edades estable), mientras que en países como Canadá y Estados Unidos éste será un problema en el mediano plazo pues el porcentaje de la población mayor de sesenta años casi se habrá duplicado dentro de tres décadas. Según las estimaciones del Banco Mundial, se espera que la mayoría de los países converjan en una proporción cercana al 30% de la población mayor de sesenta años y que una vez alcanzado este porcentaje, se mantenga con mínimas variaciones por lo menos hasta el 2150.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Banco Mundial, 1994, pp. 401-405.

Cuadro 2.5  
 Porcentaje de la población mayor de sesenta años  
 Datos de 1990 y proyecciones 2000-2030

País	1990	2000	2010	2020	2030
Canadá	15.6	16.8	20.4	25.9	30.2
España	18.5	20.6	22.4	25.6	30.9
Estados Unidos	16.6	16.5	19.2	24.5	28.2
Reino Unido	20.8	20.7	23.0	25.5	29.6
Suecia	22.9	21.9	25.4	27.8	30.0

Fuente: Banco Mundial, 1994

El principal riesgo que presenta esta tendencia al aumento de la población en edad de retiro a nivel mundial, tiene que ver con la estructura misma del modelo de reparto. El modelo funciona bien mientras la tasa de crecimiento del empleo formal permite que una base cada vez más amplia de cotizantes sostenga a los jubilados que a su vez alguna vez fueron cotizantes. Este esquema de solidaridad intergeneracional puede romperse a medida que se angosta la base de contribuyentes a la seguridad social y aumenta el período de retiro promedio. La tendencia a que aumente el período promedio durante el cual un pensionado disfruta de su pensión se debe tanto al avance de la medicina que se refleja en el aumento de la esperanza de vida, como a conquistas laborales que han permitido bajar la edad mínima de jubilación en los países desarrollados y en la mayor parte de los subdesarrollados. Sin embargo, esto ha obligado a los gobiernos de los países desarrollados a asumir los déficit de los sistemas de pensiones, por lo que muchos críticos han sostenido la necesidad de revisar el financiamiento de los planes de retiro e incluso de abandonar el sistema de reparto.

El financiamiento de los planes públicos de pensiones en tres países desarrollados demuestra la gran diferencia que puede haber entre sistemas de cobertura similar. Canadá se encuentra más próximo a Suecia en las metas de universalidad e integralidad de los servicios prestados; sin embargo, Suecia se aproxima más a los Estados Unidos en la forma en que financia los planes públicos de pensiones. Los impuestos a la nómina y el rendimiento de los fondos de pensiones depositados proporcionan las cuatro quintas partes de los ingresos de los planes públicos de pensiones. Sin embargo, la importancia del sistema de pensiones en Suecia como porcentaje del producto es mucho mayor, por su

estructura de edades y la calidad de sus prestaciones. La rentabilidad de las inversiones de los fondos de pensiones es particularmente alta en Canadá, siendo sensiblemente más baja en Suecia y sobre todo, en los Estados Unidos. Esto se debe en gran medida a la diferente composición de la cartera de inversiones de los fondos de seguridad social: mientras que en algunos países los fondos de pensiones se invierten en valores gubernamentales, en otros las inversiones se diversifican para incluir bienes raíces, acciones en el mercado de valores, créditos hipotecarios, préstamos a la industria y el comercio, etcétera.<sup>12</sup>

Cuadro 2.6  
Financiamiento de los planes públicos de pensiones en 1986

Pais	Ingresos como porcentaje del PIB	Proporción de impuesto sobre la nómina	Proporción de ingresos provenientes de Rentía de las inversiones	Ingresos generales
Canadá	6.3	30	27.6	42
Estados Unidos	8.4	68	19.4	12
Suecia	14.7	57	23.4	19

Fuente: Banco Mundial, 1994.

También existen profundas diferencias institucionales entre los cinco países mencionados, producto de desarrollos históricamente muy distintos. Mientras que en Inglaterra y Canadá la seguridad social cobró carta de naturalización prácticamente a raíz del informe Beveridge, España siguió siendo un país con régimen de seguro social limitado hasta la muerte de Franco. Suecia por su parte alcanzó el nivel más alto de participación estatal y por muchos años fue el modelo más acabado de Estado benefactor, coincidiendo con la prolongada permanencia en el poder del Partido Socialdemócrata, pero en el pasado reciente ha comenzado también una profunda revisión de las estrategias de intervención estatal.<sup>13</sup>

<sup>12</sup> Para abundar en el tema se recomienda a Davis, 1995.

<sup>13</sup> Para una visión general del proceso de reforma del Estado puede consultarse a Ayala, 1992.

Cuadro 2.7  
Sinopsis de los regímenes de seguridad social en cinco países desarrollados.

País	Nivel normativo	Cobertura	Organismos	Financiamiento
Canadá	Constituciones y leyes de las provincias	Salud: universal Sistema de pensiones y seguro de desempleo	Ministerios de Salud de las provincias Fideicomisos de retiro	Impuesto a la nómina, presupuesto provincial y planes de ahorro individual
España	Constitución del reino y leyes reglamentarias	Salud: universal Sistema de pensiones y seguro de desempleo	Ministerio de Salud Pública y Ministerio de Seguridad Social	Impuesto a la nómina y presupuesto general, incentivos fiscales al ahorro
Estados Unidos	Leyes federales y órdenes ejecutivos	Salud: parcial, pública para pobres y ancianos Sist. pens. y seg. desem.	Fideicomisos de retiro Medicare Medicaid	I. a la nómina, planes individuales y ocupacionales y presupuesto federal
Suecia	Constitución del reino y leyes reglamentarias	Salud: universal Sistema de pensiones y seguro de desempleo	Ministerio de Seguridad Social	Sistema de reparto complementado con presupuesto general
Reino Unido	Actas y acuerdos parlamentarios	Salud: universal Sistema de pensiones y seguro de desempleo	Servicio Nacional de Salud y Oficina de Pensiones	Sistema de reparto complementado con presupuesto general

Fuente: Elaboración propia a partir de Davis, 1995.

Los distintos marcos institucionales que rigen la organización de la seguridad social en estos países son resultado de procesos históricos diferentes, pero también constituyen importantes factores que condicionan el desempeño económico de los sistemas y el costo que implica reformarlos. Las instituciones de la seguridad social fueron rebasadas por realidades económicas y demográficas muy distintas de aquellas para las cuales fueron pensadas, pero su reforma implica un nuevo arreglo institucional en el que distintas fuerzas sociales intervienen a favor o en contra de las distintas alternativas que se proponen. En particular la reforma de la seguridad social enfrentó más fricciones en aquellos países en los que el modelo de Estado benefactor se encontraba más arraigado, como Suecia y en menor medida el Reino Unido, o bien en aquellos en los que el ciclo político dificulta considerablemente asumir el costo político de reformas viables en el largo plazo, pero que en el corto pueden provocar un voto de castigo para el gobierno que las lleve a cabo, como es el caso de los Estados Unidos.

En la mayoría de los países europeos resulta difícil dismantelar por completo los sistemas de seguridad social del pasado, de ahí que se haya optado por opciones que combinen una mayor participación privada en la provisión de ciertos servicios públicos y el

diseño de programas de pensiones que descansen en distintos pilares de financiamiento. La creación de cuentas individuales de retiro depositadas en fideicomisos del tesoro fue una alternativa diseñada en Estados Unidos que resolvió parcialmente los problemas de financiamiento que presentó el sistema norteamericano de pensiones a principios de la Administración Reagan. A partir de esta opción algunos países han introducido la opción de complementar un sistema de reparto reformado con sistemas de capitalización individual. Otros han adoptado la decisión de sufragar las dificultades financieras de los sistemas de reparto con el presupuesto general.

La reforma de la seguridad social enfrenta dos grandes retos, diferentes pero íntimamente relacionados en muchos países: la reforma o el ajuste de los sistemas de pensiones y el acelerado crecimiento del costo de los sistemas de salud pública. El problema de los sistemas de pensiones tiene que ver, como ya vimos, con cambios demográficos e institucionales (reducción de la edad mínima de jubilación, aumento de los derechos sociales básicos) que hacen que el sistema de reparto enfrente dificultades para seguir operando conforme al esquema original. Por otro lado, los servicios de salud han incrementado su costo dentro del presupuesto general. Finalmente, la aparición de fenómenos de crecimiento con desempleo, principalmente en Europa, hace que aumente la demanda de seguros de desempleo al mismo tiempo que se reduce la base de trabajadores cotizando. Todos estos problemas han llevado a plantear en materia de pensiones esquemas que van desde el ajuste de los sistemas de reparto para incluir otros pilares de financiamiento, hasta la privatización del sistema, dejando la administración de cuentas individuales de retiro a empresas privadas, con los consiguientes problemas de regulación que esto plantea.

Existen muchas posibilidades de reforma de los sistemas de seguridad social que no implican necesariamente su privatización, sino la revisión de la estructura organizativa, la capacidad administrativa y las posibilidades financieras de los planes actuales para

introducir ajustes.<sup>14</sup> Entre estos ajustes se ha sugerido la prolongación de la vida laboral de los asegurados, para aumentar la relación entre edad de cotización y edad de retiro. Sin embargo, esto ha sido fuente de fricciones con los sindicatos.

Podemos concluir que en la mayoría de los países desarrollados ha terminado el período durante el cual el sistema de reparto era autofinanciable. Lo que está a discusión es cual alternativa es la más eficiente desde el punto de vista económico y social: una reforma del sistema de reparto con cargo al erario general, un sistema de capitalización individual o un sistema mixto.

### **2.3 Las experiencias latinoamericanas.**

En el continente americano, las primeras leyes de seguridad social fueron promulgadas en el cono sur. La preocupación por asegurar a los trabajadores frente a los accidentes de trabajo y por prever su retiro, llegó a Estados Unidos poco antes de que se iniciara en 1929 la gran depresión. Fue precisamente en 1929 cuando el Estado Mexicano comenzó a legislar en materia de seguridad social. Una de las consecuencias de la creación de la Organización y el sistema de agencias especializadas de las Naciones Unidas, fue el gran apoyo técnico ofrecido durante los últimos años cuarenta y toda la década de los cincuenta a aquellos países que aún no habían organizado sus sistemas de seguro social.

Los países pioneros en materia de seguros sociales en América Latina fueron Chile, Uruguay, Argentina, Cuba y Brasil; todos ellos incursionaron en ese campo en los años veinte y treinta. No partieron en ninguno de los casos mencionados de una legislación general, sino por el contrario, de arreglos sectoriales que fueron creando subsistemas para la atención de distintos grupos ocupacionales: generalmente primero surgieron los sistemas de pensiones para las fuerzas armadas, para los empleados públicos y después para

---

<sup>14</sup> Hoskins, 1992, p. 108.

algunos sectores de la industria y los servicios. Aunque los subsistemas se fueron ampliando, la característica más importante fue que cada uno mantuvo por largo tiempo su propia legislación, organización, administración y esquema de financiamiento.<sup>11</sup> Aunque el Estado intervenía para apoyar presupuestalmente a algunos de estos subsistemas, no ejerció una función unificadora y reguladora hasta varios años después. Los sistemas que tuvieron estos antecedentes siguieron un tipo de organización al que se conoce como "estratificado", ya que se caracterizó por una creciente desigualdad en calidad de servicios y prestaciones a lo largo de los diferentes estratos que conformaron la pirámide que se fue formando a partir de la agregación de los distintos planes ocupacionales originales.

Los sistemas que se crearon después de 1940 estuvieron fuertemente influenciados por el informe Beveridge y por lo mismo establecieron organismos unificadores de seguros sociales y asistencia médica. El distinto grado de desarrollo de la región influyó en que los principios de universalidad e integralidad fueran adoptados como metas hacia las cuales tendería el sistema, pero que en la realidad se consideraban difíciles de alcanzar en el corto plazo. Estos sistemas se caracterizan por contar con un organismo gestor central y algunos subsistemas, generalmente para los trabajadores del Estado, que por su tamaño son poco relevantes en relación al organismo principal. El organismo gestor administra los seguros de vejez, maternidad y riesgos y accidentes de trabajo, al tiempo que ofrece los servicios de medicina curativa para los trabajadores y sus familias.

Los servicios de salud preventiva para población abierta son administrados por los ministerios de salud de cada país, que en la mayoría de los casos también cuentan con infraestructura para proporcionar servicios de medicina curativa, aunque en menor escala en relación a la población total. Las coberturas del organismo gestor central y del ministerio de salud varían en cada país: hay casos, como los de Colombia, Ecuador y Paraguay, en los que el ministerio de salud ofrece más servicios y tiene mayor cobertura en materia de salud que los respectivos organismos gestores centrales. Sin embargo, en la mayoría de los

---

<sup>11</sup> CEPAL, 1985, p. 5.

pais ocurre exactamente lo contrario: el organismo gestor central posee mayores recursos y una cobertura más amplia que el ministerio de salud respectivo.<sup>16</sup>

La expansión de los sistemas de seguro social en América Latina coincidió con el período de industrialización más intensa que haya experimentado la región, que tuvo lugar después de 1945. Los beneficiarios de este procesos fueron los trabajadores asalariados urbanos, mientras que la introducción de los servicios de salud en las regiones rurales se llevo a cabo sólo de manera parcial. El impresionante crecimiento de la cobertura de los sistemas de salud se financió en un porcentaje importante con los fondos de los seguros de pensiones, en momentos en los que las proyecciones demográficas no preveían dificultades. Esto produjo un importante sesgo urbano y hacia los asalariados en la prestación de los servicios de salud, que se reflejó después en la creciente dificultad para incorporar a los sectores informales de la economía urbana y a los trabajadores agrícolas.

El surgimiento de los sistemas de seguro social en la región tuvo lugar en una coyuntura demográfica en la que la mortalidad infantil aún era alta y la esperanza de vida era relativamente baja. Las pirámides poblacionales de la gran mayoría de los países latinoamericanos presentaban una estructura propicia para el sostenimiento de sistemas de pensiones basados en el principio de fondos de reparto. Los cálculos actuariales que se realizaron en la mayoría de estos países al momento de diseñar los sistemas de seguro social asumieron varios supuestos en relación al comportamiento futuro de estas pirámides de edades, entre ellos el descenso de la mortalidad infantil, tasas de crecimiento demográfico positivas pero inferiores a las tasas de crecimiento demográfico y niveles de desempleo bajo. Estos cálculos suponían que la base de la pirámide de edades siempre sería mayor que los peldaños superiores y que por consiguiente, las aportaciones de cada generación alcanzarían con creces para pagar las pensiones de las generaciones en edad avanzada. La situación así descrita sería óptima en el sentido de Pareto: las aportaciones de las generaciones jóvenes serían siempre mayores que las aportaciones que en su

---

<sup>16</sup> CEPAL, 1985, p. 9.

momento habían dado las generaciones anteriores, de tal suerte que cada generación recibiría más de lo que había aportado, efectuándose una transferencia intergeneracional de recursos. La condición de optimalidad implicaba que este sistema no se modificara en perjuicio de la última generación, pero que también la tasa de crecimiento demográfico garantizara una población económicamente activa siempre superior a la población pensionada.

Sin embargo, estos supuestos fueron ampliamente rebasados a lo largo de las siguientes décadas. El crecimiento económico fue superior en la mayoría de los casos al crecimiento poblacional, garantizando un crecimiento sostenido del empleo hasta los años setentas, permitiendo con ello una expansión acelerada de la cobertura de los organismos gestores centrales. Los ministerios de salud contaron con mayores recursos humanos y materiales para desarrollar programas de salud preventiva que redujeron drásticamente los índices de mortalidad infantil y aumentaron también la esperanza de vida en todos los países de la región. Durante la segunda mitad del siglo XX la mayor parte de la región latinoamericana transitó de un régimen de alta mortalidad y alta fecundidad a un régimen de baja mortalidad y baja fecundidad.<sup>17</sup> Pero en la segunda mitad de la década de los setenta comenzaron a aparecer problemas que obligaron a una discusión sobre la viabilidad de los sistemas de seguro social.

Los cambios más importantes que se operaron en el entorno macroeconómico y demográfico y que obligaron a revisar los sistemas de seguro social fueron:

- a) El agotamiento, en la mayoría de los países, del modelo de industrialización de la posguerra, con la consiguiente inestabilidad en el ciclo económico que se tradujo en tasas de crecimiento que en varios años fueron inferiores al crecimiento de la población.
- b) La crisis fiscal del Estado, que obligó a revisar sus funciones económicas y a plantear la necesidad de una reforma.

---

<sup>17</sup> Cabrera y Hazas, 1992., p.139.

- c) Una menor generación de empleos a consecuencia de la inestabilidad económica, que en los años de crisis se tradujo en franco incremento del desempleo abierto, con la consiguiente disminución de la población que cotizaba para la seguridad social.
- d) Un acelerado crecimiento de la población pensionada, de su esperanza de vida y de la relación entre ésta y la población cotizante.
- e) Un menor crecimiento poblacional a partir de los años ochenta, producto de la crisis y de las políticas de población, que angostaron la base de la pirámide poblacional y crearon la posibilidad de una bancarrota total para la mayoría de los sistemas de pensiones, una vez que esas generaciones se incorporen al mercado laboral, durante las dos primeras décadas del siglo XXI.

Aunque el balance de las primeras décadas de funcionamiento de los sistemas de seguro social era positivo en términos de salud y protección a los pensionados, su cobertura no era completa y presentaban deficiencias que, aunadas a los problemas enunciados, pusieron a debate la necesidad de una profunda revisión y eventual reforma de los sistemas de seguro social. Por otro lado, la crisis de los ochenta agudizó un problema que ya era importante en la región: el impresionante crecimiento del sector informal de la economía, como respuesta a la creciente incapacidad para generar empleo formal en la región a las tasas que requiere la oferta de trabajo existente. Esta es una realidad que no estaba considerada al momento de diseñar las instituciones de seguridad social de la región, basadas en el crecimiento sostenido del empleo formal.<sup>14</sup>

A estos cambios en el entorno se sumaron problemas financieros derivados en la mayoría de los casos de esquemas ineficientes de organización y de financiamiento de los servicios de salud. Los problemas financieros se manifestaron primero en los países pioneros, que al poseer los programas más antiguos, habían alcanzado también los mayores porcentajes de cobertura y las prestaciones más generosas, como en el caso de Chile.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Ruiz Durán, 1996, p. 3.

<sup>15</sup> Mesa Lago, 1992, p. 223.

Cuadro 2.8  
Gastos del sistema de seguridad social, 1965-1986  
(Como Porcentaje del PIB)

País	1965	1976	1980	1983	1986
Argentina	n.d.	6.8	9.3	7.3	6.1
Bolivia	3.6	3.1	2.9	2.1	5.2
Brasil	4.3	5.7	4.8	5.7	5.0
Colombia	1.1	3.1	2.8	2.2	2.0
Costa Rica	2.3	5.1	7.1	6.1	7.3
Cuba	8.3	9.7	11.7	11.5	14.7
Chile	12.1	11.0	10.7	14.3	13.1
Ecuador	3.2	3.0	2.9	3.6	3.0
El Salvador	2.2	3.3	1.7	1.7	1.1
Guatemala	2.0	2.0	1.2	1.0	0.8
Honduras	1.0	n.d.	0.8	0.9	1.0
México	2.6	3.1	2.7	2.6	2.7
Nicaragua	2.1	2.8	2.3	1.1	n.d.
Panamá	6.0	7.5	5.8	7.7	8.3
Perú	2.5	3.1	2.2	1.9	1.6
República Dominicana	2.7	2.4	0.7	0.5	0.5
Uruguay	9.6	10.7	8.2	11.0	9.6
Venezuela	3.1	3.9	1.3	1.5	1.3

Fuente: Carmelo Mesa Lago, 1992

En Chile el financiamiento de la seguridad social constituía un tema importante de la agenda de gobierno desde fechas tan tempranas como 1965. Como parte de un proceso más amplio de revisión del papel de Estado y de discusión de sus posibilidades de reforma, durante la dictadura militar se comenzó a estudiar la pertinencia de reemplazar el sistema de seguridad social basado en el modelo de reparto por un sistema basado en el modelo de capitalización individual. El experimento realizado en Chile representó en ese sentido una experiencia innovadora en la región, que fue utilizada como bandera por los defensores de la reforma en otros países.

Los criterios propuestos por el Banco Interamericano de Desarrollo para evaluar los sistemas de seguridad social de la región, son:

- a) **Cuantificación de la cobertura del sistema y focalización de los grupos que escapan a esta cobertura.**
- b) **Medición del impacto distributivo de los sistemas de pensiones, de salud pública y de asignaciones en apoyo al ingreso.**
- c) **Delimitación del papel del Estado en la provisión y regulación de la oferta de servicios sociales.**
- d) **Identificación de los principales elementos que obstaculizan la incorporación de los sectores informales a los diferentes programas que forman el sistema de seguridad social.**
- e) **Definición del marco institucional adecuado para asegurar la eficiencia y equidad del sistema de seguridad social.**
- f) **Establecer un marco organizacional congruente con los principios de eficiencia y equidad propuestos en el marco institucional. Al respecto existe la polémica sobre si existe una compensación recíproca entre eficiencia y equidad en la organización de los sistemas de seguridad social.<sup>29</sup>**

De aquí en adelante, por sistemas de seguro social entenderemos aquellos que concentran en un sólo organismo la prestación de los servicios de medicina preventiva y curativa y de seguros de retiro, maternidad, invalidez y enfermedad para los trabajadores y sus familiares dependientes. El término seguridad social se aplicará al conglomerado que integran los sistemas de seguro social, los ministerios de salud y los organismos y programas de asistencia social. Se trata de una definición arbitraria, porque aunque enunciativamente los ministerios de salud se basan en el principio de universalidad, escapan a su cobertura importantes sectores de la población en todos los países de la región, aunque por supuesto hay una mayor cobertura en los países que tienen menores costos de atención o mayores recursos para ampliar la cobertura de sus sistemas. Tampoco encontramos en la región el cumplimiento cabal del principio de integralidad en las prestaciones, que caracteriza a los sistemas de seguridad social de los países más desarrollados. En síntesis, los sistemas de seguridad social latinoamericanos son en

---

<sup>29</sup> Mújica, 1993, p.2.

realidad sistemas en tránsito desde el seguro social original hacia auténticos sistemas de seguridad social, que incluyan cobertura universal e integralidad en prestaciones.

Los sistemas de seguridad social de la región entraron en crisis, en unos casos más profundas que en otros, sin que se hubiera podido alcanzar ni la cobertura universal ni la oferta integral de prestaciones. En algunos países además, el costo de los sistemas había llegado a ser en proporción al producto interno bruto igual o incluso superior al de varios países desarrollados.

Cuadro 2.9  
Cobertura de la población total y económicamente activa por el seguro social en América Latina y el Caribe (1980-1988) y gastos como porcentaje del PIB en 1980 y proyectados con cobertura universal.

País	Cobertura poblacional				Gastos de seguro social como porcentaje del PIB	
	Población económicamente activa		Población total		1980	Extrapolados con 100% de cobertura
	1980	1985-1988	1980	1985-1988		
Argentina	69.1	79.1	78.9	74.3	11.9	15.1
Bolivia	18.5	16.9	25.4	21.4	2.9	11.4
Brasil	87.0	n.d.	96.3	n.d.	5.2	5.4
Colombia	30.4	30.2	15.2	16.0	2.8	18.4
Costa Rica	68.3	68.7	81.5	84.6	7.5	9.2
Chile	61.2	79.2	67.3	n.d.	8.6	8.6
Ecuador	21.3	25.8	9.4	13.4	3.7	39.4
El Salvador	11.6	n.d.	6.2	n.d.	1.3	21.0
Guatemala	33.1	27.0	14.2	13.0	1.6	11.3
Honduras	14.4	12.8	7.3	10.3	0.9	12.3
México	42.0	40.2	53.4	59.7	2.9	5.4
Nicaragua	18.9	31.5	9.1	37.5	2.3	25.3
Panamá	52.3	59.8	49.9	57.4	6.1	12.2
Paraguay	14.0	n.d.	18.2	n.d.	1.2	6.6
Perú	37.4	32.0	15.7	22.2	2.6	16.6
Uruguay	81.2	73.0	68.5	67.0	8.1	11.8
Venezuela	49.8	54.3	45.2	49.9	1.3	2.9

Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo, 1991.

Los problemas que son comunes a la gran mayoría de los sistemas de seguridad social de los países latinoamericanos son, en esencia, los siguientes:

- Bajos índices de cobertura poblacional y crecientes dificultades para cubrir a los integrantes del sector informal de la economía, que en la mayoría de los casos creció aceleradamente durante la crisis de los años ochenta.
- Sistemas de reparto que fueron diseñados en coyunturas demográficas muy distintas a la actual, cuando existía una gran masa laboral activa disponible que se estaba movilizando del campo a la ciudad. En la actualidad la población en la región sigue siendo predominantemente joven, pero con una sensible reducción en la base de la pirámide de edades y en la generación de empleo, por lo que en los últimos quince años la proporción de pensionados sobre trabajadores en activo ha aumentado, sin contar con que el aumento en la esperanza de vida ha elevado el período de retiro promedio, que en algunos países llega a ser mayor que el período de cotización.
- Durante la crisis las aportaciones a los sistemas de seguridad social disminuyeron en términos reales, mientras la demanda de sus servicios iba en aumento. Los organismos de seguridad social cuentan por consiguiente con menos recursos para atender una demanda mayor.

La posición fiscal del Estado en la mayoría de los países latinoamericanos es precaria y esto obliga a que los organismos gestores centrales revisen alternativas de financiamiento. Sin embargo, no hay ninguna alternativa de reforma, incluida la privatización, que no suponga fuertes erogaciones por parte del Estado en sus primeras fases. A final de cuentas, el costo fiscal de la reforma será alto; está a discusión cual propuesta es la mejor en términos de cobertura, costo fiscal y eficiencia del sistema en su conjunto.

## **2.4 Experiencias recientes de reforma de la seguridad social.**

### **El caso chileno.**

Chile fue uno de los países pioneros no sólo en la región, sino a nivel mundial, en materia de seguro social. Sus subsistemas fueron de los primeros del continente, anteriores incluso

a los de Estados Unidos. En 1981 Chile sustituyó su sistema de seguro social, basado en el modelo de reparto, por un sistema de capitalización individual, en el cual las aportaciones de cada trabajador ya no ingresan al fondo general sino se abonan a cuentas bancarias individuales, que siguen manteniendo los principios del ahorro forzoso y de la no disponibilidad de los recursos hasta llegar a la edad de retiro, o antes por causas de salud. Esta reforma también fue pionera en su tipo en América Latina y abrió el debate sobre las posibilidades de este nuevo sistema para lograr una mejor asignación de los recursos, incrementar el ahorro interno de la economía y superar los problemas financieros del modelo de reparto.

El sistema de seguridad social chileno se caracterizó hasta 1980 por una participación creciente del Estado en su doble papel de proveedor y regulador de la oferta de servicios de salud pública y seguros de retiro. Sin embargo, los problemas de financiamiento que experimentó el sistema de pensiones desde la década anterior llevaron a las autoridades hacendarias chilenas a proponer una reforma que en 1981 sustituyó el anterior esquema de contribuciones tripartitas a un fondo de reparto por el de capitalización de cuentas individuales. El proyecto de reforma fue modificado para incluir distintas formas de transición del viejo al nuevo sistema, dependiendo de la antigüedad de los cotizantes y abriendo la opción de escoger entre ambos sistemas para aquellos que estaban próximos a jubilarse. El sistema anterior siguió operando para aquellos que ya se encontraban pensionados, pero la gran mayoría de la población económicamente activa pasó a cotizar en el nuevo sistema. Para incentivar a los trabajadores que ya cotizaban a pasarse del sistema anterior al nuevo, las cotizaciones previsionales del sistema de capitalización individual son significativamente menores.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Ruiz Tagle, p. 3.

### **El sistema de pensiones y seguros de trabajo**

Las principales características del sistema de pensiones de capitalización individual introducido en Chile en 1981 son las siguientes:

- 1) Capitalización individual en fondos sobre los cuales el ahorrador no puede disponer de recursos antes de la edad de retiro (ahorro forzoso con contribuciones de magnitud definida.
- 2) Pensiones directamente proporcionales al esfuerzo de ahorro personal (y al nivel de ingreso personal, por consiguiente). La pensión futura depende del saldo acumulado de cada trabajador, lo cual desincentiva la posibilidad de evasión.
- 3) El nuevo sistema es obligatorio para los trabajadores que ingresen al mercado de trabajo a partir de la reforma, con un menú de opciones para incentivar a los trabajadores que comenzaron a cotizar en el viejo sistema para que ingresen al nuevo. La permanencia en el antiguo sistema de reparto se mantiene como una opción para los trabajadores que llevan tiempo cotizando en él. La aportación al sistema de capitalización individual es del 10% del sueldo base; en 1981 a los trabajadores que escogieron pasar al nuevo sistema se les aumentó automáticamente el 10% para mantener el valor nominal de sus salarios constante.
- 4) La administración de los fondos se confía a las Administradoras de Fondos Previsionales, empresas privadas, que compiten entre sí para captar la preferencia de los contribuyentes y cobran comisiones de monto prestablecido, que oscilan entre 2.8 y 3.4% de los activos. Los afiliados no pueden disponer de los fondos antes de la edad de retiro, pero sí pueden cambiarse en cualquier momento de AFP.
- 5) Las Administradoras de Fondos Previsionales están obligadas a garantizar una rentabilidad mínima para los fondos, que la autoridad regulatoria calcula con respecto al rendimiento promedio del total de fondos administrados.
- 6) Las pensiones se encuentran indizadas, para protección del poder adquisitivo de los pensionados.

- 7) El Estado ejerce las funciones de regulación y fiscalización de las AFP. Adicionalmente, el Estado fija una pensión mínima y cubre el diferencial para aquellos trabajadores que no pueden financiarla.
- 8) La reglamentación de las AFP establece los instrumentos financieros en los cuales pueden invertirse los fondos de pensiones y limita la inversión en instrumentos riesgosos.
- 9) El objetivo en el mediano plazo es la completa sustitución del sistema de reparto por el sistema de capitalización individual, para evitar la duplicidad de costos de mantener ambos sistemas.

Los seguros de invalidez y enfermedades profesionales forman parte del mismo paquete y son administrados por las AFP. Consisten básicamente en la obligación de las AFP de abonar a la cuenta individual la diferencia entre el saldo acumulado hasta el momento en que el trabajador se ve incapacitado para seguir trabajando y el capital necesario para financiar la pensión respectiva.<sup>22</sup> Esta pensión no puede ser inferior a la pensión mínima garantizada por el Estado. La edad de mínima de jubilación se fijó en 65 años para los hombres y en 60 para las mujeres que hayan cotizado durante un periodo de por lo menos 20 años.

El tránsito de un sistema de reparto a un sistema de capitalización individual también implica costos. Al momento de realizar el cambio de un tipo de sistema a otro, existe una deuda que debe cubrirse y que corresponde por lo menos a los siguientes tres conceptos: el pago de las pensiones de quienes se jubilaron dentro del sistema anterior; el pago futuro de las pensiones de trabajadores que aún no se han jubilado, pero que decidieron permanecer en el sistema antiguo reformado y por último, las cuotas aportadas al sistema antiguo por los trabajadores que han decidido pasarse al nuevo y que deben abonarse en sus cuentas individuales.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> Aedo y Larrañaga, 1993, p. 28.

<sup>23</sup> Ruíz Tagle, 1996, p. 12.

Al momento de decidir el paso de un sistema al otro, dentro de los cálculos que debe realizar la autoridad competente se debe incluir la forma en la que se liquidara la deuda de la seguridad social. En el caso de Chile, fue el Tesoro de la nación quien asumió la deuda con los jubilados hasta 1980 y con aquellos trabajadores que decidieron permanecer en el sistema anterior. Para pagar la deuda con aquellos que decidieron pasar al nuevo sistema pero que ya habían realizado aportaciones al sistema de reparto, se diseñó una emisión de bonos denominada "de reconocimiento", intransferibles, con un interés real del 4% y canjeables por una suma que se deposita en las cuentas individuales al momento de la jubilación.<sup>14</sup>

El cálculo de los beneficios acumulados por los cotizantes de los sistemas de seguridad social es difícil en los países en desarrollo, pues a diferencia de los países desarrollados no existen historiales de empleo completos y unificados para cada trabajador, por lo que puede haber información incompleta o duplicidades. Los cálculos realizados en Chile para estimar la deuda de la seguridad social debieron estimar el valor presente de los flujos de pensiones y de "bonos de reconocimiento" que el Estado deberá sufragar hasta que se jubile el último trabajador que posea un bono de este tipo, lo cual ocurrirá aproximadamente hacia 2025. La deuda de la seguridad social disminuirá paulatinamente hasta esa fecha, a medida que se vayan jubilando los trabajadores a los que sea preciso pagar el bono y desaparezcan los pensionados del viejo sistema.

Para 1992 y utilizando como tasa de actualización a valor presente la tasa de interés efectiva y proyectada de la deuda del gobierno, el costo de la deuda de la seguridad social era igual al 80% del PIB de ese año. La transición al nuevo sistema requirió, por lo tanto, de la acumulación de superávit presupuestarios del gobierno chileno a partir de la segunda mitad de la década de los setenta y durante casi toda la década de los ochenta, para contrarrestar el déficit de las pensiones. El ahorro nacional se mantuvo alto debido no sólo al nuevo sistema, sino en parte a que el superávit fiscal no se tradujo ni en más gasto

---

<sup>14</sup> Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial). 1994, p. 310.

público ni en una reducción de los impuestos.<sup>25</sup> La curva que describe el déficit previsual arranca en 1981, cuando representaba un porcentaje cercano al 1% del PIB, alcanza su máximo en 1991 cuando representó el 4.79% y se espera con base en proyecciones que descienda a partir del año siguiente hasta estabilizarse, después del año 2015, en porcentajes menores al 1% del PIB.

En el sistema de pensiones el Estado no compete directamente en la prestación de los servicios con el sector privado, a diferencia del sistema de salud. Sin embargo, realiza funciones de supervisión y fiscalización e interviene para calcular y garantizar la pensión mínima. El Estado continúa administrando además el antiguo sistema de reparto para los cotizantes que decidieron permanecer en él, aunque la tendencia apunta hacia su desaparición. En 1991, el número de afiliados representaba un porcentaje de 85.7% de la fuerza de trabajo chilena. Sin embargo, el nuevo sistema no ha traído un aumento importante en la cobertura de la población trabajadora en relación con el antiguo.<sup>26</sup>

### **El sistema de salud pública**

La reforma al sistema de pensiones trajo consigo una reforma importante al sistema de salud pública, que se realizó entre 1979 y 1985. La característica más importante de esta reforma fue la entrada en gran escala de empresas privadas a la administración de los sistemas de seguros de salud. Coexisten los sistemas público y privado en la prestación de los servicios de salud, que se agrupan básicamente en el seguro de salud, financiado con una aportación del trabajador equivalente al 7% de su salario y el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, que se financia con las contribuciones del empleador.<sup>27</sup>

---

<sup>25</sup> Banco Mundial, 1994, pp. 310-311

<sup>26</sup> Ruiz Tagle, 1996, p. 4.

<sup>27</sup> Aedo y Larrañaga, 1993, p. 13.

El sistema público ofrece dos opciones para los cotizantes que han optado por él:

- a) Modalidad institucional: atención directa en establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud y consultorios de salud dependientes de los gobiernos locales y municipales. Quienes optan por este sistema, son clasificados en cuatro grupos de acuerdo a su nivel de ingreso, con base en el cual se determina el porcentaje del valor de las prestaciones que debe ser sufragado por el usuario.
- b) Modalidad Libre Elección: los usuarios escogen el médico familiar y el establecimiento dentro de los que se encuentran disponibles en este sistema.<sup>29</sup>

Un aporte fiscal del Estado complementa las aportaciones de los usuarios para el financiamiento del sistema. En este aspecto, el sistema público de servicios de salud funciona como sistema de reparto, ya que no existe relación directa entre las aportaciones y los beneficios que el sistema genera a sus usuarios. El principio de solidaridad se expresa en las contribuciones directamente proporcionales al nivel de ingreso, que sirven para financiar junto con los recursos públicos los servicios que el sistema ofrece a la totalidad de sus derechohabientes.<sup>30</sup>

El sistema privado funciona a través de servicios de salud ofrecidos por empresas privadas (Isapres). Estos seguros incluyen los gastos de atención médica de los afiliados y sus familiares más cercanos y su costo depende del riesgo del grupo familiar y de la calidad de los servicios asociados al seguro, que se especifican en un contrato. La ley establece que el paquete de servicios incluido por el seguro no puede ser inferior en calidad y cobertura al que ofrece el sistema público. Cada seguro de salud se financia con una cotización obligatoria más una diferencia en los casos en los que la cotización legal no alcanza a cubrir el costo del plan de salud elegido por el trabajador.<sup>30</sup>

---

<sup>29</sup> Aedo y Larrañaga, 1993, p. 13.

<sup>29</sup> Aedo y Larrañaga, 1993, p. 13-14.

<sup>30</sup> Aedo y Larrañaga, 1993, p. 14.

La mayoría de la población se encuentra aún dentro del sistema público de servicios de salud, aunque la cobertura del sistema privado va en aumento. En 1987 el 75% de la población asegurada estaba cubierta por el sistema público, mientras que en 1990 este porcentaje había bajado a 69%. El sistema privado aumentó su cobertura en el mismo período desde un 8.7% a un 15.1%. Sin embargo, se ha producido un importante sesgo en la elección entre el sistema público y el sistema privado: mientras que los cotizantes con ingresos medios y altos han preferido pasar al sistema privado, los trabajadores con menores ingresos han permanecido en el sistema público. Se calcula que el ingreso promedio de un beneficiario del sistema privado equivale aproximadamente a cuatro veces el ingreso de un beneficiario del sistema público.<sup>11</sup>

La reforma de la seguridad social en Chile implicó además un cambio estructural en la política social chilena. Después de iniciar la reforma al sistema de pensiones y al sistema de salud, el Estado chileno reorientó su política social para privilegiar programas específicos de apoyo al ingreso, dirigidos a grupos-objetivo claramente delimitados para asegurar un consumo familiar mínimo. Este sesgo asistencial desplazó hacia los programas de asignaciones familiares la mayor parte del gasto social, lo que representó una severa reducción del gasto social en el resto de los rubros, incluido el de salud pública. La caída del financiamiento público al sistema de salud se compensó con un importante aumento de la tasa de cotización. La aportación estatal en el financiamiento del sistema de salud pasó de 60% en 1980 a 37% a fines de 1991, mientras el porcentaje del gasto en salud proveniente de las cotizaciones se incrementó de 25% en 1980 a 45% en 1991.<sup>12</sup>

Por lo que respecta al sistema privado, existen evidencias empíricas de que las políticas de fijación de precios vigentes en el mercado de contratos individuales daban lugar a distorsiones bajo la forma de subsidios cruzados, debido a que el precio de los seguros no refleja necesariamente el costo técnico para ciertos grupos de cotizantes. Esto da como resultado que los cotizantes más jóvenes subsidien a los más viejos, y que los hombres

---

<sup>11</sup> Aedo y Larrañaga, 1993, pp. 14-15.

<sup>12</sup> Aedo y Larrañaga, 1993, p. 17.

solteros subsidian a los casados y en menor medida a las mujeres solteras. Este problema es atribuido principalmente a problemas de información asimétrica: existen dificultades en las compañías privadas para determinar el costo esperado para los distintos grupos de cotizantes y la necesidad de simplificar el cálculo de los precios de los paquetes de salud lleva al Isapres a establecer políticas de precios que cubran el costo promedio.<sup>33</sup>

### **Programas asistenciales**

La reforma de los sistemas de pensiones y salud pública representó, como ya se ha dicho, un cambio estructural en la política social del Estado chileno, que a partir de entonces puso énfasis en el diseño de programas focalizados de asistencia social. El objetivo de los programas asistenciales que ha puesto en marcha el Estado es substituir los subsidios generales por subsidios específicos dirigidos a grupos-objetivo claramente delimitados. Estos grupos-objetivo son los hogares de escasos recursos y los grupos de la población que atraviesan por una situación transitoria de bajos ingresos, o bien que enfrentan una necesidad específica.

Los dos tipos de programas asistenciales que complementan el sistema de seguridad social chileno son los subsidios monetarios y los subsidios por incapacidad laboral. Los subsidios monetarios se subdividen a su vez en cuatro programas específicos: el subsidio único familiar (SUF), las pensiones asistenciales (PASIS), las asignaciones familiares y los subsidios de cesantía.<sup>34</sup> De estos cuatro programas, el subsidio único familiar corresponde a un subsidio que se asigna de manera inversamente proporcional al ingreso familiar (mayor subsidio a los hogares con menores ingresos), mientras que las pensiones asistenciales y las asignaciones familiares son programas más focalizados. Se calcula que el efecto redistributivo de los subsidios monetarios ha sido tal que ha permitido incrementar los ingresos del decil más pobre de los hogares chilenos en un porcentaje equivalente al 20%

<sup>33</sup> Aedo y Larrañaga, 1993, pp. 23-24.

<sup>34</sup> Aedo y Larrañaga, 1993, pp. 3-4.

de su ingreso autónomo. El impacto de los subsidios monetarios sobre el ingreso familiar cae abruptamente a partir del segundo decil de ingresos, por lo que puede afirmarse que es un sistema de asignaciones predominantemente enfocado hacia los grupos que presentan pobreza extrema.

Los subsidios monetarios se introdujeron a partir de 1980 y se incrementaron aceleradamente hasta 1982, año en que se estabilizaron, para comenzar a caer a partir de 1985. Este comportamiento de los subsidios monetarios se explica debido a que se trata de programas asistenciales anti-cíclicos: aumentan en tiempos de depresión económica y disminuyen a medida que la actividad económica se recupera y con ella, el empleo y el ingreso de las familias. En el caso de la economía chilena, el período 1980-1982 se caracterizó por un descenso del nivel de actividad económica, que se recuperó aceleradamente a partir de 1985. Sin embargo, para algunos analistas la reducción de los montos reales destinados a los programas asistenciales después de 1985 obedece no sólo a la mejoría de la situación económica, sino a una política deliberada de reducción de este tipo de prestaciones.<sup>19</sup>

Los subsidios de cesantía están dirigidos a aquellos trabajadores que se encuentran temporalmente sin empleo y cubren principalmente a los cuatro deciles inferiores de la distribución del ingreso en Chile.<sup>20</sup> Además, el sistema de seguridad social chileno incluye tres programas básicos subsidiados de seguros por incapacidad laboral: subsidio por maternidad y cuidado del niño, subsidio de enfermedad y medicina curativa y subsidio de accidentes de trabajo. Estos subsidios son administrados por el sistema de salud, aunque existen notorias diferencias entre los que se canalizan a través del sistema público y los que se canalizan a través del sistema privado. Los subsidios que se canalizan mediante el sistema de salud público han aumentado levemente o incluso disminuido en los últimos

---

<sup>19</sup> Aedo y Larrañaga, 1993, p. 4.

<sup>20</sup> Aedo y Larrañaga, 1993, p. 8.

años, mientras que los subsidios canalizados a través del sistema privado de salud han aumentado significativamente y en forma generalizada.<sup>17</sup>

### **La influencia de la experiencia chilena**

Los resultados atribuidos al sistema de capitalización individual introducido en Chile en 1981 han desempeñado un importante papel en las discusiones emprendidas en distintos países de la región sobre la reforma de sus propios sistemas de seguridad social. Más aún, la experiencia chilena ha pasado a ser el ejemplo al que recurren con mayor frecuencia los organismos financieros multilaterales para defender la viabilidad del sistema de capitalización individual. Sin embargo, diversos autores sostienen que el sistema de capitalización individual chileno sólo podrá ser evaluado plenamente (tal como ocurrió con el sistema de reparto) cuando alcance la madurez, lo cual ocurrirá cuando tenga unos cuarenta años funcionando (aproximadamente en el 2020).

El argumento central a favor del nuevo sistema es macroeconómico, ya que sus defensores sostienen que su instrumentación mejora el desempeño global de la economía. Esto se logra gracias a que el sistema de capitalización individual cubre en teoría dos aspectos: por un lado reduce la presión sobre el déficit público, al resolver el problema de la inminente quiebra del sistema de reparto con cargo al erario público, y por el otro aumenta el ahorro agregado y con ello favorece la acumulación de capital. Estos dos postulados son objeto de polémica: sin una adecuada regulación, las AFP corren el riesgo de incurrir en pérdidas que a la larga obliguen al Estado a asumir sus pasivos, por lo que el fantasma de la bancarrota de los sistemas de retiro con cargo al erario público no se encuentra completamente conjurado. Por otro lado, no está plenamente acreditada la relación sistema de capitalización individual- incremento del ahorro interno- mayores tasas de acumulación de capital. El argumento formal insiste en que las cuentas individuales de retiro incrementan el

---

<sup>17</sup> Aedo y Larrañaga, 1993, p. 10.

ahorro interno y reducen la dependencia del ahorro externo para financiar el desarrollo. Sin embargo, esta relación no es mecánica: dependerá de las características institucionales del sistema de intermediación financiera y de los incentivos para la inversión productiva que este incremento en el ahorro interno efectivamente se traduzca en mayores tasas de crecimiento.

## Bibliografía del capítulo 2.

Aedo, Cristián y Osvaldo Larrañaga

1993 Sistemas de entrega de servicios sociales: la experiencia Chilena, Washington D. C.: Departamento de Desarrollo Económico y Social, Banco Interamericano de Desarrollo, Serie Documentos de Trabajo No. 152.

Ahmad, Ehtisham, Jean Drèze, John Hills and Amartya Sen

1991 Social Security in Developing Countries, Oxford: Clarendon Press.

1992 Limites del Mercado, limites del Estado. Ensayos sobre economía política del Estado, México, Instituto Nacional de Administración Pública.

Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial)

1994 Envejecimiento sin crisis: políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento. Informe de Banco Mundial sobre investigaciones relativas a políticas de desarrollo, Washington D. C.: The World Bank.

Cabrera Acevedo, Gustavo y Alejandro Hazas

1992 "La seguridad social y el cambio demográfico", en Moctezuma Barragán, Javier y José Narro Robles (compiladores), 1992, pp. 136-175.

Centro Interamericano de Estudios sobre Seguridad Social

1988 Problemas contemporáneos de la seguridad social, México: Centro Interamericano de Estudios sobre la Seguridad Social.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe

1985 El desarrollo de la Seguridad Social en América Latina, Santiago de Chile: Organización de las Naciones, Estudios e informes de la Cepal 43.

1990, Magnitud de la pobreza en América Latina en los ochenta, Santiago de Chile: Estudios de la CEPAL, LCI 583.

Davis, E. Philip

1995 *Pension Funds, Retirement-income security and capital markets: an international perspective*, Oxford: Clarendon Press.

Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas

*Sistemas de seguridad social en la región: Problemas y alternativas de solución*, Washington D. C.: Departamento de Desarrollo Económico y Social, Banco Interamericano de Desarrollo, Serie Documentos de Trabajo No. 148.

Gustafsson, Björn y Anders Klevmarken

1991 *The political economy of Social Security*, Amsterdam: North Holland, (Contribution to Economics Analysis 179)

Hall y Taylor

1992 *Macroeconomía*, 3a. edición, Barcelona: Editorial Antoni Bosch.

Hoskins, Dalmer D.

1992 "El caso de las sociedades industrializadas", en Moctezuma Barragán, Javier y José Narro Robles (compiladores), 1992, pp. 103-120.

López García, Miguel Ángel

1987 *La economía del sistema de pensiones de la seguridad social*, Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

Malloy, James M.

1986 "Statecraft, política y crisis de la seguridad social. Una comparación de la América Latina y los Estados Unidos" en Mesa Lago, 1986, pp. 29-68.

McGreevey, William

1990 *Social Security in Latin America*, Washington: The World Bank, World Bank Discussion Papers Number 110.

Mesa Lago, Carmelo

1986 *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud: experiencias y lecciones latinoamericanas*, México: Fondo de Cultura Económica, (Lecturas de El Trimestre Económico, Núm. 48).

1989 *Financiamiento de la atención a la salud en América Latina y el Caribe con focalización en el Seguro Social*, Washington: Instituto de Desarrollo Económico del Banco Mundial, Documento de la Serie de Estudios de Seminarios del IDE Número 42.

1991 *Social Security and Prospects for Equity in Latin America*, Washington: The World Bank, World Bank Discussion Papers Number 140.

1992 "El financiamiento de la seguridad social en los países latinoamericanos", en Moctezuma Barragán Javier y José Narro Robles (Compiladores), 1992, pp. 221-248.

Moctezuma Barragán Javier y José Narro Robles (Compiladores)

1992 La seguridad Social y el Estado Moderno, México: Fondo de Cultura Económica, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

Mújica, Patricio

1993 Sistemas de Seguridad Social: la experiencia chilena, Washington: Departamento de Desarrollo Económico y Social, Banco Interamericano de Desarrollo, Serie Documentos de Trabajo No. 149.

Musgrave Richard A. y Peggy B. Musgrave

1993 Hacienda Pública Teórica y Aplicada, México: Mc Graw Hill.

Offe, Claus

1991 Contradicciones en el Estado del Bienestar, México: Alianza Editorial- Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.

Organización Internacional del Trabajo

1993 El seguro social y la protección social., Ginebra: Suiza, Organización Internacional del Trabajo, Memoria del Director General.

Parthasarathi, Shome and Lyn Square

1983 Alternative Mechanisms for Financing Social Security, Washington: World Bank Staff Working Papers Number 625.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

1994 Informe sobre Desarrollo Humano 1994, México: Fondo de Cultura Económica.

Rejda, George E.

1991 Social Insurance and Economic Security, 4th Edition, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Roth, Gabriel

1987 The private provision of public services in Developing Countries, Washington: Oxford University Press-World Bank Economic Development Institute

Ruiz Durán, Clemente, Enrique Provencio Durazo y Rosalba Carrasco Licea

1994 Sistemas de bienestar social en norteamérica. Análisis comparado, México: Secretaría de Desarrollo Social-El Nacional.

1996 "Hacia una reforma de la seguridad social con visión ciudadana", ponencia presentada en el Seminario Internacional Seguridad Social en el Siglo XXI, Cátedra Extraordinaria Jesús Silva Herzog, México: Facultad de Economía, Universidad Nacional Autónoma de México.

Ruiz Tagle, Jaime

1996 "El nuevo sistema de pensiones en Chile. Una evaluación provisoria (1981-1995)", ponencia presentada en el Seminario Internacional Seguridad Social en el Siglo XXI, Cátedra Extraordinaria Jesús Silva Herzog, México: Facultad de Economía, Universidad Nacional Autónoma de México.

Stiglitz, Joseph E.

1987 Economía Pública, Barcelona, España: Editorial Antoni Bosch.

Taylor-Gooby, Peter

1991 Social change, social welfare and social science, Hertfordshire: Harvester Wheatsheaf.

Trejos, Juan Diego

1993 Sistemas de entrega de los servicios sociales: una agenda para la reforma en Costa Rica, Washington: Departamento de Desarrollo Económico y Social, Banco Interamericano de Desarrollo, Serie Documentos de Trabajo No. 153.

Vaïan, Hal. R.

1992 Análisis Microeconómico, 3a. edición. Barcelona: Editorial Antoni Bosch.

Williamson, John B. y Fred C. Pampel

1993 Old-Age Security in Comparative Perspective, Nex York: Oxford University Press.

Wise, David A.

1985 Pensions, Labor and Individual Choice, Chicago: The Chicago University Press, National Bureau of Economic Research Project Report

### 3

#### ANTECEDENTES HISTORICOS Y MARCO INSTITUCIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO.

En México existe desde 1943 un régimen de seguro social limitado para los trabajadores asalariados, complementado por un conjunto de organismos que integran el Sistema Nacional de Asistencia Social. Nuestro país tiene rasgos muy definidos en cuanto al tipo de prestaciones y la forma en la que fue organizado el instituto gestor central (en este caso, el Instituto Mexicano del Seguro Social). Aunque el Informe Beveridge acababa de publicarse en Inglaterra, el Instituto Mexicano del Seguro Social comenzó a proyectarse desde antes de que se redactara aquel influyente documento. Desde los últimos años de su administración, el presidente Lázaro Cárdenas había enviado al Congreso una iniciativa de Ley para crear el Instituto Nacional de Seguros Sociales, que debió esperar a que se integraran los respectivos estudios técnicos y actuariales para ser presentados por el presidente Manuel Avila Camacho junto con la redacción definitiva que dió lugar a la primera Ley del Seguro Social.

El mismo año en que fue creado el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Departamento de Salubridad fue elevado al rango de Secretaría de Estado. La nueva Secretaría de Salubridad y Asistencia coordinaría a las instituciones de salud pública y asistencia social del Estado Mexicano y organizarla las primeras campañas de medicina preventiva de la historia del país. Sin embargo, su capacidad de atención e infraestructura siempre fueron a la zaga del IMSS, y su capacidad rectora en materia de regulación y coordinación del sistema de salud se definió legalmente hasta 1984. De esta forma, podemos señalar que en México la posibilidad de un sistema nacional de salud coordinado por la Secretaría de la especialidad no comenzó a dibujarse sino hasta la década pasada.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

La importancia del Instituto Mexicano del Seguro Social no ha sido valorada en toda su complejidad, pues generalmente se le ha medido únicamente por la evolución de su cobertura y su capacidad para elevar la esperanza de vida de los trabajadores y sus familias y abatir las enfermedades más comunes que padecía. Está por realizarse un análisis de su contribución al proceso de industrialización de la economía mexicana, que comenzó a acelerarse precisamente durante la presidencia de Avila Camacho. En particular, es importante señalar al seguro social como una institución que redujo los costos de transacción de las relaciones entre el capital y el trabajo, los costos de negociación y la incertidumbre de que eran víctimas los trabajadores. La organización a la que dió lugar la primera Ley del Seguro Social, el Instituto Mexicano del Seguro Social, fue a su vez espacio privilegiado de negociación entre los sectores público, obrero y empresarial. Su historia es parte importante de la historia del sector público mexicano y un tema importante dentro de la historia del cambio institucional en nuestro país.

### **3.1 El concepto de Seguridad Social en México a partir de la Constitución de 1917.**

En México existieron múltiples antecedentes de la previsión social, previos a la redacción de la Constitución de 1917 y de las adiciones de 1929. Tanto en las formas de organización social mesoamericanas, como de manera más documentable, en algunas instituciones españolas, se encuentra presente el espíritu de la previsión para los casos de enfermedad y vejez. En la época colonial, instituciones características de la organización social novohispana como las cofradías y las capellanías para obras pías ejercían una importante función para el apoyo a sus miembros en casos de enfermedad o muerte<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Lozoya, 1988, p. 449.

En el período independiente, el marco jurídico para el trabajo, muy precario aún, que establecían los artículos cuarto y quinto de la Constitución de 1857, se limitó a garantizar en materia de contratación laboral la libertad de trabajo, derecho que en realidad rara vez fue respetado durante los sesenta años de vigencia de la Constitución. Las acciones aisladas de previsión social siguieron practicándose al margen de la acción del Estado. A mediados del siglo XIX comenzaron a cobrar importancia las asociaciones mutualistas, que aunadas a las organizaciones de asistencia dependientes de los gobiernos estatales y a la beneficencia pública, constituyen los antecedentes más importantes del sistema de previsión social actual.

Fue precisamente en el ámbito de las legislaturas de los estados donde surgieron los antecedentes más importantes de la seguridad social previos al Congreso Constituyente de 1917. Las leyes expedidas en 1904 en el Estado de México y en 1906 en Nuevo León, contemplaron por primera vez en la historia del país medidas de protección al trabajador en casos de enfermedad y de accidente o muerte por causas laborales.<sup>2</sup> Sin embargo la observancia de esas leyes locales, lo mismo que la de la Constitución de 1857 en varios de sus apartados, fue muy débil.

En el Programa del Partido Liberal Mexicano<sup>3</sup> de 1906, el punto 27 exigía la obligatoriedad del pago de indemnizaciones por accidentes de trabajo. Durante su breve mandato constitucional, el Presidente Francisco I. Madero dió los primeros pasos hacia un nuevo papel del Estado en las relaciones laborales. En enero de 1912, con tan sólo dos meses en el poder, Madero dispuso la creación del Departamento del Trabajo en la Secretaría de Fomento, Colonización e Industria, como un reconocimiento por parte del gobierno maderista del vacío institucional en el que se desarrollaban las relaciones entre obreros y empresarios. La principal función del Departamento debía ser el estudio de proyectos de Ley en la materia. En ese mismo año de 1912 Madero estableció el salario mínimo y la jornada laboral máxima de 10 horas diarias.

---

<sup>2</sup> Lozoya, 1988, p. 450.

<sup>3</sup> Flores Magón, 1985, p. 332.

En el periodo independiente, el marco jurídico para el trabajo, muy precario aún, que establecían los artículos cuarto y quinto de la Constitución de 1857, se limitó a garantizar en materia de contratación laboral la libertad de trabajo, derecho que en realidad rara vez fue respetado durante los sesenta años de vigencia de la Constitución. Las acciones aisladas de previsión social siguieron practicándose al margen de la acción del Estado. A mediados del siglo XIX comenzaron a cobrar importancia las asociaciones mutualistas, que aunadas a las organizaciones de asistencia dependientes de los gobiernos estatales y a la beneficencia pública, constituyen los antecedentes más importantes del sistema de previsión social actual.

Fue precisamente en el ámbito de las legislaturas de los estados donde surgieron los antecedentes más importantes de la seguridad social previos al Congreso Constituyente de 1917. Las leyes expedidas en 1904 en el Estado de México y en 1906 en Nuevo León, contemplaron por primera vez en la historia del país medidas de protección al trabajador en casos de enfermedad y de accidente o muerte por causas laborales.<sup>2</sup> Sin embargo la observancia de esas leyes locales, lo mismo que la de la Constitución de 1857 en varios de sus apartados, fue muy débil.

En el Programa del Partido Liberal Mexicano<sup>3</sup> de 1906, el punto 27 exigía la obligatoriedad del pago de indemnizaciones por accidentes de trabajo. Durante su breve mandato constitucional, el Presidente Francisco I. Madero dió los primeros pasos hacia un nuevo papel del Estado en las relaciones laborales. En enero de 1912, con tan sólo dos meses en el poder, Madero dispuso la creación del Departamento del Trabajo en la Secretaría de Fomento, Colonización e Industria, como un reconocimiento por parte del gobierno maderista del vacío institucional en el que se desarrollaban las relaciones entre obreros y empresarios. La principal función del Departamento debía ser el estudio de proyectos de Ley en la materia. En ese mismo año de 1912 Madero estableció el salario mínimo y la jornada laboral máxima de 10 horas diarias.

---

<sup>2</sup> Lozoya, 1988, p. 450.

<sup>3</sup> Flores Magón, 1985, p. 332.

Tras el derrocamiento de Madero, Victoriano Huerta aceptó, en busca de legitimidad, las reformas laborales maderistas y fue más lejos al instituir las juntas de conciliación y hacer obligatoria la indemnización por accidentes de trabajo. Por su parte, la Soberana Convención Revolucionaria reunida en Aguascalientes en el otoño de 1914, formuló el programa de reformas políticas y sociales más avanzado previo al Constituyente de 1917, en el que se contemplaba la redacción de un conjunto de leyes de protección a los trabajadores. Pero el antecedente legal más importante, aunque poco conocido, de la previsión social en México, fue la Ley del Trabajo expedida en 1915 por el gobierno de Yucatán, que incluye por primera vez disposiciones relativas al seguro social.

No obstante, si bien hubo antecedentes importantes de descontento obrero a lo largo del Porfiriato y durante el movimiento revolucionario iniciado en 1910, el origen rural de la mayoría de los participantes en la revolución mexicana relegó a un segundo plano las demandas obreras, lo cual se reflejó en la redacción de la Constitución de 1917 que si bien representó un avance significativo para su época al reconocer los derechos sociales de los trabajadores, fue demasiado ambigua en la definición del marco institucional que habría de garantizarlos. Fue la presión del movimiento obrero, que se organizó en el cuarto de siglo posterior a la revolución, la que aceleró la construcción de ese marco institucional.

La aprobación en 1917 de la Constitución federal vigente, representó el inicio de la construcción en México del sistema de seguridad social, al reconocer los derechos sociales de los trabajadores y recomendar el establecimiento de instituciones de seguridad social. En su sesión del 23 de enero de 1917, el Congreso Constituyente redactó la fracción XXIX del Artículo 123 Constitucional, que a la letra decía:

XXIX. Se considera de utilidad social: el establecimiento de cajas de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidente y de otros fines análogos.

por lo cual, tanto el gobierno federal, como el de cada estado, deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole para infundir e inculcar la previsión social.<sup>4</sup>

A pesar de su carácter ambiguo, este apartado constituyó la base de las aspiraciones de los movimientos de trabajadores de los años veinte para que fuera expedida una Ley del Seguro Social. En 1921 el presidente Alvaro Obregón estudió por primera vez la posibilidad de instituir el seguro social en el país y expidió disposiciones legales relativas al seguro voluntario. Pero fue durante la administración del presidente interino Emilio Portes Gil cuando el Congreso de la Unión aceptó reformar la fracción XXIX de la Constitución General de la República. El 6 de septiembre de 1929 fue publicada la fracción referida, reformada en los siguientes términos:

XXIX. Se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y otras con fines análogos.

La expedición de la Ley del Seguro Social demoraría aún catorce años. Sin embargo, la Ley Federal de Trabajo promulgada en 1931 contenía ya disposiciones relativas a la cesación involuntaria del trabajo y a la indemnización por enfermedades o accidentes laborales, de observancia obligatoria en toda la República. En 1938 el Presidente Lázaro Cárdenas envió al Congreso una iniciativa de ley para establecer el Instituto Nacional de Seguros Sociales; sin embargo, la iniciativa no llegó a ser discutida, pues las cámaras solicitaron que la propuesta fuera acompañada de estudios técnicos y actuariales que la sustentaran.<sup>5</sup> Fue hasta 1942 cuando el Presidente Manuel Avila Camacho pudo contar con estos estudios y preparar un nuevo proyecto de ley. En 1943 se reforma nuevamente la fracción XXIX del Artículo 123 de la Constitución, como paso previo a la promulgación de la primera Ley del Seguro Social, adquiriendo la referida fracción su redacción definitiva:

---

<sup>4</sup> Piatero, 1992, p. 188.

<sup>5</sup> Narro, 1993, p.62.

XXIX. Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicio de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familias.

La Ley reglamentaria de la fracción XXIX del Artículo 123 fue promulgada también en 1943.<sup>6</sup> Contemplaba la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e incluía la seguridad social para los trabajadores al servicio del Estado. En 1959 se reformó la Ley del Seguro Social para excluir de ella las facultades de organizar la seguridad social de los trabajadores del estado, como paso previo a la expedición en 1960 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).<sup>7</sup> Finalmente, el 12 de marzo de 1973<sup>8</sup> se expidió una nueva Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social, que derogó la de 1943. Entre las reformas más importantes a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social vigente, se cuenta la promovida en 1992 a fin de incluir el nuevo sistema de retiro conocido por sus siglas como SAR (Sistema de Ahorro para el Retiro).<sup>9</sup> La Ley que entrará en vigor en 1997, representa un cambio total en el marco regulatorio y en el modelo de seguridad social que ha prevalecido desde 1943, como se verá en el capítulo 5.

El mismo año de la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social, el antiguo Departamento de Salubridad fue transformado en Secretaría de Salubridad y Asistencia, con el objeto de brindar servicios personales a los pobres, coordinar los programas de asistencia social y las acciones de salubridad general. La creación de estas instituciones coincidió además con un importante cambio en la concepción de la función hospitalaria, que se reflejó en la construcción de nuevos hospitales con una planeación más adecuada y en la reorganización de los existentes como resultado de la transformación social de la

---

<sup>6</sup> *Diario Oficial de la Federación*, 19 de enero de 1943.

<sup>7</sup> *Diario Oficial de la Federación*, 31 de diciembre de 1959.

<sup>8</sup> *Diario Oficial de la Federación*, 12 de marzo de 1973.

<sup>9</sup> *Diario Oficial de la Federación*, 24 de febrero, 30 de abril y 11 de mayo de 1992.

medicina.<sup>10</sup> Sin embargo fue hasta 1984 cuando se avanzó hacia la consolidación de un sistema de salud más integrado, con la promulgación de la Ley General de Salud.<sup>11</sup>

### **3.2 Marco Institucional del Sistema de Bienestar Social Mexicano**

El marco institucional del sistema de bienestar social mexicano tiene sus fundamentos en los artículos 4o., 73 y 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Este último establece el derecho a la seguridad social de todos los asalariados, mediante un sistema dual, en el que organismos análogos se encargan de administrar los servicios de salud, pensiones, seguros por enfermedades profesionales y no profesionales y vivienda de los trabajadores del sector privado y de los trabajadores al servicio del Estado.

Los fundamentos del modelo tradicional de la seguridad social mexicana se encuentran en el artículo 123; además de que en la fracción XXIX del apartado A establece que la Ley del Seguro Social es de utilidad pública, en este artículo están contenidas otras disposiciones relativas a la seguridad social que en conjunto, terminan de delinear el marco del sistema. En la fracción XII del mismo apartado A, se encuentra el fundamento de los organismos encargados de la construcción de viviendas para los trabajadores:

XII. Toda empresa agrícola, industrial, minera o de cualquier otra clase de trabajo, estará obligada, según lo determinen las leyes reglamentarias, a proporcionar a los trabajadores habitaciones cómodas e higiénicas. Esta obligación se cumplirá mediante las aportaciones que las empresas hagan a un fondo nacional de la vivienda, a fin de constituir depósitos en favor de sus trabajadores y establecer un sistema de financiamiento que permita otorgar a éstos crédito barato y suficiente para que adquieran en propiedad tales habitaciones.

Se considera de utilidad pública la expedición de una ley para la creación de un organismo integrado por representantes del Gobierno Federal, de los trabajadores y de

<sup>10</sup> Ayala y Schaffer, 1991, p. 33.

<sup>11</sup> *Diario Oficial de la Federación*, 7 de febrero de 1984.

los patrones, que administre los recursos del fondo nacional de la vivienda. Dicha ley regulará las formas y procedimientos conforme a los cuales los trabajadores podrán adquirir en propiedad las habitaciones antes mencionadas.

En los otros dos párrafos de la fracción XII, apartado A, del artículo 123 Constitucional, se establece la obligación para las empresas situadas fuera de las poblaciones, de instalar escuelas, enfermerías y otros servicios comunitarios.

En la fracción XIV del apartado A del artículo 123, se establece la obligación para los patrones de indemnizar a su personal en los casos de accidente de trabajo y enfermedades profesionales:

XIV. Los empresarios serán responsables de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores, sufridas con motivo o en ejercicio de la profesión o trabajo que ejecuten; por lo tanto, los patrones deberán pagar la indemnización correspondiente, según que haya traído como consecuencia la muerte o simplemente incapacidad temporal o permanente para trabajar, de acuerdo con lo que las leyes determinen. Esta responsabilidad subsistirá aún en el caso de que el patrono contrate el trabajo por un intermediario:

Por lo que respecta al apartado B del artículo 123 constitucional, en el que se norman las relaciones entre los Poderes de la Unión y el Gobierno del Distrito Federal con sus trabajadores, la fracción XI organiza la seguridad social para los trabajadores del Estado, estableciendo los seguros contra accidentes del trabajo, enfermedades profesionales y no profesionales, maternidad, invalidez y muerte; extiende a los familiares del trabajador el derecho a la asistencia médica y a las medicinas y contempla otras prestaciones, como centros vacacionales y tiendas de descuento; en su inciso f se establece un fondo nacional para la vivienda de los trabajadores al servicio del estado, análogo al previsto en el apartado A para los trabajadores asalariados del sector privado. La fracción XII somete los conflictos individuales, colectivos o intersindicales, a un Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje. La fracción XIII extiende a los integrantes de las fuerzas armadas los beneficios de la seguridad social de la fracción XI, pero con la salvedad de que

se establece un organismo especial para la seguridad social del Ejército, Fuerza Armada y Armada.<sup>12</sup> La fracción XIIIbis extiende al banco central y a la banca de desarrollo la obligación de normar las relaciones con sus trabajadores en base a lo establecido en este apartado. Finalmente, la fracción XIV extiende al personal de confianza los beneficios de la seguridad social.

Las leyes reglamentarias de la fracción XXIX del apartado A y de la fracción XI del apartado B del artículo 123 Constitucional son las Leyes del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, respectivamente.

La primera Ley del Seguro Social fue promulgada por Manuel Avila Camacho el 19 de enero de 1943, después de un proceso de cinco años en el que a partir de la iniciativa de ley del Instituto Nacional de Seguros Sociales del Presidente Cárdenas, se llevaron a cabo los estudios técnicos y actuariales que permitieron al Presidente Avila Camacho formular un nuevo proyecto. El Instituto Mexicano del Seguro Social nació como un organismo tripartita, que sería financiado por cuotas de patronales, de los trabajadores y del Estado, sectores que a su vez estarían representados a partes iguales en su órgano de gobierno. El 4 de noviembre de 1944 el propio General Avila Camacho, en uso de facultades extraordinarias desde la entrada del país en la Segunda Guerra Mundial, confirió al Instituto Mexicano del Seguro Social el carácter de organismo fiscal autónomo. El 13 de marzo del año siguiente y nuevamente haciendo uso de sus facultades extraordinarias, el Presidente eliminó la posibilidad de empate en el órgano directivo tripartita del Instituto, el Consejo Técnico, al aumentar el número de sus miembros de seis a siete, de los cuales tres representarían al Poder Ejecutivo Federal y dos a cada uno de los sectores obrero y patronal.<sup>13</sup> Cinco meses después el Presidente volvió a cambiar la composición del Consejo, asignando esta vez tres lugares a cada uno de los tres sectores más el Director General del Instituto, que fungiría como Presidente del Consejo.

---

<sup>12</sup> Se trata del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al servicio del Estado en las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSSTEFAM).

<sup>13</sup> *Diario Oficial de la Federación*, 13 de marzo de 1945.

Entre las reformas más importantes a la Ley del Seguro Social de 1943, es preciso recordar la de 1956, que extendió los servicios del Instituto a campos sociales y culturales, de tal manera que ese mismo año se expide el Reglamento de los Servicios de Habitación, Previsión Social y Prevención de Invalidez, que dió fundamento a los programas de Casas de Aseguradas, antecedente de los Centros de Seguridad Social para Bienestar Familiar, de Habitaciones Populares, de Brigadas Médico-Culturales y de Primeros Auxilios, Capacitación y Preparación Juvenil<sup>1</sup>. La importancia de esta reforma radica en que constituye un importante antecedente de los programas de atención a la población general.

En 1959 y 1963 tuvieron lugar reformas que crearon las condiciones para extender la cobertura a los ejidatarios, los pequeños agricultores y a los aparceros en el medio rural y a los artesanos, pequeños comerciantes y profesionales libres en el medio urbano, para lo cual se ampliaron las facilidades del seguro voluntario, o bien se incorporó a algunas actividades al régimen del seguro social obligatorio, como fue el caso de la producción de caña y de la industria del azúcar. En 1965 se amplió la contribución del sector patronal, para que el Estado estuviera en condiciones de aportar mayores recursos para extender el seguro social a los campesinos carentes de patrón o que no fueran miembros de sociedades de crédito agrícola o de crédito ejidal. Finalmente, en 1970 se ajustó la Ley del Seguro Social con el objeto de adecuarla a la nueva Ley General del Trabajo, precisando el carácter del seguro social como garantía del derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo<sup>2</sup>.

En 1973 el Presidente Luis Echeverría Álvarez envió al Congreso el proyecto de una nueva Ley del Seguro Social. Los dos propósitos esenciales de la reforma consistían básicamente en terminar su adecuación a la nueva Ley Federal del Trabajo y sentar las bases para la ampliación de la cobertura a sectores sociales que no recibían los beneficios

---

<sup>1</sup>Huerta, 1994, t. I, p. 16.

<sup>2</sup>Huerta 1994, t. I, p. 20.

de la seguridad social. En su exposición de motivos, el Presidente de la República señaló que "Aunque el régimen instituido por la fracción XXIX del Artículo 123 Constitucional tiene por objeto primordial establecer la protección del trabajador, su meta es alcanzar a todos los sectores e individuos que componen nuestra sociedad". Se amplió el número de sectores que podían inscribirse en el seguro voluntario, con el objeto de incorporar paulatinamente a todos los mexicanos económicamente activos. Implícitamente se ratificó el carácter del IMSS como eje del sistema de previsión social, al facultar al Instituto para prestar "servicios de solidaridad social, sin comprometer los derechos de los asegurados"<sup>11</sup>. Ante los grandes rezagos nacionales en materia de salud, se fortalecía al organismo con mayor cobertura, aún cuando en principio la atención a los sectores no asegurados correspondía a la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Legalmente se sentaban las bases de los programas de atención sanitaria a población abierta, como IMSS-Coplamar o IMSS-Solidaridad.

La Ley del Seguro Social de 1973 también ha sido objeto de numerosas reformas en los veintidós años que lleva vigente. Durante sus primeros once años de vigencia, la Ley fue reformada en varias ocasiones para aumentar el monto de las prestaciones, principalmente de las jubilaciones. La reforma de 1984 fue especialmente importante, pues adicionó los artículos que definen las facultades y atribuciones de las dependencias que integran la estructura operativa y funcional del Instituto: delegaciones, consejos consultivos delegacionales, subdelegaciones y oficinas para cobros del IMSS<sup>12</sup>.

En 1992 tuvo lugar la reforma más importante que ha tenido no sólo la Ley del Seguro Social vigente, sino el sistema de seguridad social mexicano en su conjunto, en tanto que podría constituir el primer paso hacia una reforma trascendental del régimen de previsión. A partir de ese año se estableció un nuevo seguro, adicional a los que contempla la Ley del Seguro Social, mediante un sistema de ahorro manejado por instituciones bancarias, en el que el patrón abona en cuentas individuales una cuota del 2% del salario

---

<sup>11</sup>*Diario Oficial de la Federación*, 12 de marzo de 1973.

<sup>12</sup>Huerta, 1994, t. II, p. 6.

base del trabajador. Todos los trabajadores afiliados al IMSS participan en el Sistema de Ahorro para el Retiro, cuya Coordinación depende a partir de 1994 de la Comisión Nacional de Sistemas de Ahorro para el Retiro, organismo desconcentrado que depende a su vez de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público<sup>14</sup>. Actualmente está a punto de entrar en vigor una nueva reforma al Instituto Mexicano del Seguro Social, que contemple no sólo una reorganización administrativa, sino muy probablemente cambios trascendentales en el financiamiento y funcionamiento de los seguros que maneja.

Aunque de menor peso relativo que el IMSS debido a su menor universo de atención, la otra gran institución de la seguridad social en México es el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, mejor conocido como ISSSTE. La Ley por la cual se creó el ISSSTE<sup>15</sup> fue resultado de una iniciativa del Presidente Adolfo López Mateos, que para ser aprobada requirió en 1959 de reformas a la Ley del Seguro Social y de la abrogación de la Ley de Pensiones Civiles de 1947, en virtud de que la organización de la seguridad social para los trabajadores al servicio del estado se encontraba repartida en ambas. En 1972 y paralelamente a la creación del INFONAVIT, se creó el FOVISSSTE, Fondo para la Vivienda de los Trabajadores del Estado, como un organismo dependiente del ISSSTE. En 1983 el Presidente Miguel de la Madrid propuso una importante reorganización del ISSSTE, que hizo necesaria una nueva Ley que entró en vigor ese mismo año.<sup>16</sup>

El marco institucional vigente de prestaciones sociales para los trabajadores asalariados se completó en 1972, con la expedición de la Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores<sup>17</sup>, que a su vez es la ley reglamentaria de la fracción XII del apartado A del artículo 123 Constitucional. El INFONAVIT es, al igual que el IMSS, un organismo tripartita, tanto por el origen de sus recursos como por la composición

---

<sup>14</sup>*Diario Oficial de la Federación*, 22 de julio de 1994.

<sup>15</sup>*Diario Oficial de la Federación*, 31 de diciembre de 1959.

<sup>16</sup>*Diario Oficial de la Federación*, 27 de diciembre de 1983.

<sup>17</sup>*Diario Oficial de la Federación*, 24 de abril de 1972.

de sus órganos de dirección, en los que participan representantes de los sectores obrero, empresarial y del Poder Ejecutivo Federal. Su objetivo era responder a la demanda, planteada desde el constituyente de 1917, de vivienda digna e higiénica. El nuevo organismo contó con numerosos antecedentes como el Instituto Nacional de la Vivienda, creado en 1954 para atender las demandas de la población de bajos recursos, o el Fondo de Operación y descuento bancario para la vivienda (FOVI), un fideicomiso constituido en 1963 en el Banco de México<sup>22</sup>; sin embargo, el INFONAVIT fue creado ante la fragmentación y desigualdad que propiciaba el anterior esquema de fomento a la vivienda.

Pero además de la seguridad social para los asalariados, desde su aprobación ha existido en la Constitución la aspiración de universalidad en la cobertura de los derechos sociales. Sin embargo, en algunos casos sólo recientemente se han concretado esas aspiraciones en instituciones que provean las reglas básicas para garantizar esos derechos, repartiendo responsabilidades y definiendo niveles de coordinación entre las estructuras administrativas ejecutoras.

Un ejemplo de lo anterior es el artículo 4o. Constitucional, que establece el derecho de todos los mexicanos a la salud en su párrafo tercero y a la vivienda en el párrafo cuarto, que a la letra dicen:

Art. 4o.

(párrafo tercero ) Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del Artículo 73 de esta Constitución.

Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.

---

<sup>22</sup>Catalán, 1993, p. 40.

La fracción XVI del referido artículo 73 establece por su parte que el Congreso de la Unión tiene facultades:

XVI. Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República;

1a. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país;

2a. En el caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.

3a. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas de todo el país

4a. Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competan.

Aunque los derechos enunciados en el artículo 4o. constituyen disposiciones más generales que las del artículo 123, su reglamentación data de 1984, cuando el Presidente Miguel de la Madrid propuso elevar a rango constitucional el derecho a la protección de la salud y envió al Congreso de la Unión la iniciativa de Ley General de Salud. Hasta esa fecha, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que como parte de las reformas aprobadas cambió su denominación a Secretaría de Salud, había ejercido una importante función normativa en materia de salubridad e higiene y había focalizado su acción curativa hacia los

sectores no atendidos por la seguridad social al servicio de los asalariados. Sin embargo, y como reflejo de la evolución histórica del sistema de seguridad social mexicano, la Secretaría de Salubridad y Asistencia no sólo no controlaba los servicios de salud del IMSS y del ISSSTE, sino que en recursos y cobertura se encontraba muy por debajo de ambas instituciones. Hasta ese momento el concepto de seguridad social, aunque enunciativamente pretendía abarcar a todos los mexicanos, en los hechos se habla circunscrito a los asalariados.

La Ley General de Salud aprobada en 1984,<sup>11</sup> constituyó un importante avance en la construcción de un sistema de mayor cobertura y eficiencia en la asignación de recursos, al establecer el Sistema Nacional de Salud, encargado de dar cumplimiento al derecho constitucional a la protección de la salud, por lo que está integrado por todas las entidades de la administración pública en sus tres niveles de gobierno y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que prestan servicios de salud. Entre los objetivos del Sistema se cuentan, entre otros, la promoción de la salud, coordinar los servicios de asistencia social, la regulación de las condiciones ambientales y sanitarias y de las normas de higiene, la racionalización de la administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud. La Secretaría de Salud se convirtió en la autoridad coordinadora del sector:

ART. 7º.-La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a ésta:

I. Establecer y conducir la política nacional en materia de salud, en los términos de las leyes aplicables y de conformidad con lo dispuesto por el Ejecutivo Federal;

II. Coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la administración pública federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen;

---

<sup>11</sup>Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984.

- III. Impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud;
- IV. Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud que le sea solicitada por el Ejecutivo Federal;
- V. Determinar la periodicidad y características de la información que deberán proporcionar las dependencias y entidades del sector salud, con sujeción a las disposiciones generales aplicables;
- VI. Coordinar el proceso de programación de las actividades del sector salud, con sujeción a las leyes que regulen a las entidades participantes;
- VII. Formular recomendaciones a las dependencias competentes sobre la asignación de los recursos que requieren los programas de salud;
- VIII. Impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud;
- IX. Coadyuvar con las dependencias competentes a la regulación y control de la transferencia de tecnología en el área de la salud;
- X. Promover el establecimiento de un sistema nacional de información básica en materia de salud;
- XI. Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas para formar y capacitar recursos humanos para la salud;
- XII. Coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema Nacional de Salud;
- XIII. Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud.
- XIV. Impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de salud y
- XV. Las demás atribuciones, afines a las anteriores, que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del Sistema Nacional de Salud, y las que determinen las disposiciones generales aplicables.

En el Artículo 172 de la Ley General de Salud, se establecía que el Gobierno Federal contaría con un organismo para que tendría entre sus objetivos la promoción de la asistencia social, la prestación de servicios en ese campo y la coordinación de las acciones que lleven a cabo en esa materia las instituciones públicas. Con el objeto de ampliar lo contemplado en ese artículo, dos años después fue expedida la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social<sup>14</sup>. Esta Ley pretende garantizar la concurrencia y colaboración de la Federación, las entidades federativas y los sectores privado y social a la prestación de los servicios de asistencia social. El organismo previsto por la Ley General de Salud para la promoción de la asistencia social y la prestación de servicios en ese campo, fue definido ampliamente en el capítulo II de la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social: se trata del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, organismo creado por José López Portillo a partir de la fusión del Instituto Mexicano de Protección a la Infancia y de las áreas de asistencia social de la Secretaría de la Presidencia. El DIF se convirtió así en el organismo coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social<sup>15</sup>, estableciéndose además para los gobiernos de los estados la obligación de contar con sistemas estatales de asistencia social.

Con las leyes aprobadas durante el sexenio de Miguel de la Madrid, por primera vez desde la aprobación de la Constitución se amplió el marco institucional de la seguridad social para introducir en él normas de carácter más general, que incluyan a sectores de la población que hasta entonces se encontraban excluidos. Desde el punto de vista del diseño institucional, no sólo se llenaron espacios que llevaban mucho tiempo vacíos en la reglamentación de los servicios de salud y en la práctica de la asistencia social, sino que se avanzó en dirección a un sistema de seguridad social universal. Sin embargo, pese a las importantes consecuencias institucionales y organizacionales de estas leyes, muchas de las cuales aún no se advierten, en su momento los importantes cambios legales no se tradujeron de inmediato en una mejoría en los campos de la salud y la asistencia públicas.

<sup>14</sup>*Diario Oficial de la Federación*, 9 de enero de 1986.

<sup>15</sup>*Diario Oficial de la Federación*, 13 de septiembre de 1991.

al coincidir esta reforma con una de las peores crisis económicas que ha sufrido el país y uno de los ajustes fiscales más severos que haya realizado el Estado mexicano. La reestructuración que ha implicado la creación del Sistema Nacional de Salud, aún cuando ya ha dado importantes resultados en materia de coordinación institucional, ofrece aún posibilidades de alcanzar mayor eficiencia en el diseño de las políticas y la coordinación de los servicios de salud.

La adecuación del marco institucional de la salud pública y la seguridad social durante el gobierno de Miguel de la Madrid fue acompañada por una reorganización práctica de los organismos que intentó hacer frente a la creciente demanda de servicios.<sup>26</sup> Hubo un importante esfuerzo por disminuir el aparato administrativo y revisar los mecanismos de asignación de recursos como reflejo de las difíciles condiciones económicas que vivió el país en esa década. Sin embargo, el ajuste económico también determinó que se frenara el crecimiento en términos reales de la inversión en salud en el período 1980-1987. Considerando la evolución de la población en el período, el impacto general de la crisis económica en el sector fue desfavorable. Por un lado hubo una caída importante en el salario real y mayor inestabilidad en el empleo, lo que se tradujo en menores ingresos en términos reales para los organismos de seguridad social. Aunque esto se compenso en parte con el consiguiente abatimiento de los salarios que pagan estos institutos, la pérdida de bienestar social frenó y en algunos casos revirtió muchos avances en materia sanitaria y de seguridad social alcanzados en las décadas anteriores. El gasto en salud como porcentaje del PIB, que en 1982 alcanzó el 2.6%, cayó a partir del año siguiente año con año hasta llegar a representar 1.7% en 1986, para iniciar a partir de entonces una lenta recuperación.<sup>27</sup> Con todo, en el período se incrementó la población atendida, en parte porque se realizaron importantes esfuerzos de racionalización del gasto, pero en parte también a costa del deterioro de la calidad de los servicios.<sup>28</sup>

---

<sup>26</sup> Ayala y Schaffer, 1991., p. 29.

<sup>27</sup> Ayala y Schaffer, 1991, p. 61.

<sup>28</sup> Ayala y Schaffer, 1991, pp. 38-39

En resumen, puede afirmarse que si bien las bases del marco institucional de la seguridad social en México se encontraban en la Constitución Política de 1917, reafirmando su carácter como la primera Constitución que incorporó los derechos sociales al lado de los garantías individuales, la construcción del mismo ha sido larga y se ha llevado a cabo a lo largo de este siglo. El diseño y la aprobación de las leyes reglamentarias de los artículos y fracciones de la Constitución en los que se establecen los derechos a la salud, la vivienda y la seguridad social, ha sido larga y tuvo como punto de partida la protección de los asalariados, concediéndosele menor importancia a la atención a la población abierta y por lo tanto, al enfoque universalista e integral que representaba desde su creación la Secretaría de Salubridad y Asistencia, actualmente Secretaría de Salud. Esta evolución se explica por las circunstancias históricas en que se dió el desarrollo económico de México, por lo que debe ubicarse al desarrollo del sistema de seguridad social para los trabajadores asalariados como parte de las acciones estatales de apoyo al proceso de industrialización.

**Cuadro 1**  
**Marco Institucional del Sistema de Bienestar Social Mexicano**

<i>Necearidad</i>	<i>Grupo Social</i>	<i>Fundamento Constitucional</i>	<i>Legislación vigente</i>
Seguro Social	Trabajadores en General	Artículo 123 Apartado A	Ley del Seguro Social (1973)
	Trabajadores del Estado	Artículo 123 Apartado B	Ley del ISSSTE (1983)
Salud	Población General	Artículo 4o.	Ley General de Salud (1984)
	Población Indigente	Artículo 4o.	Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social (1986)
Vivienda	Trabajadores en General	Artículo 123 Apartado A	Ley del Seguro Social (1973)
	Trabajadores del Estado	Artículo 123 Apartado B	Ley del ISSSTE (1983)
	Trabajadores en General	Artículo 123 Apartado A	Ley del INFONAVIT (1972)
	Trabajadores del Estado	Artículo 123 Apartado B	Ley del FOVISSSTE (1972)

Este es el marco institucional vigente del sistema de bienestar social social mexicano, excluyendo los subsistemas de educación y abasto. Su construcción, iniciada en 1917, ha sido ininterrumpida hasta nuestros días, sin que pueda afirmarse que se encuentra concluida en sus aspectos esenciales, como lo demostró hace poco la nueva reforma del IMSS, que hasta ahora ha fungido, por su tamaño e importancia como eje del sistema.

También es de esperarse que se extienda el sistema de atención a la población no asalariada y que se consolide el Sistema Nacional de Salud como instancia de coordinación interinstitucional y de racionalización de esfuerzos y de recursos materiales y humanos en el área de la salud.

A partir de los cambios experimentados por la economía y la sociedad en el último cuarto de siglo, es previsible que el estilo de intervención gubernamental que acompañó el desarrollo de este marco insitucional, al ser objeto de una revisión obligada por la reforma del Estado en curso, traiga consigo cambios importantes en las instituciones de la seguridad social mexicana y del sistema de bienestar social en general. Está por verse si estos cambios se centran principalmente en la estructura administrativa del sistema y en el diseño de las políticas, o si habrán de suponer cambios de fondo en el concepto mismo de seguridad social

### Bibliografía del Capítulo 3

Coordinación del Programa Nacional de Solidaridad

1993 La Solidaridad en el Desarrollo Nacional, México, Secretaría de Desarrollo Social.

Frenk, Julio et. al.

1993 Desigualdad, Pobreza y Salud en México, México, Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad-El Nacional.

Huerta, Miguel

1994 La Ley del Seguro Social y sus reformas. Edición conmemorativa del cincuentenario del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2 tomos, IMSS.

Instituto Mexicano del Seguro Social

1983 Instituto Mexicano del Seguro Social 1943-1983: 40 años de historia, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, Secretaría General, Jefatura de Publicaciones.

Moreno Jaimes, Carlos Luis

1995 La política social de atención a la salud en México. El caso del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, tesis de licenciatura en Administración Pública, El Colegio de México.

Moctezuma Barragán Javier y José Narro Robles (Compiladores)

1992 La seguridad Social y el Estado Moderno, México, Fondo de Cultura Económica, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

Narro Robles José

1994 La seguridad social Mexicana en los Albores del Siglo XXI, México, Fondo de Cultura Económica.

North, Douglass C.

1993 Instituciones, cambio institucional y desempeño económico, traducción de Agustín Bárcena, México, Fondo de Cultura Económica.

### **Leyes y Reglamentos**

"Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado", Diario Oficial de la Federación, 27 de diciembre de 1983.

"Ley General de Salud", Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984.

"Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social", Diario Oficial de la Federación, 9 de enero de 1986.

## 4

### EL MARCO ORGANIZACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

El marco institucional del sistema de bienestar social mexicano define las reglas con base en las cuales el Estado interviene en la prestación de servicios sociales que por su naturaleza el mercado no puede proveer, ya sea porque su estructura de costos los determina como bienes públicos desde un inicio, o bien porque los costos sociales de su provisión por parte del mercado son excesivos. En términos generales, la prestación por parte del Estado de los diversos servicios sociales que conforman el sistema, responde a fallas del mercado que hacen necesaria y de utilidad pública la intervención estatal. Pero a su vez, la acción del Estado como institución modifica los comportamientos políticos y económicos de los demás agentes, en virtud de que al poseer el monopolio de la expedición de leyes de observancia general, el Estado puede cambiar el marco legal que regula la operación del sistema económico.<sup>1</sup>

Precisamente por la importancia que tiene su intervención o la ausencia de ella para el desenvolvimiento del sistema económico, la discusión en torno a las ventajas o desventajas de la acción estatal siempre trasciende la esfera de la economía e involucra argumentos políticos y sociales. Cuando se está en presencia de modelos de Estado en los que el mercado político determina a su vez los relevos en el gobierno y la composición de las cámaras, como es el caso de la mayoría de los países en la actualidad, la toma de decisiones públicas adquiere una mayor complejidad, a la que a su vez hay que añadir la que se desprende de las características institucionales de cada Estado.<sup>2</sup> Es por esto que en la medida en la que aumenta la intensidad de la discusión sobre la eficiencia del Estado,

---

<sup>1</sup> Ayala (1992), p. 6.

<sup>2</sup> Ayala (1992), p. 4.

adquiere mayor importancia la dimensión organizacional del mismo. Un marco institucional que establece reglas en cierto sentido, puede tener consecuencias contrarias a su intención original ya sea por errores de cálculo o previsión en su diseño, o por distorsiones en los organismos encargados de su ejecución y observancia.

En esta situación se encuentran las organizaciones mexicanas de bienestar social, categoría en la que incluimos a las encargadas del seguro social y la salud pública. Puede existir consenso en relación a que su existencia responde a fallas del mercado que hacen necesaria la intervención estatal, pero la modalidad bajo la que se ha realizado esta intervención es y ha sido objeto de polémica. Es preciso señalar dos líneas de argumentación desde las cuales se ha evaluado la acción estatal en materia de bienestar social:

- En primer lugar encontramos la crítica que destaca que por las condiciones en las que se ha llevado a cabo el desarrollo económico del país en el presente siglo, el objetivo originalmente enunciado de extender la seguridad social a todos los mexicanos, fue postergado a favor de la atención de los trabajadores asalariados para después, paulatinamente y a partir de las propias instituciones de seguridad social para los trabajadores, extender los servicios al conjunto de la población. Esta modalidad de desarrollo de las instituciones de seguridad social fue congruente con el proceso de industrialización que experimentó el país durante los primeros cuarenta años de funcionamiento del sistema. Sin embargo, en los hechos pospuso el esquema integral de seguridad social, más cercano al informe Beveridge, que se encuentra presente en el proyecto original de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y que fue retomado en la reforma de 1984, en la que cambió su denominación por la de Secretaría de Salud.
- Por otro lado encontramos las críticas, enfocadas principalmente hacia el Seguro Social, sobre la eficiencia del sistema actual de financiamiento de la seguridad social y de las estructuras administrativas encargadas de las prestaciones. Dentro de estas críticas encontramos aquellas que se refieren a la sostenibilidad financiera de largo plazo del

sistema actual y las que hacen énfasis en la centralización y concentración de funciones, que se traducen en ineficiencias en la operación de los organismos.

La estructura administrativa encargada de la ejecución y observancia del marco institucional del sistema de bienestar social mexicano, con exclusión de los subsectores de vivienda y abasto, es la que aparece en el cuadro 4.1.

Cuadro 4.1  
Estructura del Sistema de Seguridad Social Mexicano

<i>Necesidad</i>	<i>Legislación</i>	<i>Organismos</i>
Salud	Ley General de Salud	Secretaría de Salud (SSA)
	Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
	Ley del Seguro Social	Instituto Mexicano del Seguro Social
	Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Soc. para los Trabajadores del Edo.	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
Seguro Social	Ley del Seguro Social	Instituto Mexicano del Seguro Social
	Ley del ISSSTE	ISSSTE
Vivienda	Ley del INFONAVIT	Instituto del Fondo Nacional para la Vivienda de los Trabajadores
	Ley del FOVISSSTE	Fondo para la Vivienda del ISSSTE

El sistema de bienestar social mexicano se ha subdividido a su vez en dos sectores, en donde los organismos se agrupan de acuerdo con la necesidad social a la que responden y a su cobertura. Por ejemplo, existen organismos mixtos, como es el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social y el ISSSTE, dado que conjuntan sistemas de atención médica con fondos de previsión para el pago de pensiones y de seguros contra accidentes de trabajo, maternidad y enfermedades profesionales y no profesionales. El paquete de prestaciones que ofrecen estos organismos se encuentra más cerca de las que propuso el informe Beveridge como apoyos al ingreso durante el ciclo de vida, aunque su cobertura no es universal sino orientada a sus derechohabientes.<sup>1</sup> Por su parte, los organismos de asistencia social y salud pública, si bien recuperan dentro de sus objetivos el enfoque de cobertura universal recomendado por Beveridge, no ofrecen un paquete integral de prestaciones, a pesar de que el DIF ha ido ampliando el tipo de servicios que ofrece.

<sup>1</sup> Beveridge (1944)

Aún cuando sus estructuras administrativas deban revisarse por separado y si bien es cierto que los grupos sociales a los que están dirigidos son diferentes, la intervención estatal en el mercado de la salud responde básicamente a las mismas fallas, con ciertos matices para cada grupo social y sobre todo, para ciertas regiones del país. A ello hay que añadir que al menor peso cuantitativo en materia de recursos humanos, materiales y cobertura, de la Secretaría de Salud frente al IMSS y al ISSSTE, corresponde sin embargo un mayor poder de regulación y normatividad en materia sanitaria y por consiguiente, una mayor intervención en los mercados relacionados con la salud.

**Cuadro 4.2**  
Distribución porcentual de recursos

Institución	Población	Presupuesto	Enfermeras	Médicos	Camas
IMSS	43	58	58	52	51
ISSSTE	9	29	15	15	10
Secretaría de Salud	33	12	26	26	36
Programa IMSS-Solidaridad	15	1	7	7	3
<b>Total de Recursos</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema Nacional de Salud, 1990.

El desarrollo de la seguridad social en México fue desigual y privilegió a los sectores más organizados de la población (los trabajadores asalariados), por las características mismas del pacto corporativo en el que se basa el sistema político mexicano.<sup>4</sup> Indiscutiblemente, el organismo que concentra más recursos dentro del sistema es el Instituto Mexicano del Seguro Social. El IMSS y el ISSSTE tienen en conjunto una cobertura que incluye a poco más de la mitad del país. Esto quiere decir que la mayoría de los mexicanos se encuentran cubiertos por estos organismos, pero finalmente se trata de una mayoría precaria si consideramos que es muy elevado el porcentaje de familias que no tienen acceso a sus servicios. Ambas instituciones concentran a su vez el 87% del presupuesto del sector y están mejor dotadas en términos relativos tanto en recursos humanos como materiales, que los organismos de salud pública que atienden a población abierta. Por otro lado, es necesario destacar que el porcentaje de población cubierta que se le asigna a la Secretaría de Salud en el cuadro 4.2 debe ser visto como población

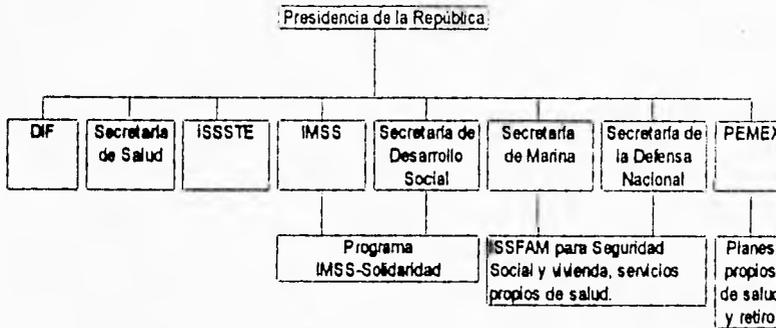
<sup>4</sup> Cordera y González T., 1992, p. 213.

potencial, más no efectiva. Esto se debe a que hay importantes diferencias regionales en la dotación de servicios de salud, que en la práctica impiden que la cobertura de los servicios de salud alcance a importantes sectores de la población.

El programa IMSS-Solidaridad tiene como objetivo subsanar esas diferencias y ampliar la oferta de servicios, pero no cabe duda de que sólo el esfuerzo sostenido y una coordinación horizontal más eficiente entre los distintos organismos puede ayudar a erradicar los rezagos que enfrenta México en materia de salud. Aunque en nuestro país en ocasiones es difícil separar la prestación de los servicios de salud de los demás seguros que integran el paquete de previsión social para los trabajadores, por ser los organismos de seguridad y salud pública para los asalariados los de mayor cobertura y tradición, es preciso señalar que la salud pública y el financiamiento de los seguros de retiro e incapacidad enfrentan problemáticas distintas, como se verá más adelante, lo cual hace perfectamente válido que a la hora de las recomendaciones se les considere por separado.

Un elemento que es necesario tener en cuenta para entender la problemática del sector, es precisamente la estructura de su marco organizacional, reflejo a su vez del marco institucional de la seguridad social en México que se ha construido a lo largo de varias décadas y mediante diferentes leyes, reformas y adiciones que aunqua en los últimos quince años han buscado integrar al sector, históricamente han contribuido a generar problemas de falta de coordinación entre sus partes.

Figura 4.1  
Estructura de la Seguridad Social en México



La figura 4.1 representa la estructura de la seguridad social en México. En sentido estricto se refiere a los organismos de seguro social para asalariados y al sistema de salud pública, con exclusión tanto de los organismos de vivienda (Infonavit y Fovissste) como de los programas de combate a la pobreza coordinados por la Secretaría de Desarrollo Social, de los que sólo se incluye el Programa IMSS-Solidaridad, por ser el esfuerzo más reciente que se ha desarrollado a partir de la infraestructura del IMSS para atender a la población abierta. Como puede observarse, todo el sistema de seguridad social se encuentra directamente vinculado a la Presidencia de la República, al estar constituido por organismos dependientes del Poder Ejecutivo Federal, ya sea por tratarse de Secretarías de Estado o bien de organismos de participación tripartita (trabajadores-empresarios-Estado) o bipartita (trabajadores del sector público y el Estado en su calidad de empleador) en los que el Presidente de la República tiene la facultad de designar al director general y de hacerse representar en sus órganos de gobierno por los funcionarios que designe.

Sin embargo, puede apreciarse una escasa coordinación horizontal entre este tipo de dependencias, principalmente en materia de salud. Aunque nominálmente existe un sector salud cuya cabeza formal es la Secretaría de Salud, está muy lejos de constituir un

auténtico Sistema Nacional de Salud, sobre todo si consideramos que la coordinación ha sido más eficiente en esfuerzos de medicina preventiva como las campañas de vacunación, o de planificación familiar, que en la definición de esfuerzos conjuntos por ampliar la cobertura poblacional y geográfica de los servicios de salud. Por otro lado, no está de más la existencia de una instancia coordinadora y reguladora en materia de seguros sociales: esta función la desempeñan en otros países ministerios de seguridad social que supervisan los distintos tipos de planes de retiro existentes y en México podría desempeñarla la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, ampliando sus facultades reguladoras en la materia.

A continuación haremos una breve descripción de la estructura y funcionamiento de los organismos de seguridad social y salud pública para los trabajadores asalariados y de los organismos de salud pública para población abierta.

#### **4.1 Los organismos de seguridad y salud pública para los trabajadores asalariados.**

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores al servicio del Estado (ISSSTE) son los organismos más importantes en cuanto a cobertura y recursos materiales del sistema de seguridad social mexicano. En conjunto, su cobertura abarca a la mayor parte de la población del país:

Cuadro 4.3  
Población derechohabiente de los organismos de seguridad social  
(Miles de personas)

Concepto	1986	1988	1990	1992	1994	1995	1996
<b>Total</b>	<b>38,019</b>	<b>42,481</b>	<b>46,877</b>	<b>46,108</b>	<b>45,656</b>	<b>43,570</b>	<b>45,352</b>
<b>IMSS</b>	<b>31,062</b>	<b>35,066</b>	<b>38,575</b>	<b>37,465</b>	<b>36,554</b>	<b>34,324</b>	<b>35,923</b>
<b>ISSSTE</b>	<b>6,957</b>	<b>7,415</b>	<b>8,302</b>	<b>8,643</b>	<b>9,102</b>	<b>9,246</b>	<b>9,429</b>
<b>Asegurados</b>	<b>9,990</b>	<b>11,015</b>	<b>12,776</b>	<b>13,415</b>	<b>13,711</b>	<b>13,112</b>	<b>13,643</b>
<b>IMSS</b>	<b>7,986</b>	<b>8,917</b>	<b>10,764</b>	<b>11,369</b>	<b>11,561</b>	<b>10,932</b>	<b>11,423</b>
<b>ISSSTE</b>	<b>2,004</b>	<b>2,098</b>	<b>2,012</b>	<b>2,046</b>	<b>2,150</b>	<b>2,180</b>	<b>2,220</b>
<b>Familiares de asegurados</b>	<b>26,273</b>	<b>29,319</b>	<b>31,584</b>	<b>29,917</b>	<b>28,751</b>	<b>27,074</b>	<b>28,126</b>
<b>IMSS</b>	<b>21,530</b>	<b>24,313</b>	<b>25,674</b>	<b>23,755</b>	<b>22,299</b>	<b>20,533</b>	<b>21,465</b>
<b>ISSSTE</b>	<b>4,743</b>	<b>5,006</b>	<b>5,910</b>	<b>6,162</b>	<b>6,452</b>	<b>6,541</b>	<b>6,661</b>
<b>Pensionados</b>	<b>1,035</b>	<b>1,230</b>	<b>1,378</b>	<b>1,492</b>	<b>1,701</b>	<b>1,804</b>	<b>1,916</b>
<b>IMSS</b>	<b>899</b>	<b>1,063</b>	<b>1,174</b>	<b>1,259</b>	<b>1,433</b>	<b>1,522</b>	<b>1,622</b>
<b>ISSSTE</b>	<b>136</b>	<b>167</b>	<b>204</b>	<b>233</b>	<b>268</b>	<b>282</b>	<b>294</b>
<b>Fama de Pensionados</b>	<b>722</b>	<b>917</b>	<b>1,139</b>	<b>1,283</b>	<b>1,492</b>	<b>1,580</b>	<b>1,667</b>
<b>IMSS</b>	<b>647</b>	<b>773</b>	<b>963</b>	<b>1,082</b>	<b>1,261</b>	<b>1,337</b>	<b>1,413</b>
<b>ISSSTE</b>	<b>75</b>	<b>144</b>	<b>176</b>	<b>201</b>	<b>231</b>	<b>243</b>	<b>254</b>
<b>Municipios con servicios</b>	<b>1,428</b>	<b>1,491</b>	<b>1,519</b>	<b>1,527</b>	<b>1,528</b>	<b>1,531</b>	<b>1,546</b>

Fuente: Ernesto Zedillo, II Informe de Gobierno, Anexo Estadístico, 1996.

Las cifras de asegurados varían de un año a otro, más aún tratándose del Instituto Mexicano del Seguro Social, en cuyo caso el número de trabajadores afiliados siempre representa un importante indicador del nivel de actividad económica. Los dos organismos son muy similares en lo que respecta al tipo de servicios que prestan: además de los servicios de salud, de los fondos de pensiones, de los seguros de maternidad, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y no profesionales, los dos ofrecen servicios de estancias infantiles, tiendas de descuento, farmacias, centros vacacionales, actividades culturales, ayuda para gastos de marcha y velatorios.

Sin embargo, las diferencias entre ambos no se limitan al carácter tripartita del IMSS y bipartita del ISSSTE, característica que por sí misma marca una notable diferencia en los órganos de dirección, la estructura administrativa y las fuentes de financiamiento, ni tampoco a los diferentes tipos de trabajadores a los que atienden. Además de estas características que le dan un perfil muy definido, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha participado en programas de atención a población abierta, como IMSS-Coplamar e IMSS-Solidaridad, con la modalidad de los "servicios solidarios" que contempla la Ley del Seguro Social de 1973. Estos programas siempre han involucrado a otras dependencias del

gobierno federal y se han traducido en la ampliación de la cobertura de salud en las áreas deprimidas y de difícil acceso. Sin embargo, también plantea problemas que tienen que ver con la naturaleza misma del IMSS: el Instituto no puede involucrar demasiados recursos en este tipo de programas, sobre todo a medida que su situación financiera ha ido evolucionando desfavorablemente en los últimos años. Por otro lado, la participación del IMSS en estos programas es un reconocimiento implícito a que durante los últimos cincuenta años fue el organismo que creció más y desarrolló la más amplia infraestructura dentro del sistema, muy por encima de los recursos propios de la Secretaría de Salud.

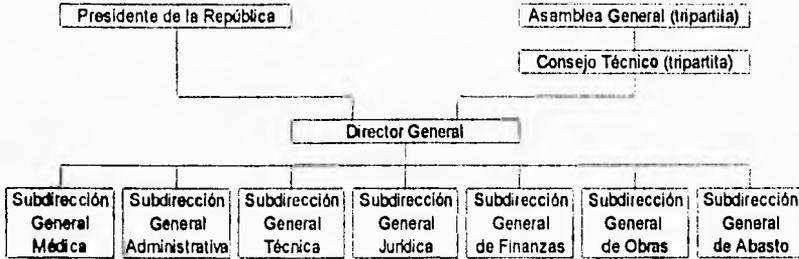
### **El Instituto Mexicano del Seguro Social**

El organismo de seguridad social más importante del país es el Instituto Mexicano del Seguro Social, tanto por su cobertura como por su infraestructura y recursos humanos. El Instituto Mexicano del Seguro Social es un organismo público descentralizado, con patrimonio y capacidad jurídica propios, en cuyos órganos de gobierno participan representantes de los sectores obrero y empresarial y del Estado. Las máximas instancias del Instituto son la Asamblea General y el Consejo Técnico; la primera está integrada por diez representantes de cada sector y le corresponde conocer anualmente del estado de resultados del Instituto y de sus balances actuariales. El Consejo Técnico está integrado por doce consejeros, cuatro por cada sector; el secretario de Salud y el director general son consejeros permanentes por parte del Estado y este último actúa además como Presidente del Consejo. El Consejo Técnico decide sobre las inversiones y otras operaciones financieras del instituto, establece o suprime delegaciones o subdelegaciones, discute y aprueba los presupuestos, expide los reglamentos y nombra al secretario general, a los subdirectores y a los delegados del Instituto.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Ley del Seguro Social, artículo 253.

Figura 4.2  
Estructura de gobernación del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: Ley del Seguro Social, Título V, capítulo VI y Moreno Jaimes, 1995, pp 91-93.

El IMSS cuenta además con una estructura regional compuesta por delegaciones, cada una presidida por un delegado designado por el Consejo Técnico y con un Consejo Consultivo. El delegado funge como presidente del Consejo Consultivo Delegacional e integra la representación gubernamental junto con un representante del gobierno de la entidad en que se encuentre la delegación; los sectores obrero y empresarial cuentan con dos delegados cada uno. Los Consejos Consultivos Delegacionales desarrollan funciones de supervisión y asesoría y actúan como instancias de apelación regional. Al interior de una delegación pueden establecerse subdelegaciones que ejecutan los acuerdos del delegado y del Consejo Consultivo Delegacional y que turnan los recursos de apelación y las inconformidades a estas instancias.

La ley vigente del IMSS establece en su capítulo VI, relativo a la inversión de las reservas, que en circunstancias en las que sea preciso optar por inversiones que garanticen seguridad y rendimiento similares, el Instituto deberá de optar por la inversión que genere mayor utilidad social. Esto se tradujo en inversiones en infraestructura hospitalaria que fueron creando una gran dependencia de los gastos en salud respecto a los ingresos por retiro. El IMSS pasó por un largo período de expansión que duró aproximadamente 40 años, en los cuales sus equilibrios financieros y actuariales se mantuvieron con un saldo a favor que permitió ampliar las prestaciones originales a

guarderías, estancias materno-infantiles y una gran red de servicios culturales y recreativos.

El régimen de contribuciones que establece la Ley del Seguro Social es escalonado y varía en función no sólo del salario, sino del riesgo laboral inherente a la actividad desempeñada. La aportación promedio al seguro de riesgos de trabajo es de 2.5% y por ley la cubre el patrón en su totalidad. La cuota del seguro de enfermedades y maternidad equivale al 12.5% y da derecho a acceder a los servicios de atención médica, quirúrgica, de hospitalización y de gineco-obstetricia, así como a los de farmacia y rehabilitación (la cuota del seguro de enfermedad y maternidad es la que más incrementos porcentuales a experimentado desde la creación del IMSS). Por su parte, el seguro de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte se financiaba con una cuota promedio de 7.4%, pero las reformas de 1993 incluyeron aumentos escalonados hasta alcanzar 8.5% en 1996. Con las reformas de 1993, las cuotas al IMSS pasaron a representar montos que varían de 23.75 a 33.335%, según el grado de clasificación de los riesgos de trabajo.<sup>6</sup>

Las dificultades financieras del IMSS son en realidad un fenómeno muy reciente pero que, sin embargo, era de esperarse por la serie de cambios económicos y demográficos que tuvieron lugar en el país desde la década de los setenta. Durante varias décadas, los ingresos superaron holgadamente a los egresos, pero en los últimos dos años este superávit se ha extinguido y es previsible que cambie de signo en lo que resta de este siglo. Ahora bien, para que este desequilibrio se convirtiera en un problema de la magnitud que alcanza en los países pioneros, habría que esperar por lo menos otras dos décadas, lo cual no es aconsejable pero da una idea del margen de maniobra que existía cuando comenzó a planearse la reforma.

---

<sup>6</sup> Narro, 1993, p. 71.

Cuadro 4.4  
Ingresos y egresos del Instituto Mexicano del Seguro Social  
En millones de pesos corrientes

Año	Ingresos por contribuciones			Otros ingresos	Egresos Total
	Total	De empleados y empleadores	Del Gobierno		
1960	1.8	1.7		0.1	1.3
1965	4.4	4.1		0.3	4.1
1970	8.3	7.0	1.0	0.3	7.9
1975	25.7	21.8	2.9	1.0	23.0
1980	99.4	83.5	11.0	5.0	81.7
1985	830.4	783.9	103.6	42.9	861.0
1990	15,781.5	14,377.7	799.3	604.5	14,940.2
1991	22,645.9	20,453.7	1,136.8	1,055.4	21,585.3
1992	28,801.8	26,397.6	1,464.6	939.6	27,638.5
1993	34,377.8	31,180.0	1,690.3	1,507.5	33,687.9
1994	40,880.0	37,180.0	2,024.0	1,676.0	39,661.0

Fuente: Carlos Salinas de Gortari, VI Informe de Gobierno, Anexo Estadístico, 1996

El cuadro 4.4 muestra la evolución de los ingresos por contribuciones y los egresos del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo 1960-1994. Como puede apreciarse, durante las primeras dos décadas de referencia el superávit fue relativamente alto y continuó siendo importante hasta 1990, pero en los últimos cuatro años ha comenzado a reducirse rápidamente la brecha entre ingresos y egresos. Paralelamente, ha cambiado la composición de los gastos por tipo de seguro. En el pasado el seguro más deficitario era el de enfermedad y maternidad, que se financiaba con el superávit que reportaba el seguro de invalidez, vejez, cesantía y muerte. Sin embargo, este superávit prácticamente se ha esfumado y la tendencia apunta a que el IMSS pasará a ser deficitario a partir de este momento, en tanto que el seguro de enfermedad y maternidad ha reducido su déficit más por el efecto de los recortes al gasto y de un crecimiento más lento en infraestructura (que se reflejan en la calidad del servicio) que por un aumento en los ingresos.

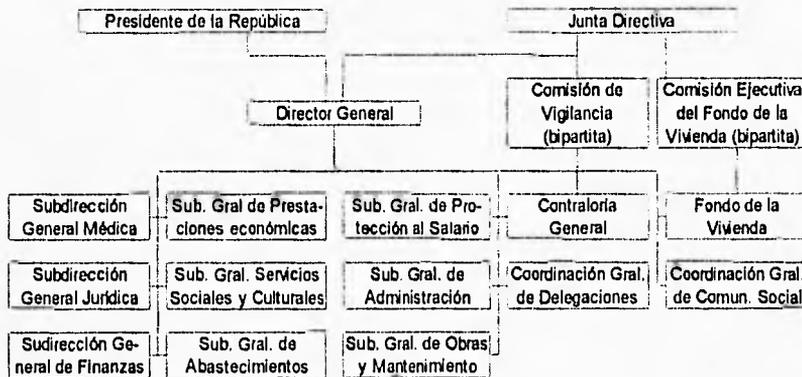
#### **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**

Mientras que el IMSS es un espacio privilegiado de negociación y arreglos institucionales entre los principales sectores de la producción (el trabajo, el capital y el Estado en su calidad de regulador e intermediario), en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de

los Trabajadores al Servicio del Estado este último concurre en su calidad de empleador y por lo tanto, los órganos de gobierno del ISSSTE son bipartitas. El gobierno de la República está representado en la Junta Directiva del ISSSTE por los secretarios de Hacienda y Crédito Público, Desarrollo Social, Salud, Trabajo y Previsión Social; por un representante más designado por el secretario de Hacienda, y por el director general del Instituto que a su vez es designado por el presidente de la República.

A la Junta Directiva le corresponde aprobar el presupuesto y los estados financieros del Instituto, así como los programas operativos anuales de conformidad con la Ley de Planeación.<sup>7</sup> La Junta también está facultada para expedir y modificar el Estatuto Orgánico, crear o suprimir delegaciones y autorizar al director general a establecer convenios con los gobiernos de los estados y municipios, para efectos de incorporar a sus trabajadores y sus familias a las prestaciones y servicios del Instituto.

Figura 4.3  
Estructura de gobernación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales  
de los Trabajadores del Estado



Fuente: Ley del ISSSTE y Estatuto Orgánico del ISSSTE.

<sup>7</sup> Estatuto Orgánico del ISSSTE, artículo 9.

De la Junta dependen también dos comisiones bipartitas, la de Vigilancia y la Comisión Ejecutiva del Fondo de la Vivienda. La Comisión de Vigilancia es la encargada de velar por el cumplimiento de las disposiciones y reglamentos aprobados por la Junta Directiva, así como de cuidar el destino y rendimiento de las inversiones de los fondos de reserva.<sup>8</sup> La Comisión Ejecutiva del Fondo de la Vivienda está facultada para resolver sobre las operaciones del Fondo, excepto sobre aquellas que por su envergadura ameriten del conocimiento y aprobación de la Junta Directiva; también le corresponde a la Junta proponer los presupuestos de ingresos y egresos del FOVISSSTE y las reglas para el otorgamiento de los préstamos.<sup>9</sup>

La participación del Estado en el financiamiento del ISSSTE ha ido en aumento. Excluyendo las aportaciones que le corresponden como empleador y que se canalizan a través de las entidades y organismos de la administración pública federal, los recursos que el Estado aporta se han incrementado, aunque en los últimos doce años en ningún caso han llegado a representar más del 10% del presupuesto corriente del Instituto. Sin embargo, esta situación podría modificarse en los próximos años, por el número de jubilaciones que se producirán, la ampliación de los períodos de retiro al haber aumentado la esperanza de vida y la edad mínima de retiro y por la indización parcial de las pensiones al hacerlas depender de los aumentos del salario mínimo (lo cual no las libra de la acelerada pérdida de poder adquisitivo que se produce en los períodos de inflación, por el rezago de los salarios en relación a los precios).

En la evolución financiera del ISSSTE encontramos un período de déficit moderados que se extiende a lo largo de la década de los setenta y uno superavitario, que coincide con la crisis de los ochenta. Este comportamiento no es producto de la casualidad: durante la crisis el ISSSTE recortó sus gastos, principalmente en construcción de nuevas unidades médicas y en préstamos de corto y mediano plazo a los trabajadores del Estado.

---

<sup>8</sup> Ley del ISSSTE, artículo 173.

<sup>9</sup> Ley del ISSSTE, artículo 169.

Cuadro 4.5  
Ingresos y egresos reales del ISSSTE  
En millones de pesos corrientes

Años	Ingresos						Egresos	Déficit (-) o Superávit	
	Cuotas de Trabajadores	%	Aportaciones de entidades y organismos	%	Otros	%			Total
1970	0.8	33.3	1.3	54.2	0.3	12.5	2.4	4.0	(1.6)
1975	3.0	34.1	5.2	59.1	0.6	6.8	8.8	11.2	(2.4)
1980	11.5	32.8	18.3	52.1	5.3	15.1	35.1	48.1	(13.0)
1985	106.0	34.1	172.7	55.5	32.4	10.4	311.1	279.2	68.1
1988	835.2	35.6	1,336.8	60.0	173.8	7.4	2,345.8	1,854.1	500.7
1989	960.1	35.4	1,441.3	53.2	310.1	11.4	2,711.5	2,431.1	280.4
1990	1,071.3	30.0	2,377.0	66.5	125.4	3.5	3,573.7	3,394.0	179.7
1991	1,562.9	28.5	3,290.4	60.0	634.2	11.5	5,487.5	4,841.1	646.4
1992	1,929.4	28.1	4,371.6	63.6	575.5	8.3	6,876.5	5,980.1	896.4
1993	2,394.6	26.1	5,131.5	55.8	1,666.2	18.1	9,192.3	7,689.3	1,503.0
1994*	2,667.6	28.0	5,884.0	61.8	975.4	10.2	9,527.0	9,538.8	(11.8)

Fuente: Carlos Salinas de Gortari, VI Informe de Gobierno, Anexo Estadístico, 1994.

El ISSSTE ampara legalmente al trabajador o pensionista y a sus dependientes económicos, que generalmente son el cónyuge o concubino, los hijos menores de 18 años, aquellos que siendo mayores de 18 y menores de 25 años continúan sus estudios y los ascendientes que dependan económicamente del trabajador o pensionista. Los trabajadores aportan el equivalente a 8% del sueldo básico de cotización, que se distribuye de la siguiente manera: 2.75% para el seguro de enfermedades y maternidad; 0.5% para los préstamos a mediano y corto plazos; 0.5% para los servicios de bienestar y desarrollo infantil, para los que se ofrecen a jubilados y pensionistas y para los servicios turísticos, funerarios, culturales, de capacitación, recreativos y de fomento deportivo; 3.5% para el seguro de retiro, para las indemnizaciones globales y para integrar las reservas correspondientes y finalmente, 0.75% para cubrir los gastos de administración del ISSSTE.<sup>10</sup>

La aportación que están obligadas a cubrir las dependencias y organismos públicos incluidos en la Ley del ISSSTE asciende a 17.75% del sueldo básico de cotización, la cual a su vez se distribuye en 6.75% para el seguro de enfermedades y maternidad; 0.5% para

<sup>10</sup> Narro, 1993, p. 78

préstamos a los trabajadores; 0.5% para los servicios de bienestar social, incluidos los sociales, culturales, turísticos y de capacitación; 0.25% para el seguro de riesgos de trabajo; 3.5% para el seguro de retiro, para las indemnizaciones globales y para integrar las reservas correspondientes; 5% para el fondo de la vivienda (FOVISSSTE); 2% para el SAR (a partir de 1992) y 1.25% para cubrir gastos de administración.

El ISSSTE ha enfrentado, a diferencia del IMSS, déficit moderados durante largos períodos, principalmente en los años anteriores a la crisis de los años ochenta. Esto se debe a que el rubro de préstamos a corto y mediano plazo para los trabajadores al servicio del Estado ha sido tradicionalmente muy importante, a tal grado que durante varios años llegó a recibir más recursos que los destinados al pago de los seguros de enfermedad y maternidad y de retiro. Sin embargo, es preciso observar que aún en el caso (a todas luces previsible) que el déficit del Instituto, que volvió a aparecer (aunque moderadamente) en 1994, aumente, seguirá significando un monto mucho menor, por el tamaño y la magnitud de los recursos que maneja el ISSSTE, que el del IMSS. Sin embargo esto no debe servir de argumento para desatender la reforma del ISSSTE, que no necesariamente debe seguir la misma dirección que la reforma del IMSS, pero que demanda una organización más eficiente de sus servicios y sus fuentes de financiamiento, para evitar que la reducción del déficit se haga, como se hizo en los años ochenta, a costa de la calidad de los servicios que presta.

#### **4.2 Organismos de atención a población abierta.**

El Estado mexicano cuenta también con una estructura para la atención de población abierta, integrada por la Secretaría de Salud y por los programas especiales que el gobierno federal acuerda con los Estados y Municipios. En las últimas dos décadas los principales programas de atención a población abierta se han montado sobre la estructura del IMSS y no de la Secretaría de Salud, como un reconocimiento a su mayor capacidad en infraestructura. No obstante, la reforma del IMSS permite suponer que los pasos lógicos

hacia la integración de un Sistema Nacional de Salud de cobertura universal deberán encaminarse más al fortalecimiento de la Secretaría de Salud.

La Secretaría de Salud (SSa) se creó casi al mismo tiempo que el IMSS, con el nombre de Secretaría de Salubridad y Asistencia. Como su nombre original lo indica, sus tareas principales eran dictar las normas y reglamentos de salubridad y sanidad general y administrar los servicios de asistencia social que prestaba el Estado. La Secretaría dedicó buena parte de sus recursos desde su fundación a la investigación; de estos esfuerzos resultaron organismos como el Instituto Nacional de Enfermedades Tropicales y los Institutos Nacionales de Salud Pública en los que se realiza paralelamente la investigación básica y aplicada sobre sus especializadas, al tiempo que cuentan con servicios de atención hospitalaria para población abierta. Dentro de estos institutos destacan el de Cardiología, el de Enfermedades Respiratorias, el de Oncología, el de Nutrición, el de Pediatría, el de Traumatología, el de Traumatología y el de Neurología y Neurocirugía.

A diferencia del IMSS o del ISSSTE, que son organismos descentralizados, la Secretaría de Salud forma parte del Sector Central, por lo que el secretario de Salud sólo es responsable de informar de las acciones y programas de su dependencia al Presidente de la República y al Congreso de la Unión, ya sea a invitación de alguna de sus comisiones o del pleno, o bien por instrucciones del propio titular del Ejecutivo.

Sin embargo, la Secretaría de Salud también cuenta con cuerpos consultivos y comisiones que asesoran al secretario en algunas de las funciones más importantes de la dependencia. Las instancias definidas como de apoyo y asesoría en la estructura de la Secretaría son: la Comisión Interna de Administración y Programación, que analiza y evalúa el avance de los programas de la dependencia y el ejercicio de su presupuesto; la Comisión Coordinadora de Asuntos Internacionales, que participa con la Secretaría de Relaciones Exteriores en la definición y coordinación de los esfuerzos de cooperación que México realiza a nivel internacional en materia de salud; la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud, que lleva a cabo acciones de apoyo y coordinación entre

los Instituto de Salud especializados arriba mencionados; finalmente, la Comisión Coordinadora de Programas Prioritarios de Salud, que define las prioridades del sector, los mecanismos de coordinación con otras dependencias y establece los sistemas de seguimiento y control de los programas prioritarios.<sup>11</sup>

La Secretaría de Salud se encuentra organizada en tres subsecretarías: Planeación, que organiza y ejecuta el proceso de programación y presupuestación de la Secretaría y lleva a cabo los estudios necesarios para disponer de información adecuada para la planeación y toma de decisiones de la dependencia. La Subsecretaría de Regulación Sanitaria elabora las normas técnicas, expide las autorizaciones y licencias y lleva a cabo las facultades de control y vigilancia, todo esto en materia sanitaria. La Subsecretaría de Servicios de Salud organiza y coordina las acciones de medicina preventiva y los programas de atención médica en los que participa la Secretaría. También coordina la producción de vacunas, reactivos y regula su importación y exportación y coordina a las dependencias que prestan servicios de medicina curativa e investigación.<sup>12</sup>

La Secretaría de Salud posee además una red de hospitales generales, como los hospitales Juárez, Manuel Gea González y el Hospital General de la Ciudad de México, así como hospitales y centros de salud en los estados. Este sistema de unidades de primer, segundo y tercer niveles es coordinado por dos órganos desconcentrados de la Secretaría: las Jefaturas de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal y de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados. Por acuerdo del 8 de marzo de 1983, el entonces Secretario de Salud, Guillermo Soberón, creó la Comisión de Descentralización y Desconcentración de la Secretaría de Salud, con el objeto de apoyar la formulación de programas de descentralización de la dependencia y coadyuvar a su ejecución.<sup>13</sup> Esta acción fue un antecedente importante de la recientemente acordada descentralización de los servicios de salud de la Secretaría, pues sentó las bases de nuevos esquemas de coordinación y delegación de funciones con los gobiernos estatales.

<sup>11</sup> Manual de Organización General de la Secretaría de Salud, capítulo VI.

<sup>12</sup> Manual de Organización General de la Secretaría de Salud, capítulo VI, incisos 1.1, 1.2 y 1.3.

<sup>13</sup> *Diario Oficial de la Federación*, 8 de marzo de 1983.

#### **4.3 Análisis comparativo del tamaño y la estructura del Sistema de Seguridad Social Mexicano.**

Resulta en verdad impresionante el crecimiento que los organismos de seguridad social para los trabajadores asalariados y de salud pública para población abierta de nuestro país han tenido desde 1943, tanto en cobertura como en infraestructura. Sin embargo, y teniendo en cuenta que en general la segunda posguerra de nuestro siglo se caracterizó por un acelerado desarrollo de sistemas similares en otros países, es válido preguntarnos que lugar ocupa nuestro país a nivel mundial en el desarrollo de sistemas de seguro social y salud pública, o dicho de manera más precisa, en que grado de desarrollo nos encontramos en materia de salud y previsión social.

Las comparaciones entre países son difíciles no sólo porque se refieren a realidades sociales muy diferentes, sino porque en la mayoría de los casos involucran indicadores globales que no pueden darnos una idea precisa de la calidad de los servicios, sino únicamente de la cantidad de recursos, el monto del gasto en estos rubros y estadísticas básicas de salud que no siempre están actualizadas ni son homogéneas. Aún así, la importancia de los ejercicios comparativos es incuestionable, entre otras cosas porque sirven de base para recomendaciones generales de los organismos involucrados en la seguridad social y en la reforma de los servicios médicos.

La seguridad social se ha convertido en un tema importante de la reforma del Estado contemporáneo, tanto por su importancia económica como por sus implicaciones políticas y sociales. Resulta importante tomar en cuenta los argumentos que en el plano internacional se han utilizado para apoyar distintos proyectos de reforma, pero también es importante hacerse cargo de las diferencias institucionales y de los distintos grados de desarrollo que presentan los sistemas de seguridad social para analizar la validez de algunas recomendaciones y reformas.

En el capítulo 2 se han expuesto algunos elementos importantes de la experiencia histórica de los países desarrollados y latinoamericanos en materia de seguridad social. En el contexto latinoamericano, México pertenece al grupo de países que desarrollaron sus sistemas de seguridad social entre 1940 y 1950 y que por lo tanto, pertenecen a la categoría de países intermedios propuesta por Carmelo Mesa-Lago y adoptada por el Banco Interamericano de Desarrollo.<sup>14</sup> Estos países se beneficiaron del Informe Beveridge, de las primeras recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo de la O.N.U. y de la experiencia de los países pioneros al momento de planear sus sistemas, lo cual les permitió eliminar los problemas de estratificación que ya para entonces presentaban los primeros sistemas. El esquema general contempló un instituto gestor central y organismos descentralizados que cubrían a las fuerzas armadas y a los empleados públicos.

La estructura demográfica de la mayoría de los países intermedios, su menor cobertura tanto de riesgos como de población, las prestaciones menos ambiciosas y mayor unidad y uniformidad que se tradujeron en economías de escala, fueron elementos clave para que los problemas financieros típicos de los países pioneros tardaran dos y hasta tres décadas más en manifestarse en los países intermedios. Mientras que en la mayoría de los países pioneros los problemas financieros de la seguridad social aparecieron en la década de los sesenta, los países intermedios comenzaron a registrarlos hasta ya entrados los ochenta y algunos aún no los experimentan. Sin embargo, es previsible que, pese a las diferencias cualitativas entre los sistemas que pertenecen a esta generación y los pioneros, la mayoría experimente los problemas que se derivan de los importantes cambios en el perfil demográfico, en la estructura y el comportamiento de los mercados laborales y del desempeño general de las economías de la región.

En la mayor parte de las economías latinoamericanas el período 1945-1980 se caracterizó por un crecimiento económico, ya fuera sostenido o errático dependiendo de cada caso, que descansó en el desarrollo del sector industrial. Con diferencias en cuanto al tipo de problemas y las fechas en que comenzaron a manifestarse, podemos también

---

<sup>14</sup> Banco Interamericano de Desarrollo, 1991, p. 192.

coincidir en que para la década de los ochenta la gran mayoría de los países latinoamericanos enfrentaron problemas económicos, algunos de deuda, la mayoría de escasez de financiamiento externo y salvo en el caso de Chile, el desempeño económico general estuvo por debajo del promedio de las tres décadas anteriores. La respuesta a esta crisis general fue una revisión del papel del Estado en la economía y en particular en aquellos países en los que el déficit público había jugado un papel importante como detonador de la crisis. En el caso particular de los países pioneros, una de las presiones más fuertes sobre las finanzas públicas provenía del déficit de la seguridad social.

Cuadro 4.6  
Gastos del sistema de seguridad social, 1965-1986  
(Como Porcentaje del PIB)

Pais	1965	1975	1980	1983	1985
<b>Países pioneros</b>					
Argentina	n.d.	6.8	9.3	7.3	6.1
Brasil	4.3	5.7	4.8	5.7	5.0
Chile	12.1	11.0	10.7	14.3	13.1
Uruguay	9.6	10.7	8.2	11.0	9.6
<b>Países intermedios</b>					
Colombia	1.1	3.1	2.8	2.2	2.0
Costa Rica	2.3	5.1	7.1	6.1	7.3
México	2.6	3.1	2.7	2.6	2.7
Venezuela	3.1	3.9	1.3	1.5	1.3
<b>Países tardíos</b>					
Guatemala	2.0	2.0	1.2	1.0	0.8
Honduras	1.0	n.d.	0.8	0.9	1.0
Nicaragua	2.1	2.8	2.3	1.1	n.d.
Panamá	6.0	7.5	5.9	7.7	8.3

Fuente: Carmelo Mesa Lago, 1992.

El cuadro 4.6 confirma algo que ya se había expuesto en el capítulo 2: los países de la región que comenzaron a desarrollar tempranamente sus sistemas de seguridad social y los que poseen las metas de universalidad e integralidad más ambiciosas, son los que enfrentan los costos más altos como porcentaje del PIB. Una vez más destaca el caso de Chile, no solo por el elevado porcentaje del PIB que representa el gasto público en pensiones, sino por el elevado porcentaje que del gasto público total se destina a este rubro y que se explica por la transición del viejo al nuevo sistema, que supone cuantiosas aportaciones del Estado a los "bonos de reconocimiento" de que se habló en el capítulo 2.

Asimismo, resulta significativo que el único país que se encuentra por encima de Chile tanto en el gasto público en pensiones como porcentaje del PIB como en el gasto en pensiones como porcentaje del gasto público sea Uruguay, otro país pionero con alta cobertura y generosas prestaciones.

En el cuadro 4.6 podemos ver como, mientras en la mayor parte de los países latinoamericanos los sistemas de seguridad social no eran deficitarios hasta 1986, en Chile ya había problemas de financiamiento desde 1970 (e incluso desde antes). Las circunstancias coincidieron para que Chile se adelantara al resto de América Latina no solo en la crisis económica que experimentó en los setenta, sino en el ajuste ortodoxo que sobrevino y en el ambicioso programa de reforma de la seguridad social que llevo a la práctica a principios de la década de los ochenta.

Sin embargo, habría que matizar esta afirmación, considerando que también ha influido y mucho la transición demográfica que se ha realizado en el último medio siglo en estos países. Aquellos países en los que el peso de la población retirada aún no es un problema, enfrentarán en las próximas tres décadas un escenario demográfico radicalmente distinto del que hasta ahora han tenido, aún cuando sus prestaciones sean inferiores a las de los países pioneros, lo que nos lleva a reconocer que el perfil demográfico es un factor tanto o más determinante que la universalidad y la integralidad de las prestaciones en el problema del financiamiento de la seguridad social.

Cuadro 4.7  
 Porcentaje de la población mayor de sesenta años  
 Datos de 1990 y proyecciones 2000-2075

País	1990	2000	2010	2020	2030	2050	2075
Argentina	13.1	13.7	15.1	17.2	19.3	25.9	28.6
Brasil	6.7	7.7	9.7	13.1	16.9	24.2	27.7
Chile	8.7	9.8	12.2	16.1	20.8	26.4	28.7
Guatemala	4.9	5.1	5.4	6.6	8.8	16.2	26.4
Honduras	4.8	4.8	5.4	6.7	9.3	17.2	26.7
México	5.7	6.6	8.3	11.2	15.7	24.6	28.3
Nicaragua	4.2	4.4	5.1	6.8	9.3	17.1	26.9
Panamá	6.7	7.8	10.1	13.6	18.5	26.6	28.9
Uruguay	16.4	17.8	18.7	20.3	22.5	27.8	29.3
Venezuela	5.6	6.4	8.5	11.7	15.5	23.6	28.1

Fuente: Banco Mundial, 1994.

El cuadro 4.7 apoya la tesis anterior, sobre todo si tomamos en cuenta el caso de Brasil: un país pionero, con alta cobertura aunque prestaciones menos ambiciosas que el resto de ese grupo, no enfrenta problemas tan severos de financiamiento, entre otras cosas porque su dinámica demográfica es radicalmente distinta a la de Chile o Uruguay. Sin embargo, las proyecciones poblacionales del Banco Mundial muestran una convergencia hacia un 30% de población mayor de 60 años no sólo en la región, sino a nivel mundial, que se alcanzará a finales del próximo siglo, lo cual revela que en modo alguno podemos considerar que los países que en la actualidad no presentan de envejecimiento en su estructura poblacional estarán exentos de tomar medidas preventivas en el financiamiento de la seguridad social en el mediano y el largo plazo.

Cuadro 4.8  
**Superávit o déficit del sistema de seguridad social, 1965-1986**  
 (Como Porcentaje del PIB)

Pais	1970	1975	1980	1983	1986
Argentina	n.d.	0.7	-0.4	-2.3	-0.7
Bolivia	0.2	0.3	0.0	0.1	n.d.
Brasil	n.d.	n.d.	n.d.	-0.4	0.2
Colombia	0.2	0.0	0.0	-0.2	0.4
Costa Rica	0.7	1.6	1.0	2.5	1.9
Cuba	n.d.	n.d.	n.d.	-6.4	-8.5
Chile	-4.1	-1.0	-2.0	-5.7	-3.9
Ecuador	n.d.	0.6	1.7	1.3	3.5
El Salvador	0.0	-0.3	0.4	0.8	0.4
Guatemala	0.1	0.0	0.4	0.3	0.5
Honduras	1.2	n.d.	n.d.	0.2	1.1
México	-0.4	-0.3	0.4	0.1	0.2
Nicaragua	0.1	n.d.	0.9	0.8	n.d.
Panamá	0.1	1.2	1.9	2.4	1.1
Perú	n.d.	n.d.	n.d.	-0.1	0.2
Uruguay	n.d.	-1.2	-0.8	-4.3	-2.2
Venezuela	-0.7	0.3	0.3	0.0	0.0

Fuente: Carmelo Mesa Lago, 1992.

No debemos perder de vista que la aparición de problemas financieros no siempre se da en sistemas que han alcanzado una cobertura cercana al 100% de la población económicamente activa, en el caso de pensiones, o de la población total en el caso de otro tipo de prestaciones de la seguridad social.<sup>15</sup> El cuadro 4.8 muestra la evolución del déficit o superávit de los sistemas de seguridad social de los países de América Latina, incluyendo a Cuba y excluyendo al resto de los países caribeños. Como puede apreciarse, los países deficitarios son o bien países pioneros que enfrentan en la actualidad crisis derivados de cambios en el perfil demográfico o bien países que ofrecen un paquete de prestaciones muy grande, como en el caso de Cuba. En la mayor parte de los países intermedios y tardíos los gastos como porcentaje del PIB no son significativos, pero tampoco han logrado una cobertura similar a la de los pioneros y mucho menos a la de Cuba.

<sup>15</sup> La definición convencional de la seguridad social formulada por la Organización Internacional del Trabajo incluye a los seguros sociales, las asignaciones familiares, la asistencia social y los programas públicos de cuidado de la salud o sistemas nacionales de salud. (Banco Interamericano de Desarrollo, p. 190. También dentro de este esquema, los seguros sociales comprenden un ámbito más restringido, tal y como se señala en el apartado 2.1.

En el caso de México, es claro que el porcentaje del PIB que según el cuadro el cuadro 4.6 destina al sistema de seguridad social es bajo tratándose de una de las economías más desarrolladas de la región, al grado que es superado por los cuatro países pioneros (Argentina, Brasil, Chile y Uruguay) pero también por uno intermedio (Costa Rica) y uno tardío (Panamá). Según un ejercicio de extrapolación de gastos de seguridad social con cobertura total realizado por Mesa-Lago para el Banco Interamericano de Desarrollo, los gastos en seguridad social en México pasarían a representar algo más del 5.4% con un 100% de cobertura.<sup>16</sup> Ahora bien, es necesario tener en cuenta que los costos de un sistema con cobertura cercana al 100% podrían ser mayores teniendo en cuenta la dificultad de acceder a ciertos sectores de la población (costos marginales crecientes), aunque también podrían generarse economías de escala con un uso más racional de los recursos (costos marginales decrecientes).

Como puede apreciarse en la información estadística a la que se ha hecho referencia en este apartado y en el apartado 2.3, México es uno de los países latinoamericanos que menos gasta en seguridad social en relación a su desarrollo relativo, lo que se refleja también en los problemas no sólo de previsión social, sino de salud pública a los que se enfrenta. A esto hay que añadir los problemas expuestos en los apartados anteriores relativos a la concentración de los recursos en beneficio de ciertas regiones y organismos. Por lo mismo, la reforma de la seguridad social debe hacerse cargo de la distancia que media entre las metas alcanzadas en materia de seguridad social en los países pioneros y en México.

En el caso de México, encontramos una situación muy diferente a la de Chile, país que se ha convertido en el ejemplo a seguir para un sector muy importante de los organismos multilaterales y de los gobiernos de la región. Chile fue uno de los países pioneros en materia de seguridad social en América Latina, mientras que México fue uno de los países de desarrollo intermedio. Chile fue uno de los países que experimentó

---

<sup>16</sup> Banco Interamericano de Desarrollo, 1991, p. 196.

problemas de financiamiento de la seguridad social en los momentos de mayor crecimiento en México de la infraestructura social y hospitalaria de los organismos de seguro social para población asalariada. Mientras en Chile se realizaban las reformas a la seguridad social, en México se diseñaban programas de atención a población abierta con cargo parcial al instituto gestor central (el IMSS).

Esto no quiere decir que en México los problemas de financiamiento de la seguridad social sean despreciables, como por el contrario parece sugerirlo el diagnóstico presentado a principios de 1995 por el director general del IMSS,<sup>17</sup> sino simplemente que es necesario hacer un cuidadoso examen de las diferencias entre ambos países. En Chile la reforma de la seguridad social incluyó también una reforma a los seguros de salud y un programa de asignaciones familiares que, sobre todo en lo que toca a los servicios de salud, no son completamente aplicables al caso mexicano, por los problemas de cobertura y calidad de los servicios que aún enfrentamos, pero también por el tamaño de la población, su crecimiento, su dispersión, las dificultades de acceso y la distribución del ingreso entre los hogares.

A diferencia de otros países en los que los fondos de la seguridad social fueron invertidos en instrumentos de renta fija o algún otro mecanismo que asegurara rendimientos sobre el capital original, en México se tomó la decisión de que las reservas tanto del IMSS como del ISSSTE sirvieran para desarrollar la infraestructura hospitalaria de ambos organismos, con lo cual se logró un importante desarrollo de la capacidad de atención médica, pero a costa de los fondos de pensiones. Por lo mismo, la reforma del sistema de pensiones plantea un problema de financiamiento para el sistema de salud: está claro que el desarrollo de la infraestructura hospitalaria no podría seguirse haciendo a expensas del fondo de reserva, más aún al presentarse desequilibrios actuariales que tarde o temprano se traducirían en déficit en el sistema de pensiones, pero ahora que en los hechos han quedado separados los seguros médicos y los seguros de retiro, es importante plantear

---

<sup>17</sup> Véase Borrego, 1995.

cuales son los retos que presenta la reforma de la salud en México, tema que se abordará en el siguiente capítulo.

Es importante destacar que en términos comparativos, los gastos en seguridad social en México nunca han llegado a representar la carga que significaron para Chile al momento de la reforma. De la misma manera, debemos convenir que en nuestro país la cobertura del sistema de salud es inferior a la alcanzada en Chile. Pero además, debemos reconocer que la estructura de la seguridad social en Chile es distinta a la que prevalece en México: lo era antes, por provenir de orígenes y desarrollos distintos, lo es ahora a raíz de la reforma. Una de las características más importantes del marco organizacional de la seguridad social chilena es la adscripción de las tareas de regulación y supervisión de la salud pública y los sistemas de pensiones a sus respectivos ministerios, con la intervención adicional de las autoridades monetarias y hacendarias para supervisar las operaciones financieras que realizan las administradoras de los fondos de retiro. Como veremos más adelante, los problemas de coordinación del sistema de salud en México son distintos, porque el organismo regulador que debe actuar por ley como cabeza de sector (en este caso la Secretaría de Salud) debe coordinar y regular a organismos que cuentan con mayores recursos e infraestructura, que para el nombramiento de sus autoridades dependen directamente del Presidente de la República y que por su carácter tripartita o bipartita, gozan de un alto grado de autonomía

#### **Bibliografía del capítulo 4.**

Ayala Espino, José Luis

1988 Estado y Desarrollo, la formación de la Economía Mixta mexicana (1920-1982), México, Fondo de Cultura Económica, Secretaría de Energía, Minas e Industria Paraestatal.

Ayala, Raúl y Carlos Schaffer

1991 Salud y seguridad social: crisis y grupos vulnerables, México, Instituto Nacional de Salud Pública.

Banco Interamericano de Desarrollo

1991 Progreso Económico y social en América Latina. Washington, Johns Hopkins University Press

Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial)

1994 Envejecimiento sin crisis: políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento. Informe de Banco Mundial sobre investigaciones relativas a políticas de desarrollo. Washington, Publicaciones del Banco Mundial

Bobadilla, José Luis, *et. al.*

1994 El paquete universal de servicios esenciales de salud. México: Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 11.

Cabrera Acevedo, Gustavo y Alejandro Hazas

1992 "La seguridad social y el cambio demográfico", en Moctezuma Barragán, Javier y José Narro Robles (compiladores), 1992, pp. 136-175.

Centro Interamericano de Estudios sobre Seguridad Social

1988 Problemas contemporáneos de la seguridad social. México, Centro Interamericano de Estudios sobre la Seguridad Social.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe

1985 El desarrollo de la Seguridad Social en América Latina. Santiago de Chile, Organización de las Naciones Unidas, comisión Económica para América Latina y el Caribe, Estudios e informes de la Cepal 43.

Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad

1990 El Combate a la Pobreza. México, Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad-El Nacional. Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad (1990b),

1994 El Programa Nacional de Solidaridad. México, Fondo de Cultura Económica, (Colección Una visión de la modernización de México).

COPLAMAR

1983 Macroeconomía de las necesidades esenciales en México. México, Siglo XXI.

1985 Las necesidades esenciales en México: situación actual y perspectivas al año 2000. vol. V Geografía de la Marginación. México, Siglo XXI.

Coordinación del Programa Nacional de Solidaridad

1993 La Solidaridad en el Desarrollo Nacional. México, Secretaría de Desarrollo Social.

Cruz, Carlos, *et. al.*

- 1994 Las cuentas nacionales de salud y el financiamiento de los servicios, México: Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 7.
- Cordera Campos, Rolando y Enrique González Tiburcio  
 1992 "Economía política y seguridad social en México: una aproximación" en en Moctezuma Barragán, Javier y José Narro Robles (compiladores), 1992, pp. 203-220.
- Faba, Gladys  
 1994 Los instrumentos de la reforma: la inteligencia institucional, México: Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 10.
- Frenk, Julio et. al.  
 1993 Desigualdad, Pobreza y Salud en México, México, Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad-El Nacional.
- 1994a Bases doctrinarias de la reforma en salud, México, Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 2
- 1994b Hacia la reforma del sistema de salud: una propuesta estratégica, México: Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 12.
- Gómez Dantés, Octavio y Patricia Zorrilla  
 1994 La protección del consumidor en el campo de la salud, México, Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 4
- Gómez Dantés, Octavio, Carlos Cruz y Gustavo Nigenda  
 1994 La regulación participativa de la atención a la salud, México: Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 9.
- González Block, Miguel A. et. al.  
 1994 Demanda y oferta de servicios: obstáculos a la mejoría del sistema de salud en México, México, Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 6.
- González Tiburcio, Enrique  
 1991, Reforma del Estado y política social, México, Instituto Nacional de Administración Pública.
- Huerta, Miguel

- 1994 La Ley del Seguro Social y sus reformas. Edición conmemorativa del cincuentenario del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2 tomos, IMSS.
- Instituto Mexicano del Seguro Social  
1983 Instituto Mexicano del Seguro Social 1943-1983: 40 años de historia, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, Secretaría General, Jefatura de Publicaciones.
- Levy Algazi, Santiago,  
1994 "La Pobreza en México", en Félix Vélez (Compilador), La pobreza en México: causas y políticas para combatirla, México, Fondo de Cultura Económica-Instituto Tecnológico Autónomo de México
- Lozano, Rafael et al.  
1994 El peso de la enfermedad en México: un doble reto, México, Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 3
- Medina Medina, Javier  
1992 Privatization of Social Security in Mexico (From Pay-As-You-Go to Capitalization), London, MSc. in Economics tesis, Queen Mary and Westfield College, University of London.
- Moreno Jaimes, Carlos Luis  
1995 La política social de atención a la salud en México. El caso del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, tesis de licenciatura en Administración Pública, El Colegio de México.
- Moctezuma Barragán Javier y José Narro Robles (Compiladores)  
1992 La seguridad Social y el Estado Moderno, México, Fondo de Cultura Económica, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.
- Narro Robles José  
1994 La seguridad social Mexicana en los Albores del Siglo XXI, México, Fondo de Cultura Económica.
- Nigenda, Gustavo  
1994 Los recursos humanos para la salud: en busca del equilibrio, México, Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 5
- Ruelas, Enrique y Julio Querol  
1994 Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud, México: Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 8.

Ruiz Durán, Clemente, Enrique Provencio Durazo y Rosalba Carrasco Licea  
1994 Sistemas de bienestar social en norteamérica. Análisis comparado, México, Secretaría de Desarrollo Social-El Nacional

Soberón, Guillermo y Cuauhtémoc Valdés Olmedo  
1994 Investigación en políticas y en sistemas de salud: el interés de FUNSALUD, México, Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 1

Vélez, Félix (Compilador)  
1994 La pobreza en México: causas y políticas para combatirla, México, Fondo de Cultura Económica-Instituto Tecnológico Autónomo de México

### **Leyes y Reglamentos**

"Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado", Diario Oficial de la Federación, 6 de junio de 1988.

"Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado", Diario Oficial de la Federación, 27 de diciembre de 1983.

"Ley General de Salud", Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984.

"Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social", Diario Oficial de la Federación, 9 de enero de 1986.

"Reglamento de Organización Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social", Diario Oficial de la Federación, 15 de octubre de 1947.

"Reglamento Interior de la Secretaría de Salud", Diario Oficial de la Federación, 31 de diciembre de 1992.

## 5

### LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

Al igual que en la mayoría de los países desarrollados y latinoamericanos, el sistema mexicano de seguridad social es objeto de una profunda revisión, que tiene por objeto prevenir desequilibrios financieros severos e introducir reformas que permitan mejorar su eficiencia y superar sus limitaciones. Esta reforma se revela como obligada por las circunstancias actuales del país, por la transición demográfica que experimenta su población, pero también por los rezagos que el sistema anterior no pudo superar y por las limitaciones y contradicciones que ha revelado a medio siglo de haber sido creado.

El esquema general sobre el cual descansó el desarrollo de la seguridad social mexicana entró en crisis con la economía en su conjunto en 1982. Aunque los organismos de la seguridad social, en particular el IMSS, no representaron problemas financieros adicionales para el gobierno en esa coyuntura,<sup>1</sup> sí enfrentaron las consecuencias generales de la crisis. Durante el largo período de crecimiento económico sostenido con estabilidad de precios y generación creciente de empleos en el sector formal de la economía, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado conocieron su época de mayor expansión. Aún durante las turbulencias de los setenta, mientras el empleo formal continuó creciendo el esquema de seguridad social adoptado siguió siendo viable. Sin embargo, este esquema ocasionó distorsiones que se tradujeron en un desarrollo gradual y desigual por grupos y regiones, en parte porque el concepto de seguridad social estaba más relacionado con la categoría de empleado que con la de ciudadano.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Por el contrario, parte de la deuda interna que contrajo el gobierno mexicano durante la crisis fue precisamente con los fondos de reserva del IMSS y del ISSSTE, que limitó drásticamente sus préstamos de corto y mediano plazos a los trabajadores al servicio del Estado

<sup>2</sup> Cordera y González T., 1992, p. 211.

La seguridad social en México siguió un desarrollo secuencial, que primero benefició a las zonas urbano-industriales y posteriormente se fue irradiando a partir de éstas hacia las zonas rurales más vinculadas con las actividades industriales.<sup>3</sup> Esto trajo consigo un importante sesgo en el desarrollo de la infraestructura hospitalaria y de asistencia social, que contribuyó a ahondar las disparidades regionales y excluyó a sectores significativos de la población de los beneficios del moderno sistema de salud que se estaba consolidando en las principales ciudades del país.

El perfil demográfico que caracterizó al país durante este largo período de crecimiento económico y de expansión de la seguridad social, permitió también que el desarrollo de la infraestructura de salud de los organismos de seguridad social para los asalariados se financiara parcialmente con las contribuciones al seguro de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte, mientras las pensiones fueron inferiores a los ingresos corrientes por contribuciones a este tipo de seguro. Sin embargo, el número de pensionados se ha incrementado mientras que la pirámide poblacional ha comenzado a reducirse en su base, por efecto de las políticas de población instrumentadas a partir del gobierno de Luis Echeverría. Sin embargo, antes de que este cambio poblacional se reflejara en el crecimiento de la fuerza de trabajo, las dificultades de la economía provocaron crecientes dificultades para la generación de empleos en el sector formal que aún subsisten, y que han traído como consecuencia un desmesurado crecimiento de las actividades informales. Esta creciente informalidad ha llegado al extremo de que 36% de la población se encuentra fuera del sector formal de la economía.<sup>4</sup>

Esta crisis de la seguridad social se presenta en circunstancias muy distintas a las de los países desarrollados, donde la transición demográfica ya se ha operado y la amplitud y universalidad de las prestaciones de la seguridad social se han traducido en cargas financieras muy elevadas, o a las de los países pioneros de América Latina, donde la estratificación de los sistemas produjo deseconomías de escala que combinadas con los cambios demográficos y la generosidad de las prestaciones provocaron desequilibrios actuariales y financieros. En México la necesidad de la reforma se fundamenta no sólo en

---

<sup>3</sup> Cordera y González T., 1992, p. 211.

<sup>4</sup> Ruiz Durán, 1996, p. 3.

los desequilibrios financieros futuros, sino en las limitaciones del sistema para incluir a la población que actualmente está fuera de su cobertura. Sin embargo, al igual que en el resto del mundo, no existe consenso sobre la dirección que debe seguir la reforma y cabría preguntarse si la premura está reñida con una discusión más profunda sobre el alcance y la dirección de las reformas que ya han comenzado a instrumentarse, y que en los hechos se iniciaron cronológicamente con la creación del Sistema de Ahorro para el Retiro.

## 5.1 El Sistema de Ahorro para el Retiro

La reforma de la seguridad social en México se inició con la creación del Sistema de Ahorro para el Retiro en mayo de 1992, fecha en la que fueron modificadas las leyes del Seguro Social, del Instituto Nacional del Fondo para la Vivienda de los Trabajadores (INONAVIT) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).<sup>5</sup>

El SAR surgió originalmente como un complemento al sistema de reparto. El SAR es un sistema de ahorro individual para los trabajadores, ejercido mediante cuentas bancarias personales, intransferibles y obligatorias en las que el empleador depositaba inicialmente un porcentaje del sueldo sobre nómina. Sin embargo, para muchos analistas la importancia del SAR no radicaba en el porcentaje del salario que se canalizaría al sistema, ni en el monto acumulado que alcanzarían estos recursos en unos años, sino en su papel de transición hacia un sistema de retiro basado en la capitalización individual.

La propuesta original del SAR consistía en un pilar complementario de ahorro individual obligatorio que se sumaría a las pensiones de beneficio definido del sistema tradicional (IMSS e ISSSTE). El sistema incluye dos subcuentas para cada trabajador: una de retiro y una de vivienda, que originalmente se constituían con aportaciones patronales iguales al 2% del sueldo base de cotización definido, según fuera el caso, por las leyes del Seguro Social y el ISSSTE, para la subcuenta de retiro y de 5% para la subcuenta de vivienda, con un tope máximo de 25 veces el salario mínimo general vigente en el Distrito

---

<sup>5</sup> Solís Soberón, 1996, p. 2.

Federal para la subcuenta de retiro y 10 veces el salario mínimo general vigente en cada región para la subcuenta de vivienda.<sup>6</sup>

Las contribuciones patronales al SAR se depositan bimestralmente en las instituciones bancarias que elija el patrón, las cuales expiden los comprobantes bimestrales de depósito que reciben los trabajadores y entregan los recursos al Banco de México, que se encarga de canalizar los recursos, en el caso de la subcuenta de vivienda, a los organismos de vivienda: el INFONAVIT, para los trabajadores afiliados al régimen obligatorio del IMSS y el FOVISSSTE, para aquellos que se encuentran incluidos por la Ley del ISSSTE. En el caso de los recursos de la subcuenta de retiro, los recursos son canalizados al gobierno federal mediante créditos directos.<sup>7</sup>

El 23 de julio de 1994 fue creada la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR), órgano desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), para establecer los mecanismos, criterios y procedimientos para el funcionamiento de los sistemas de ahorro para el retiro previstos en las reformas a las leyes del IMSS, ISSSTE e INFONAVIT y que hasta ese momento habían estado bajo supervisión del Banco de México, que mantenía dentro de su jurisdicción el Sistema de Aportaciones y Amortizaciones de Crédito (SAAC).<sup>8</sup>

La Comisión Nacional del SAR está facultada para autorizar la participación de entidades financieras en los sistemas de ahorro para el retiro, fijar comisiones, diseñar los sistemas de información llevar el registro de los contribuyentes al SAR y asignar las claves correspondientes, así como llevar a cabo las tareas de supervisión, regulación y control de las cuentas individuales y de información tanto de los contribuyentes como de los organismos de seguridad social y asesorar al gobierno federal en materia de pensiones y planes de retiro.<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> Solís Soberón, 1996, p. 3.

<sup>7</sup> Solís Soberón, 1996, p. 4.

<sup>8</sup> Ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, 1994.

<sup>9</sup> Ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, artículo 3.

La Comisión Nacional del SAR cuenta con una Junta de Gobierno, un Presidente, Vicepresidentes, un Comité Técnico Consultivo y un Comité de Vigilancia. La Junta de Gobierno de la CONSAR está integrada por el Secretario de Hacienda y Crédito Público, el Presidente de la Comisión, el Secretario del Trabajo y Previsión Social, el Secretario de Desarrollo Social, el Gobernador del Banco de México, el Director General del IMSS, el Director General del ISSSTE y el Director General del INFONAVIT, como miembros propietarios y como suplentes fungirán los funcionarios que les sigan en jerarquía dentro de sus respectivas dependencias, salvo en el caso del Banco de México, en el que fungirá como suplente el Subgobernador que designe el Gobernador. Al Secretario de Hacienda corresponde la Presidencia de la Junta de Gobierno de la Comisión del SAR y en su ausencia, al Presidente de la propia Comisión.<sup>10</sup>

El Presidente de la Comisión del SAR es el encargado de dirigirla administrativamente, informar oportunamente a la Junta de Gobierno del estado de las cuentas y ejecutar sus resoluciones, por lo que está facultado para designar y remover a los vicepresidentes con autorización de la Junta de Gobierno, así como para establecer sanciones por el incumplimiento de las disposiciones relativas al SAR. El Presidente de la Comisión es nombrado y puede ser removido libremente por el titular de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.<sup>11</sup>

La Comisión Nacional del SAR cuenta también con dos instancias tripartitas: el Comité Técnico Consultivo y el Comité de Vigilancia. El Comité Técnico Consultivo se encuentra integrado por 20 miembros de los cuales diez son del sector público (el Presidente de la CONSAR y representantes del IMSS, ISSSTE, INFONAVIT, de las secretarías del Trabajo y Previsión Social y de Desarrollo Social, del Banco de México, dos de la Comisiones Nacional Bancaria y de Seguros y uno de la Comisión Nacional de Valores), cinco del sector empresarial (un representante de la Asociación Mexicana de Bancos, uno de la Asociación Mexicana de Intermediarios Bursátiles, uno de la Asociación

---

<sup>10</sup> Ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, artículo 5

<sup>11</sup> Ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, artículo 8.

Mexicana de Instituciones de Seguros y dos designados por las organizaciones patronales) y cinco por el sector sindical.<sup>12</sup>

El Comité de Vigilancia cuenta con atribuciones para supervisar el desempeño de las funciones operativas de la Comisión Nacional del SAR. Está integrado por ocho miembros, de los cuales dos son representantes de las organizaciones patronales y dos son representantes de las organizaciones de trabajadores; los restantes son designados por las Secretarías de Hacienda y Crédito Público, Trabajo y Previsión Social, Desarrollo Social y de la Contraloría General de la Federación. El representante de esta última tiene voto de calidad en caso de empate. La representación patronal se integra conforme a las bases fijadas por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, mientras que la representación de los Trabajadores corresponde a las dos organizaciones mayoritarias dentro de la Asamblea General del IMSS. La presidencia del comité de Vigilancia, al igual que la del Comité Técnico Consultivo, corresponde alternativamente y por periodos anuales a un representante de los trabajadores o a un representante de los patrones.<sup>13</sup>

El SAR fue diseñado originalmente para otorgar una pensión complementaria a la que establecen las leyes vigentes del IMSS y del ISSSTE, ya fuera disponiendo de los fondos de la subcuenta de retiro en una sola exhibición al cumplir la edad mínima de retiro o cubrir el período mínimo de cotización para jubilarse, o bien adquiriendo una pensión vitalicia (como se señaló en el capítulo 2, la decisión más acertada es aquella que incorpora de manera más realista la esperanza de vida del individuo y las expectativas de cambio en el entorno económico). Existen sin embargo ciertas circunstancias en las cuales el trabajador puede disponer parcialmente de la subcuenta de retiro: en casos de incapacidad temporal que sobrepase el período establecido por las leyes del IMSS o el ISSSTE para recibir su salario completo, puede disponer hasta del 10% de los recursos acumulados en su subcuenta de retiro del SAR. Cuando el trabajador se encuentra temporalmente sin empleo y el saldo de su subcuenta de retiro es mayor o igual a la suma que resulta de multiplicar por 18 su última aportación bimestral, también podrá disponer

---

<sup>12</sup> Ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, artículo 10.

<sup>13</sup> Ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, artículo 11.

hasta del 10% de la cantidad depositada en su subcuenta, siempre y cuando no haya realizado retiro en los últimos cinco años<sup>14</sup>.

En el caso de la subcuenta de vivienda, las leyes vigentes tanto del ISSSTE como del INFONAVIT contemplan la entrega de los recursos acumulados en la subcuenta una vez que el trabajador a cubierto los requisitos para pasar a retiro por haber laborado el período mínimo establecido por la ley, haber cumplido la edad mínima de retiro o bien haya adquirido una pensión por enfermedad o incapacidad total o parcial.<sup>15</sup> En caso de fallecimiento estos recursos son entregados a los beneficiarios del trabajador. El INFONAVIT depende del SAR desde que éste fue creado en lo relativo a la captación de recursos e información. La subcuenta de vivienda paga intereses en función del remanente de operación del INFONAVIT, que se van capitalizando hasta que el trabajador adquiere el derecho a recibir los recursos acumulados.<sup>16</sup>

El SAR complementa las pensiones que otorgan el IMSS y el ISSSTE, pero debido a que la fórmula de beneficios que ofrece cada organismo es diferente, el SAR complementa ambas pensiones de manera distinta. En el caso del IMSS, por ejemplo, la Ley vigente establece que los trabajadores que cotizan durante menos de 500 semanas no tienen derecho a pensión alguna, pero una vez que han cotizado por un período igual o mayor a éste adquieren el derecho a una pensión mínima de por lo menos un salario mínimo vigente en el Distrito Federal. El ISSSTE por su parte garantiza una pensión para aquellos que han cotizado por lo menos durante 15 años y una pensión por jubilación del 100% del último salario a aquellos trabajadores que han trabajado por 30 años o más al servicio de la administración pública, mientras que ofrece indemnizaciones globales a aquellos que han laborado que no tienen derecho a una pensión.<sup>17</sup>

Al llegar al momento de retiro y recibir los recursos acumulados en ambas subcuentas, el trabajador se enfrenta a una de dos posibilidades: a) puede disponer de la totalidad de su saldo para invertir en inversiones propias, o simplemente para darle el uso

<sup>14</sup> Solís Soberón, 1996, p. 10.

<sup>15</sup> Solís Soberón, pp. 10-11.

<sup>16</sup> Solís Soberón, 1996, p. 5.

<sup>17</sup> Solís Soberón, 1996, pp.8-10.

que quiera o b) puede optar por adquirir una renta vitalicia. Como vimos en el capítulo 2 para el caso de Chile, ambas opciones tienen ventajas y desventajas pero sobre todo, existen costos de transacción altos asociados con problemas de información que hacen difícil la elección.

El trabajador optará por la renta vitalicia si, para empezar, la tasa de rendimiento implícita que le ofrece la aseguradora con la que contratará este servicio es mayor a la que le ofrece el sistema financiero si el invierte directamente el monto acumulado en sus subcuentas del SAR. Este monto es función directa del nivel de salario del trabajador respecto al mínimo, de los años de cotización y de las tasas de interés. También influye directamente en el nivel de los fondos acumulados que el trabajador no haya obtenido ningún tipo de crédito para la vivienda y que por lo mismo, disponga también del total de los recursos capitalizados de su subcuenta de vivienda ni realizó retiros parciales de sus subcuentas. Además de estas condiciones, que se cumplen en muchos casos, habría que señalar que los cálculos realizados por la CONSAR para ilustrar la pensión complementaria que puede llegar a representar el SAR y su impacto sobre el ahorro agregado se basan en otros supuestos menos realistas, como por ejemplo, que la industria aseguradora es perfectamente competitiva, el trabajador retirado posee información perfecta sobre los rendimientos futuros que le ofrecen ambas opciones (suma alzada y renta vitalicia) y por consiguiente, previsión perfecta sobre la evolución de la economía, que la tasa de interés real es constante en el tiempo y que el costo de la renta vitalicia es está en función de la tasa de interés y de la distribución de probabilidades conjunta de supervivencia del cuentahabiente y sus beneficiarios.<sup>14</sup> Lo que tenemos en la realidad es un mercado de rentas vitalicias al interior de la industria aseguradora prácticamente inexistente, que comenzará a crecer y a madurar a partir de ahora y de cara al próximo siglo.

## **5.2 La reforma de la Seguridad Social (1995-1996).**

A partir de 1994, la Comisión Nacional del SAR fue ampliando sus funciones de control y supervisión de los sistemas de ahorro para el retiro, a la par que realizaba estudios sobre

---

<sup>14</sup> Solís Soberón, 1996. pp. 11-12.

el posible impacto que tendría en la economía y en particular, en el ahorro interno, una ampliación del SAR. El tema de la transición de un sistema de reparto a un sistema de capitalización individual ya había sido abordado con anterioridad por los especialistas, por lo que no resultaban nuevas las reflexiones en ese sentido. Incluso a lo largo de 1993 y 1994 se mencionó insistentemente que los recursos acumulados en el fondo de contingencia y provenientes de la venta de empresas paraestatales, debían ser utilizados para pagar la deuda que el Estado adquiriría con los trabajadores por la transición de un sistema a otro. Sin embargo la reforma de la seguridad social no se realizó en ese momento ni empleó tales recursos.

A principios de 1995, el director general del IMSS, Genaro Borrego, presentó al Consejo Técnico de ese organismo un diagnóstico sobre la situación del mismo. Este diagnóstico había sido encargado por la 76a. Asamblea General del Instituto, a instancias del presidente Ernesto Zedillo, en la que también fueron convocados a participar todos los sectores interesados en el diagnóstico y la reforma del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El diagnóstico analiza la viabilidad financiera de las cinco ramas de seguro que maneja el IMSS: enfermedad y maternidad; invalidez vejez, cesantía en edad avanzada y muerte (IVCM); riesgos de trabajo; guarderías y, a partir de 1992, el Sistema de Ahorro para el Retiro. En 1995, estas cinco ramas representaban en promedio el 26.5% del salario cotizable, dividido en 12.5% para enfermedad y maternidad; 8.5% para IVCM, 2.5% para riesgos de trabajo (en promedio, dentro de un rango que llega hasta el 10%) y 2% para el SAR. Los dos primeros seguros se financian con contribuciones tripartitas que se reparten como sigue: 70% para el patrón, 25% para el trabajador y 5% para el Estado, mientras que los seguros de riesgos de trabajo y el SAR son pagados por el patrón. Sumando la contribución al INFONAVIT que asciende a 5% del salario cotizable, las contribuciones a la seguridad social alcanzan en promedio el 31.5% del sueldo sobre nómina.<sup>19</sup>

El diagnóstico del director general sostenía que no era recomendable incrementar las contribuciones a la seguridad social de empleados y patrones, por considerar que no

---

<sup>19</sup> Borrego, 1995, p. 5.

era recomendable aumentar la carga sobre el trabajo dadas las condiciones de rezago de los salarios imperantes y sobre todo, consideraba que no se debía incrementar la contribución patronal en momentos en los que la industria nacional se enfrenta a una competencia inédita frente al exterior. El diagnóstico considera que se ha llegado a un tope en el porcentaje de contribuciones patronales a la seguridad social, más allá del cual se estaría en condiciones desventajosas para competir con las empresas del exterior, de la misma manera que concluye que una reducción en el porcentaje de las cuotas que pagan los empresarios se reflejaría directamente en mayor competitividad de sus empresas.<sup>29</sup> El entorno internacional impone restricciones a la ampliación del financiamiento proveniente de los empresarios, mientras que las transiciones demográfica y epidemiológica por las que atraviesa el país se reflejan en la demanda de servicios y el financiamiento del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La transición epidemiológica consiste en una reducción de las enfermedades infecciosas y un aumento en las enfermedades crónico-degenerativas, lo que ocasiona cambios importantes en el perfil de la demanda de servicios que a su vez se reflejan en un aumento de los costos del seguro de enfermedad y maternidad. La transición demográfica por su parte, va en la dirección que ya hemos señalado, menor natalidad, mayor esperanza de vida y por consiguiente, incrementos en el período de retiro y también en la proporción entre jubilados y trabajadores cotizantes, lo cual es importante si recordamos que en el sistema de reparto, las pensiones actuales se están pagando con las contribuciones de quienes están cotizando en el presente y que esperan que las generaciones venideras harán lo propio con ellos.

La convocatoria abierta para participar en el proceso de consulta sobre las alternativas de reforma a la seguridad social hacía explícito que criterio de que ésta no podría realizarse con cargo a mayores contribuciones de empleados y empleadores. El Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) protestó ante lo que consideraba un intento por privatizar la seguridad social mexicana. La discusión se polarizó rápidamente, al mismo tiempo que se señalaba el ejemplo de la experiencia chilena y se llamaba la atención sobre la posibilidad de que una reforma de la seguridad social hacia un

---

<sup>29</sup> Borrego, 1995, p. 5.

sistema de capitalización individual podía tener efectos positivos en la generación de ahorro interno y reducir la dependencia de la economía del ahorro externo.

En octubre de 1995 el Consejo Coordinador Empresarial y el Congreso del Trabajo presentaron una propuesta conjunta (que al parecer, había sido consensada desde el gobierno) para reformar la Ley del Seguro Social. El 9 de noviembre de 1995 el presidente Ernesto Zedillo envió al Congreso de la Unión el proyecto de la nueva Ley del Seguro Social, que contemplaba tanto la propuesta conjunta mencionada como una nueva organización del Instituto Mexicano del Seguro Social que favoreciera su desconcentración operativa. La nueva Ley fue aprobada en diciembre de 1996 y entrará en vigor el 1° de enero de 1997.

La nueva Ley pretende establecer bases firmes que permitan el crecimiento y desarrollo de la seguridad social, reestructurando los servicios que actualmente la integran y recuperando la viabilidad financiera del IMSS.<sup>21</sup> La nueva Ley del Seguro Social representa el abandono del sistema de pensiones de reparto, a favor de un sistema de capitalización individual, así como una completa reestructuración del IMSS y de sus funciones. El seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (IVCM) se divide en dos nuevos seguros: el seguro de Invalidez y Vida y el seguro de Retiro, Cesantía en edad avanzada y Vejez.

El seguro de Invalidez y Vida se financiará con una aportación tripartita equivalente al 2.5% del salario base de cotización. Si el trabajador muere o queda incapacitado de por vida, el instituto se obliga a entregar a la compañía de seguros que elija el asegurado o a sus beneficiarios, una suma asegurada para adquirir una renta vitalicia o un seguro de sobrevivencia con beneficios definidos de acuerdo con la nueva Ley del Seguro Social.<sup>22</sup>

El seguro de Retiro, Cesantía en edad avanzada y Vejez se integrará junto con las aportaciones patronales al SAR a cuentas de capitalización individual, administradas por empresas de giro exclusivo denominadas Administradoras de Fondos para el Retiro

---

<sup>21</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social, 1996, p. 14.

<sup>22</sup> Solís Soberón, 1996, p. 18.

(Afores). Los trabajadores elegirán la Afore que administrará sus fondos y podrán cambiar de administradora cada año si así lo desean. Cada cuenta individual se subdividirá a su vez en tres subcuentas: la de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez; la de vivienda y la de aportaciones voluntarias. La subcuenta de retiro se constituirá con con la aportación tripartita de 4.5% que corresponde al seguro de Vejez y Cesantía, el 2% de contribución patronal al SAR y una cuota social que aportará el gobierno federal, que inicialmente será del 5.5% del salario mínimo general vigente en el D. F. y será revisada trimestralmente. La cuenta de vivienda permanece sin cambios y recibirá el 5% del salario base de cotización que se canalizará al INFONAVIT, mientras que la cuenta de aportaciones voluntarias se constituye con el ahorro adicional que quiera realizar el trabajador, para lo cual se prevee un régimen fiscal favorable que aún no ha sido definido, pero que por el momento no contempla la exención de impuestos y la garantía de inembargabilidad de la que gozan las contribuciones obligatorias.<sup>21</sup>

El gobierno federal participará en la regulación y supervisión del nuevo sistema de pensiones a través de la CONSAR (Comisión del Sistema de Ahorro para el Retiro), que amplía sus funciones significativamente. En realidad la institución que regulará el nuevo sistema ya no es la Ley del Seguro Social, que sólo enuncia sus características generales, sino la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, con lo cual el nuevo sistema de pensiones pasa a ser de la competencia de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público más que del IMSS o de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Esta es una característica relevante que no encontramos en el caso chileno, donde el Ministerio de Hacienda y el Banco Central si intervienen en la regulación de las actividades financieras de las AFPs, pero la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones depende directamente del Ministerio de Seguridad Social, principalmente como reconocimiento de que en la administración de un sistema de pensiones, aunque sea de capitalización individual, intervienen más variables que las estrictamente financieras. En el nuevo sistema, el IMSS se encargará de la afiliación al nuevo sistema, de la cobranza y de fiscalizar el cumplimiento patronal, pero no participará en la regulación y supervisión de las Afores, entre otras cosas porque debido a un cambio introducido al proyecto original, el IMSS contará con su propia Afore.

---

<sup>21</sup> Solís Soberón, 1996, pp. 18-19.

Para el buen funcionamiento del nuevo sistema es necesario garantizar que la CONSAR podrá supervisar y regular adecuadamente a la Afores, pues resulta importante que el marco regulatorio sea eficaz al minimizar el riesgo asociado a la administración de los fondos de pensiones. Esta no es una tarea fácil, como lo demuestran los problemas de regulación a que ya se enfrenta el sistema financiero mexicano existente, pero requerirá de esfuerzos adicionales pues se trata de regular a entidades financieras especializadas que aún no existen, por lo que la única experiencia disponible es la de otros países, que cuentan con instituciones y organismos diferentes a los nuestros.

Las Afores individualizarán los recursos de las tres subcuentas e invertirán los fondos correspondientes a la de retiro y a la de aportaciones voluntarias en sociedades de inversión especializadas (SIEFORES) e informarán periódicamente a los trabajadores del Estado que guardan sus cuentas. Las SIEFORES invertirán estos recursos de acuerdo con el régimen de inversión que asegure el mayor rendimiento posible para el trabajador y reduzca el riesgo de su cartera de inversiones. Para esto deberá limitarse el tipo de instrumentos permitidos para este tipo de inversiones, así como establecer criterios para la diversificación de riesgos por instrumento, por emisor y por sector económico.<sup>24</sup>

El resto de los seguros (el de Enfermedad y Maternidad y el de Guardería y Prestaciones Sociales principalmente) permanecerán en el IMSS, lo cual plantea a su vez otro tipo de problemas, sobre todo si consideramos que el seguro de enfermedad y maternidad contuvo su déficit a costa de abatir el crecimiento de la infraestructura hospitalaria y la calidad de los servicios. Los aumentos en las contribuciones al seguro de Enfermedad y Maternidad acordados en 1985 y 1992, fueron insuficientes para garantizar su autosuficiencia, lo cual obligó a que en los hechos se siguiera recurriendo al superávit del IVCM y del seguro de Guardería y Prestaciones Sociales.<sup>25</sup> El escenario se complicó ante la dificultad, creciente a partir de 1990, para seguir afiliando a nuevos trabajadores y por el incremento en los costos del servicio, al mismo tiempo que se ampliaba la cobertura del servicio médico a los estudiantes de educación media superior y superior que no

---

<sup>24</sup> Solís Soberón, 1996, p. 21

<sup>25</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social, 1996, p. 35

estaban asegurados por sus familias en el IMSS o en el ISSSTE y la incorporación de otros grupos sociales no asalariados, que ha contribuido a incrementar los costos de los servicios médicos, al mismo tiempo que el Instituto ha tenido que frenar su expansión en el ámbito de la salud.

La reforma del IMSS establece como estrategias principales para asegurar el financiamiento de los seguros de Enfermedad y Maternidad y de los servicios de salud asociados a los seguros de Riesgos de Trabajo, de Invalidez y Vida y de Retiro, Cesantía en edad avanzada y Vejez, un aumento del financiamiento del Estado a través de fondos fiscales generales y una reducción del impuesto sobre la nómina.<sup>26</sup> Los sucesivos incrementos al impuesto sobre la nómina fueron insuficientes para resolver los problemas de financiamiento del Seguro de Enfermedad y Maternidad, entre otras razones porque la afiliación de asegurados permanente sufrió una drástica reducción: de diciembre de 1990 a diciembre de 1994 los asegurados permanentes se incrementaron en apenas 3%, mientras que en la década anterior, a pesar de las dificultades económicas del país, habían crecido a una tasa del 5% anual.<sup>27</sup> Un elemento importante de esta tendencia fue que amplió el incentivo a la evasión del impuesto, sobre todo para los patrones, reduciéndose significativamente la proporción de nuevos trabajadores que fueron afiliados al IMSS.

La reforma al sistema de financiamiento del seguro de enfermedad y Maternidad contempla incrementar la parte fija de la aportación patronal de 13.9 a 20.4% y reducir para compensar este incremento la tasa sobre ingresos marginales de 8 a 1.5%. La reforma incluye un rediseño del sistema de afiliación voluntaria, para hacer más atractiva la afiliación de nuevos sectores de trabajadores. El Estado aportará la misma cuota per cápita a los regímenes obligatorio y voluntario, con lo cual se fortalecerán las finanzas del Instituto.

La reforma también implicó adecuar el Reglamento de Organización Interna del IMSS, el cual contempla la creación de una estructura regional integrada por direcciones

---

<sup>26</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social, 1996, p. 36.

<sup>27</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social, 1996, pp. 37-39.

regionales con sus respectivos Consejos Consultivos Regionales, con el objeto de fortalecer la capacidad de decisión del nivel operativo del IMSS.

### **5.3 La reforma del Sistema de Salud Pública.**

La reforma del sistema de salud ha seguido un proceso más lento que el de la seguridad social. Ciertamente, también se inicia con las reformas al IMSS en la medida en la que, como el organismo con mayor capacidad de atención en el sector, los cambios en el financiamiento y en los programas de afiliación para trabajadores no asalariados y población abierta tendrán un efecto muy importante en el conjunto del sistema. Sin embargo, está abierta la posibilidad de crear un Sistema Nacional de Salud de cobertura universal, para lo cual tendría que incrementarse el nivel de coordinación existente entre las distintas dependencias que actualmente lo integran.

La reforma del sistema de salud debe partir del reconocimiento de que existen numerosas carencias en esta materia, que sólo podrán ser enfrentadas con mayores recursos y mejor asignación de los mismos, lo cual involucra a su vez la revisión del marco institucional y la estructura organizacional encargada de su aplicación, con el objeto de eliminar problemas de coordinación y de concentración de recursos y funciones.

El proyecto Economía y Salud de la Fundación Mexicana para la Salud, propone en su informe final un Pacto Social por la Salud, en el que converjan los protagonistas del sistema de salud: prestadores de servicios, universidades y centros de investigación especializada, las empresas, el gobierno en sus distintos niveles y la población en su conjunto. Para instrumentar este Pacto, Funsalud propone la creación de un mecanismo que facilite la convergencia de todos los grupos y sectores de la sociedad involucrados, con el objeto de diseñar, en un plazo pre-establecido, una reforma integral del sistema de salud y un proceso de transición con etapas claramente definidas.<sup>21</sup> Para alcanzar este objetivo, el informe identifica las líneas estratégicas a partir de las cuales, debería realizarse el

---

<sup>21</sup> Frenk, Lozano, Gómez Block et al., 1994, p.47.

calendario de la reforma, identificando las distintas fases y las tareas a realizar en cada una de ellas.

Las líneas estratégicas que propone el informe son ocho:

1. Vincular estrechamente a la salud con el desarrollo económico y social, para lo cual se recomienda promover la adopción de estilos saludables de desarrollo y alentar una mayor inversión en salud.
2. Consolidar un Sistema Universal de Salud, que asegure el acceso de toda la población a los servicios esenciales de salud, para lo cual se propone el establecimiento de un Seguro de Salud Nacional.
3. Organizar el sistema de salud de acuerdo a funciones y no a grupos sociales. Esto supondría hacer de la modulación la misión central de la Secretaría de Salud; hacer del financiamiento la misión central de la seguridad social; fortalecer el pluralismo en la prestación de los servicios; garantizar la libre elección del prestador primario por parte de la población y diseñar un esquema distinto de organización de los servicios de salud para las zonas urbanas y las zonas rurales.
4. Aplicar la reforma del Estado y del gobierno al ámbito de la salud, para lo cual se recomienda descentralizar los servicios de salud, reorientar las asignaciones de presupuesto para responder a la demanda de servicios más que a la oferta de recursos; otorgar incentivos para la participación privada en el financiamiento y la prestación de los servicios, así como en la procuración de insumos necesarios para el cuidado y preservación de la salud.
5. Definir explícitamente prioridades para elevar el rendimiento del esfuerzo social en materia de salud. En esta línea estratégica se propone: definir un paquete universal de servicios de salud, basado en el peso de la enfermedad junto con el costo y la efectividad de las intervenciones, fortalecer los servicios de medicina preventiva, crear incentivos para limitar el despilfarro innecesario y establecer un mecanismo que fomente la participación plural en las tareas de evaluación de los resultados y en la redefinición de prioridades.
6. Mejorar el desempeño y la calidad de los servicios, estableciendo incentivos adecuados, diversificando los sitios de atención, fortaleciendo la capacidad de decisión en las

instancias de primer nivel y estableciendo incentivos para que la remuneración sea proporcional al desempeño.

7. **Fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de salud**, para lo cual se considera necesario racionalizar el aprovechamiento y la ampliación de la infraestructura física; **promover y desarrollar sistemas de información que apoyen la toma de decisiones; promover la investigación esencial en salud, la innovación tecnológica y la evaluación de la tecnología en salud; apoyar la formación de recursos humanos y fortalecer la capacidad gerencial en las organizaciones de atención a la salud.**
8. **Establecer un Pacto Social por la Salud**, para lo cual se propone instituir un mecanismo de convergencia de sectores y grupos para la conducción de la reforma.<sup>29</sup>

Las fases que se proponen para la reforma son:

**Fase I: Fortalecimiento interno y federalización de las instituciones públicas.**

**Fase II: Apertura inicial de las instituciones públicas y preparación de las organizaciones privadas**

**Fase III: Ampliación del pluralismo y la libertad de elección.**

La reforma consistiría en el fortalecimiento de la capacidad rectora de la Secretaría de Salud y la creación del Seguro de Salud Nacional, que originalmente podría ser administrado por la propia Secretaría pero que en la segunda fase se recomienda transferir al IMSS. Se espera que con reformas que permitan integrar un marco regulatorio y una estructura de incentivos como la mencionada en las líneas estratégicas, se podrá arribar a una tercera fase en la cual las organizaciones privadas diversifiquen la oferta de servicios, promuevan mediante la competencia la eficiencia del sistema y se consoliden los organismos públicos de salud. El IMSS y el ISSSTE seguirían administrando sus programas de salud; el IMSS administraría además el Sistema de Salud Nacional y la Secretaría de Salud concentraría su acción en la regulación de los mercados de seguros y de servicios médicos.<sup>30</sup>

<sup>29</sup> Frenk, Lozano, Gómez Block et al., 1994, p.210-211.

<sup>30</sup> Frenk, Lozano, Gómez Block et al., 1994, p.316.

Aunque puede haber muchas variantes en la estrategia que finalmente se decida adoptar por parte del gobierno federal, es un hecho que después de haber realizado la reforma de la seguridad social la reforma del sistema de salud es impostergable y que si se quiere eliminar el rezago en la cobertura y en la calidad de los servicios, esto tendrá que realizarse con mayores recursos provenientes del presupuesto general y con una reorganización del sistema de salud y de los organismos que lo integran.

El primer paso hacia la reforma ha sido por el momento la descentralización de los servicios de salud dependientes de la Secretaría de Salud. La descentralización fue acordada en agosto de 1996 y contempla la suscripción de convenios entre la Secretaría de Salud y los gobiernos de los Estados, con el fin de acordar la transferencia a los sistemas de salud estatales de las unidades médicas y administrativas que bajo el esquema de los Servicios Coordinados de Salud en los Estados se encuentran adscritos a la SSA.

El proyecto de descentralización contempla que en todos los estados sean creados organismos públicos descentralizados para recibir los servicios e infraestructura que serán transferidos por la Secretaría de Salud. Los convenios que se suscribirán entre cada estado y la Federación establecerán que la Secretaría de Salud brindará asesoría jurídica a los primeros para las reformas jurídicas locales que sea preciso realizar con el objeto de crear estos organismos.<sup>11</sup> Además, se firmarán convenios entre los gobiernos estatales y el ISSSTE para que los trabajadores que cambiarán de adscripción (de la Secretaría de Salud pasarán a los organismos públicos descentralizados de los gobiernos de los estados) se mantengan dentro del régimen del ISSSTE.

Esta pendiente la definición de los nuevos mecanismos de coordinación del sistema nacional de salud, así como de la ampliación de las facultades coordinadoras y reguladoras de la Secretaría de Salud. Además, es previsible que la reforma deberá incluir nuevos mecanismos de asignación de recursos no solo entre los organismos que integran el sistema de salud, sino al interior de los mismos, para reducir las grandes diferencias que en materia de productividad, costos unitarios y eficiencia existen entre servicios similares impartidos en organismos distintos o bien entre unidades distintas que pertenecen a un

---

<sup>11</sup> Secretaría de Salud, 1996., pp. 2 a 3.

mismo organismo. Las tareas de definición de prioridades, planeación, supervisión, control y planeación, aunque coordinadas por la Secretaría de Salud, requerirán a su vez de mecanismos que involucren al resto de los organismos en los procesos decisionales y que aseguren el cumplimiento de las metas del sistema en su conjunto.

#### **5.4 Perspectivas de la reforma.**

Resulta sorprendente que una reforma de la trascendencia de la que se llevó a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social, se haya dada con tanta rapidez y sin haber suscitado un profundo debate. Ciertamente, generó muchas opiniones a favor y en contra del cambio hacia el sistema de capitalización, pero estas generalmente estuvieron polarizadas desde un principio y en más de una ocasión dejaron de lado elementos que en otras latitudes y en circunstancias semejantes han sido objeto de intensos debates. Porque finalmente, y como lo demuestran la experiencia chilena y muchas otras, la cuestión no se agota en la reforma del instituto gestor central sino por el contrario, cuando esta se produce generalmente marca el inicio de una reforma más profunda y extensa que termina involucrando a todo el sistema de seguridad social, entendido como los seguros sociales para los asalariados, los organismos de salud pública y los programas de asignaciones y asistencia social.

Hasta ahora gran parte de la discusión se ha centrado en las implicaciones que para el ahorro agregado de la economía y el funcionamiento de los mercados de trabajo y financieros tendrá la reforma a la Ley del Seguro Social y la expedición de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro. Sin negar la importancia de estas cuestiones, tendrá que definirse también como se reorganizará el conjunto de los organismos públicos especializados en las distintas vertientes de la política social del Estado, una vez que ha comenzado a reformarse la parte más fuerte y consolidada de ese sector, a la luz de sus problemas y rezagos.

Quedan por definirse cuestiones fundamentales para la política social y en general, para el bienestar de los mexicanos, como es el caso de la reforma del sistema de salud, sobre todo si tenemos en cuenta que la reforma a la seguridad social trastorna las

relaciones que el anterior sistema, con sus limitaciones auestas, había establecido. Esta disponible para la discusión la propuesta de la Fundación Mexicana para la Salud y pueden añadirse otras, pero lo que resulta difícil es encontrar un esquema en el cual el Estado pueda desprenderse no sólo del compromiso de seguir administrando un sistema de salud público, sino de incrementar los recursos destinados a este rubro. Por nuestras características demográficas, las disparidades regionales y la historia de nuestro desarrollo, hay amplios sectores que no podrán ser incorporados a los servicios básicos de salud con una estrategia basada en el mercado, lo cual no excluye la participación privada en un sistema nacional de salud más abierto e integrados de esfuerzos, pero si establece claramente una de las áreas prioritarias hacia las cuales el Estado podrá dirigir los recursos que libera a medida que redefine sus áreas de participación directa.

La reforma del sistema de salud no sólo implicará mayores recursos, sino un diseño institucional más acorde con las necesidades sociales y con la eficiencia operativa del sistema de salud. La reforma del sistema de salud requerirá simultáneamente de mayor capacidad institucional para coordinar las líneas estratégicas del sistema, establecer prioridades y evaluar su desempeño, y de una mayor descentralización de las decisiones hacia el nivel operativo. Ciertamente es algo mucho más fácil de enunciar que de conseguir en la práctica, pero la Secretaría de Salud ya ha comenzado a caminar en la dirección de descentralizar los Servicios Coordinados de Salud en los Estado a favor de los gobiernos estatales. Por otro lado, es difícil imaginar una asignación más eficiente de recursos sin una reforma institucional que considere los actuales problemas de coordinación, la disparidad en la dotación de recursos humanos e infraestructura entre organismos y entre regiones y las nuevas áreas en las que tendrá que intervenir el Estado, a través de la Secretaría de Salud, para regular los servicios relacionados con la salud. En lo que atañe a nuestra profesión, es previsible que la economía de la salud se convierta en una de las ramas que más demanden especialistas en el futuro, pero también es un área fructífera para el trabajo interdisciplinario, sin el cual quedarían fuera de los planes y las decisiones aspectos muy importantes que pueden escapar a un enfoque exclusivamente económico de la cuestión.

La reforma de la seguridad social tendrá efectos muy importantes en los mercados laborales, financieros y de seguros y en la estabilidad macroeconómica del país. Aunque está a discusión la capacidad del nuevo sistema para elevar significativamente la tasa de ahorro interno de la economía, es previsible que producirá un cambio importante en la composición del ahorro que podría favorecer a las inversiones de mediano y largo plazo, con lo cual podría reducirse la marcada dependencia de nuestra economía de los capitales de corto plazo. Sin embargo, para que el nuevo sistema funcione adecuadamente es necesario un marco institucional adecuado y una estructura organizacional que permita la constante supervisión del sistema.

Los efectos positivos que se esperan de este nuevo esquema son, por un lado, contar con un sistema de pensiones autofinanciable, con mayores contribuciones del Estado pero claramente definidas, de tal forma que se elimine el riesgo de que en el futuro los desequilibrios actuariales y financieros del sistema de reparto presionen hacia unas finanzas públicas deficitarias. Pero al parecer la principal causa de la rapidez con la que se llevo a cabo la reforma son los efectos esperados en el ahorro interno y a través del mismo, en la acumulación de capital. En ese sentido es preciso recordar que no existe ninguna evidencia concluyente que permita afirmar que esta relación es lineal: un sistema de capitalización puede generar mayor ahorro interno, o bien desplazar el ya existente. Lo que si ocurrirá a consecuencia del carácter de las cuentas es que mediante una adecuada intermediación financiera, aumentará la disponibilidad de recursos para créditos de mediano y largo plazo, del tipo que requiere precisamente la inversión productiva. Por eso resulta importante la selección que haga la CONSAR del tipo de instrumentos en los cuales estará permitido que las SIEFORES inviertan los recursos que le serán canalizados por las Afores y que, en principio, deberán garantizar un adecuado balance entre rentabilidad, seguridad y liquidez, para minimizar el riesgo asociado a las cuentas del ahorro para el retiro.

Una cuestión importante en el corto plazo para el funcionamiento de la economía y que es consecuencia directa de la reforma de la seguridad social, será la forma en la que el Estado liquidará la deuda de la seguridad social que contraerá a partir del 1° de enero de 1997 con los trabajadores que cotizan en el sistema de retiro aún vigente y que deberán trasladarse al sistema de capitalización individual. Un ejercicio de la mayor relevancia será

calcular el monto aproximado de los desembolsos que el Estado mexicano deberá hacer para ir pagando esta deuda de la seguridad social y que en caso de Chile, fueron del del orden del 1 y hasta el 5% del PIB en distintos años. Este pago de la deuda de la seguridad social obligará al gobierno a tener superávit primario en varios años, a incurrir en déficit moderados o bien a diseñar instrumentos de largo plazo para colocar en los mercados esta deuda con los trabajadores.

Como puede verse, la reforma de la seguridad social es un tema que, lejos de estar concluido, dará para muchos estudios, mucho más profundos y mejor informados que éste, en los próximos años. La abundante bibliografía disponible es sólo una muestra de lo promisorio que es este campo para el análisis económico, siempre y cuando los economistas no olvidemos que se trata de un tema demasiado complejo para restringirnos a una visión estrictamente economicista. La intención de este trabajo ha sido mostrar la complejidad del tema, destacar sus relaciones principales, ofrecer una perspectiva histórica de su evolución y, sobre todo, destacar la importancia de las instituciones en el desempeño de la economía y en particular, de los mercados relacionados con la seguridad social.

#### **Bibliografía del capítulo 5.**

Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial)

1994 *Envejecimiento sin crisis: políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento. Informe de Banco Mundial sobre investigaciones relativas a políticas de desarrollo.* Washington, Publicaciones del Banco Mundial.

Bobadilla, José Luis *et. al.*

1994 *El paquete universal de servicios esenciales de salud.* México: Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 11.

Borrego Estrada, Genaro

1995 Diagnóstico del Instituto Mexicano del Seguro Social presentado por el C. Director General al H. Consejo Técnico, México: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Cabrera Acevedo, Gustavo y Alejandro Hazas

1992 "La seguridad social y el cambio demográfico", en Moctezuma Barragán, Javier y José Narro Robles (compiladores), 1992, pp. 136-175.

calcular el monto aproximado de los desembolsos que el Estado mexicano deberá hacer para ir pagando esta deuda de la seguridad social y que en caso de Chile, fueron del orden del 1 y hasta el 5% del PIB en distintos años. Este pago de la deuda de la seguridad social obligará al gobierno a tener superávit primario en varios años, a incurrir en déficit moderados o bien a diseñar instrumentos de largo plazo para colocar en los mercados esta deuda con los trabajadores.

Como puede verse, la reforma de la seguridad social es un tema que, lejos de estar concluido, dará para muchos estudios, mucho más profundos y mejor informados que éste, en los próximos años. La abundante bibliografía disponible es sólo una muestra de lo promisorio que es este campo para el análisis económico, siempre y cuando los economistas no olvidemos que se trata de un tema demasiado complejo para restringirnos a una visión estrictamente economicista. La intención de este trabajo ha sido mostrar la complejidad del tema, destacar sus relaciones principales, ofrecer una perspectiva histórica de su evolución y, sobre todo, destacar la importancia de las instituciones en el desempeño de la economía y en particular, de los mercados relacionados con la seguridad social.

#### **Bibliografía del capítulo 5.**

Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial)

1994 *Envejecimiento sin crisis: políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento. Informe de Banco Mundial sobre investigaciones relativas a políticas de desarrollo.* Washington, Publicaciones del Banco Mundial.

Bobadilla, José Luis et. al.

1994 *El paquete universal de servicios esenciales de salud.* México: Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 11.

Borrego Estrada, Genaro

1995 Diagnóstico del Instituto Mexicano del Seguro Social presentado por el C. Director General al H. Consejo Técnico, México: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Cabrera Acevedo, Gustavo y Alejandro Hazas

1992 "La seguridad social y el cambio demográfico", en Moctezuma Barragán, Javier y José Narro Robles (compiladores), 1992, pp. 136-175.

- Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro  
 1996a Le y de los Sistemas de Ahorro para el Retiro. México: Comisión Nacional del SAR.
- 1996b Síntesis del proyecto de reglamento y de circulares. México: Comisión Nacional del SAR.
- Cordera Campos, Rolando y Enrique González Tiburcio  
 1992 "Economía política y seguridad social en México: una aproximación" en en Moctezuma Barragán, Javier y José Narro Robles (compiladores), 1992, pp. 203-220.
- Cruz, Carlos, et. al.  
 1994 Las cuentas nacionales de salud y el financiamiento de los servicios. México: Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 7.
- Davis, Philip E.  
 1995 Pension Funds, Retirement-income security and capital markets: an international perspective. Oxford, Clarendon Press.
- Faba, Gladys  
 1994 Los instrumentos de la reforma: la inteligencia institucional. México: Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 10.
- Frenk, Julio et. al.  
 1993 Desigualdad, Pobreza y Salud en México. México, Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad-El Nacional.
- 1994a Bases doctrinarias de la reforma en salud. México, Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 2
- 1994b Hacia la reforma del sistema de salud: una propuesta estratégica. México: Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 12.
- Frenk, Julio, Rafael Lozano, Miguel Angel González Block et. al.  
 1994 Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final. México: Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud.
- Gómez Dantés, Octavio y Patricia Zorrilla

Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro

1996a Le y de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, México: Comisión Nacional del SAR

1996b Síntesis del proyecto de reglamento y de circulares, México: Comisión Nacional del SAR.

Cordera Campos, Rolando y Enrique González Tiburcio

1992 "Economía política y seguridad social en México: una aproximación" en en Moctezuma Barragán, Javier y José Narro Robles (compiladores), 1992, pp. 203-220.

Cruz, Carlos, et. al.

1994 Las cuentas nacionales de salud y el financiamiento de los servicios, México: Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 7.

Davis, Philip E.

1995 Pension Funds, Retirement-income security and capital markets: an international perspective, Oxford, Clarendon Press.

Faba, Gladys

1994 Los instrumentos de la reforma: la inteligencia institucional, México: Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 10.

Frenk, Julio et. al.

1993 Desigualdad, Pobreza y Salud en México, México, Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad-El Nacional.

1994a Bases doctrinarias de la reforma en salud, México, Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 2

1994b Hacia la reforma del sistema de salud: una propuesta estratégica, México: Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 12.

Frenk, Julio, Rafael Lozano, Miguel Angel González Block et. al.

1994 Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final, México: Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud.

Gómez Dantés, Octavio y Patricia Zorrilla

1994 La protección del consumidor en el campo de la salud. México, Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No 4

Gómez Dantés, Octavio, Carlos Cruz y Gustavo Nigenda

1994 La regulación participativa de la atención a la salud. México: Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No 9.

González Block, Miguel A. et al.

1994 Demanda y oferta de servicios. obstáculos a la mejoría del sistema de salud en México. México, Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 6

Instituto Mexicano del Seguro Social

1995 La nueva era del Instituto Mexicano del Seguro Social. México. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, Coordinación de Prestaciones Sociales.

1996 Aportaciones al debate: la seguridad social ante el futuro. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación General de Comunicación Social.

López García, Miguel Ángel

1987 La economía del sistema de pensiones de la seguridad social. Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

Lozano, Rafael et al.

1994 El peso de la enfermedad en México: un doble reto. México, Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 3

Medina Medina, Javier

1992 Privatization of Social Security in Mexico (From Pay-As-You-Go to Capitalization), London, MSc. in Economics tesis, Queen Mary and Westfield College, University of London.

Mesa Lago, Carmelo

1986 La crisis de la seguridad social y la atención a la salud: experiencias y lecciones latinoamericanas. México: Fondo de Cultura Económica. (Lecturas de El Trimestre Económico Núm. 58).

1989 Financiamiento de la atención a la salud en América Latina y el Caribe con focalización en el Seguro Social. Washington, Instituto de Desarrollo Económico del Banco Mundial, Documento de la Serie de Estudios de Seminarios del IDE Número 42.

- 1991 *Social Security and Prospects for Equity in Latin America*, Washington. The World Bank, World Bank Discussion Papers Number 140.
- 1992 "El financiamiento de la seguridad social en los países latinoamericanos", en Moctezuma Barragán, Javier y José Narro Robles (Compiladores), 1992, pp. 221-248.
- Moctezuma Barragán, Javier y José Narro Robles (Compiladores)
- 1992 *La seguridad Social y el Estado Moderno*, México, Fondo de Cultura Económica. Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.
- Narro Robles José
- 1994 *La seguridad social Mexicana en los Albores del Siglo XXI*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Nigenda, Gustavo
- 1994 *Los recursos humanos para la salud: en busca del equilibrio*, México, Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 5
- North, Douglass C.
- 1993 *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*, traducción de Agustín Bárcena, México, Fondo de Cultura Económica.
- Offe, Claus
- 1991 *Contradicciones en el Estado del Bienestar*, México, Alianza Editorial-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Organización Internacional del Trabajo
- 1993 *El seguro social y la protección social*. Memoria del Director General, Ginebra, Suiza, Organización Internacional del Trabajo.
- Rejda, George E.
- 1991 *Social Insurance and Economic Security*. 4th Edition, Eglewood Cliffs. New Jersey, Prentice Hall.
- Roth, Gabriel
- 1987 *The private provision of public services in Developing Countries*, Washington, Oxford University Press-World Bank Economic Development Institute
- Ruelas, Enrique y Julio Querol
- 1994 *Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud*, México: Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 8.

Ruiz Durán, Clemente

1996 Hacia una reforma de la seguridad social con visión ciudadana. México. Seminario Internacional Seguridad Social en el Siglo XXI. Facultad de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México, Cátedra Extraordinaria Jesús Silva Herzog.

Solís Soberón, Fernando

1996 El Sistema de Ahorro para el Retiro y la reforma a la Ley del Seguro Social, México: Seminario Internacional Seguridad Social en el Siglo XXI, Facultad de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México, Cátedra Extraordinaria Jesús Silva Herzog.

Solís Soberón, Fernando y Alejandro Villagómez

1995. Domestic savings in Mexico and pension system reform. Londres: Conference on Mexico, Institute of Latin American Studies at the University of London, November 30-December 1.

Williamson, John B. y Fred C. Pampel

1993 Old-Age Security in Comparative Perspective. Nex York, Oxford University Press.

Wise, David A.

1985 Pensions, Labor and Individual Choice. Chicago, The Chicago University Press, National Bureau of Economic Research Project Report

#### **Leyes y reglamentos.**

"Decreto por el que se establece a favor de los trabajadores al servicio de la Administración Pública Federal que estén sujetos al régimen obligatorio de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, un Sistema de Ahorro para el Retiro", Diario Oficial de la Federación, 26 de octubre de 1992.

"Ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro", Diario Oficial de la Federación, 23 de julio de 1994.

"Ley del Seguro Social", Diario Oficial de la Federación, 21 de diciembre de 1995.

"Ley General de Salud", Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984.

"Reglas generales sobre el Sistema de Ahorro para el Retiro", Diario Oficial de la Federación, 28 de febrero de 1994.

## **SUMARIO GENERAL**

El estudio de la seguridad social es mucho más complejo de lo que pudieran sugerir estas páginas, que sólo pretenden ser una introducción a la riqueza de temas relevantes para la economía que nos ofrece esta área de investigación. La reforma de la seguridad social es uno de los temas más relevantes de la reforma del Estado moderno, no sólo por su importancia política, económica y social, sino por el significado que tiene en la redefinición de los compromisos, las responsabilidades y las limitaciones estatales. Por otro lado, se trata de un tema que a pesar de su importancia es poco conocido en nuestro medio, a tal grado que ni siquiera con la reciente reforma a la Ley del Seguro Social ha recibido atención suficiente por parte de los académicos, de los medios de comunicación y del público en general. No es aventurado afirmar que dentro de las reformas que forman parte del cambio estructural propuesto para la economía mexicana, es una de las de mayor trascendencia y más largo aliento.

La seguridad social tiene una dimensión económica difícil de abarcar por su complejidad e importancia para las sociedades modernas. Como vimos en el capítulo 1, existen aspectos microeconómicos, macroeconómicos e institucionales de la seguridad social que afectan a la economía en su conjunto y tienen efectos importantes en el desenvolvimiento de mercados clave, como son el mercado financiero, el laboral y los mercados relacionados con los servicios de salud. Pero además, históricamente el tipo de régimen de la seguridad social ha sido insistentemente asociado a la polémica sobre los determinantes de la inversión y en particular, con la generación de ahorro interno y su efecto sobre la tasa de acumulación. Hasta ahora se trata de una discusión no resuelta, que sigue provocando numerosas reacciones entre los economistas que se han ocupado de los posibles efectos positivos del cambio de un sistema de reparto por uno de capitalización individual. Tal vez la lección principal sea que no se puede ser concluyente al respecto, sin tomar en cuenta una serie de factores institucionales que pueden permitir, acelerar o inhibir el comportamiento del ahorro agregado de la economía, según sea el caso y las circunstancias concretas en las que se lleve a cabo la reforma.

La mayor parte de los problemas que enfrentan los sistemas de capitalización individual tienen que ver con la incertidumbre, el riesgo implícito en los instrumentos financieros en los que se pueden invertir los fondos y sobre todo, con la capacidad estatal para regular y supervisar el sistema evitando en lo posible inhibir las ganancias potenciales. La administración de este tipo de sistemas, lejos de significar el retiro del Estado de los mercados de pensiones, requiere de una cuidadosa y especializada regulación, por lo que es de la mayor relevancia para la eficiencia del sistema la elaboración de sus leyes y reglamentos y el diseño de los organismos encargados de su ejecución y observancia. Es por estos motivos por lo que temas como la estructura de gobernación de los organismos, la especificación de requisitos y obligaciones que reducen los problemas de información asimétrica y los estudios comparativos de la estructura y eficiencia de la seguridad social en distintos países, deben ser tomados en cuenta al momento de analizar las alternativas de reforma de los sistemas de pensiones. Otro tanto ocurre con los sistemas de salud pública, aunque en este caso habría que añadir a la lista de temas relevantes los problemas de coordinación entre los organismos encargados de la protección de la salud.

La experiencia internacional muestra como la transición demográfica es un factor que ha obligado a muchos países a revisar la viabilidad de sus sistemas de reparto. Ha sido precisamente el sistema de reparto el que mayores críticas ha recibido, por basarse en tendencias demográficas difíciles de mantener en el largo plazo (crecimiento sostenido de los trabajadores que cotizan para el sistema y baja proporción entre pensionados y cotizantes). En los hechos los sistemas de seguridad social, al basar su financiamiento en el empleo formal, han sido afectados por la tendencia cada vez más generalizada del empleo formal a crecer cada vez más lentamente. Paralelamente el período de retiro promedio se ha incrementado y la relación entre pensionados y trabajadores en activo se ha crecido constantemente. La población mayor de 60 años tiende a aumentar en todo el mundo, en gran medida gracias a los adelantos de la medicina moderna, pero al hacerlo ha modificado considerablemente los escenarios originales para los que habían sido diseñados los sistemas de reparto. El capítulo 2 da cuenta de como se han puesto en práctica distintos tipos de respuestas frente a esta crisis de los sistemas de seguridad

social, que van desde la reforma parcial al sistema de reparto hasta su remplazo por sistemas de capitalización individual,

La crisis de la seguridad social se presentó primero en los países que a su vez habían sido pioneros en este tipo de prestaciones, categoría en la que no sólo participan países altamente desarrollados sino varias naciones latinoamericanas. A su vez, la crisis es más profunda en aquellos países en los que la transición demográfica se encuentra más avanzada. A nivel latinoamericano, Chile fue pionero en ensayar una reforma radical que implicó el paso de un sistema de reparto que ya representaba una pesada carga para el erario público, hacia un sistema de capitalización individual que posteriormente sería señalado por algunos organismos internacionales como el ejemplo a seguir por el resto de la región. La insistencia en los efectos positivos del sistema de capitalización individual sobre el ahorro interno ha sido rebatida con argumentos que señalan que en Chile, aunque efectivamente creció el ahorro interno en los años posteriores a la reforma, el incremento principal correspondió al ahorro corporativo y no al ahorro para el retiro.

México tiene una experiencia muy distinta a la chilena en materia de seguridad social. Mientras que Chile pertenece al grupo de países pioneros, en México la seguridad social comienza a impulsarse como parte integrante de la agenda del desarrollo a partir de la fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1943 y de la creación de la Secretaría de Salud. Estos acontecimientos, sin duda muy importantes, marcaron el inicio de un rápido crecimiento de la infraestructura y la cobertura de la seguridad social, que desde el principio privilegió a los trabajadores asalariados. Los grandes beneficiarios de la seguridad social en México fueron los trabajadores que amparados en un empleo formal, cotizaron en un sistema de reparto y pudieron disponer de una cada vez más moderna infraestructura de salud, que sin embargo, tendió a concentrarse en los centros urbanos como consecuencia lógica del modelo de atención. En la década de los setenta, el reconocimiento explícito de que había un sector muy importante de la población al margen de los beneficios de la seguridad social, llevó al Estado a impulsar programas bajo el rubro de los "servicios solidarios" y a partir de la infraestructura y recursos del Instituto Gestor Central el (IMSS). Estas acciones dieron lugar a los programas IMSS-Coplamar y el más reciente, IMSS-Solidaridad. Sin embargo, el seguro de enfermedad y muerte

programas IMSS-Coplamar y el más reciente, IMSS-Solidaridad. Sin embargo, el seguro de enfermedad y muerte tradicionalmente había sido deficitario y se había financiado a costa del superávit del seguro de retiro, por lo que al desaparecer ese superávit y convertirse en déficit el problema del financiamiento de los servicios médicos haría crisis.

Otro factor importante para entender el estado actual de la seguridad social es la recurrencia de severas crisis que desde 1982 han asolado al país y que hasta ahora no han podido ser superadas por una tendencia hacia el crecimiento sostenido. Resulta aventurado proponer estimaciones sobre la posible evolución de los fondos de pensiones sin hacer explícitos ciertos supuestos sobre el comportamiento general de la economía, así como sobre la tendencia esperada del empleo formal y de los salarios reales. En todo caso, seguirá existiendo un problema económico y social importante si la recuperación económica no da lugar a un crecimiento sostenido y elevado en el empleo formal.

En los próximos años será de la mayor importancia seguir de cerca el funcionamiento de las Afores, de las Siefores y muy en especial, de las instancias de supervisión y regulación, en particular de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar). Por la magnitud del sistema que va a supervisar (mucho más grande que el chileno), por la dispersión de los cuentahabientes y por el escaso período con que cuenta para instrumentar las reformas, deberá desarrollar una ardua labor lo mismo para evitar la evasión que para asegurar el mejor rendimiento de los recursos de los trabajadores.

La reforma de la salud será sin lugar a dudas otro de los grandes temas en los que próximamente deberá darse, desde el gobierno, una definición. La reforma de la seguridad social obliga a revisar el financiamiento de la salud pero también hace necesario buscar la mejor forma de ampliar la cobertura de los servicios de salud al mayor número posible de mexicanos. Este será un debate que deberá involucrar no sólo consideraciones económicas, sino también demográficas, epidemiológicas y sobre todo, sociales. Existe una concentración de recursos a favor de los sectores mejor organizados de la sociedad que permite que sigan existiendo grandes disparidades en materia de salud en nuestro país.

tradicionalmente había sido deficitario y se había financiado a costa del superávit del seguro de retiro, por lo que al desaparecer ese superávit y convertirse en déficit el problema del financiamiento de los servicios médicos haría crisis.

Otro factor importante para entender el estado actual de la seguridad social es la recurrencia de severas crisis que desde 1982 han asolado al país y que hasta ahora no han podido ser superadas por una tendencia hacia el crecimiento sostenido.

## BIBLIOGRAFIA

Aedo, Cristián y Osvaldo Larrañaga

1993 Sistemas de entrega de servicios sociales: la experiencia Chilena, Washington E.U.A., Departamento de Desarrollo Económico y Social, Banco Interamericano de Desarrollo, Serie Documentos de Trabajo No. 152.

Ahmad, Ehtisham, Jean Drèze, John Hills y Amartya Sen

1991 Social Security in Developing Countries, Oxford, Clarendon Press.

Ayala Espino, José Luis

1988 Estado y Desarrollo, la formación de la Economía Mixta mexicana (1920-1982), México, Fondo de Cultura Económica, Secretaría de Energía, Minas e Industria Paraestatal.

1992 Limites del Mercado, límites del Estado. Ensayos sobre economía política del Estado, México, Instituto Nacional de Administración Pública.

1995a "Una introducción al neoinstitucionalismo económico", en Macroeconomía y políticas agrícolas. Una guía metodológica, Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.

1995b Mercado, elección pública e instituciones: una revisión de las teorías modernas del Estado, México, Cátedra Extraordinaria Ignacio Ramírez, Facultad de Economía, Universidad Nacional Autónoma de México (borrador).

1996 Diccionario de Economía Pública moderna, México, Cátedra Extraordinaria Ignacio Ramírez, Facultad de Economía, Universidad Nacional Autónoma de México, (borrador).

Ayala, Raúl y Carlos Schaffer

1991 Salud y seguridad social: crisis y grupos vulnerables, México, Instituto Nacional de Salud Pública.

Azariadis, Costas

1993 Intertemporal Macroeconomics, Oxford, Blackwell Publishers.

Banco Interamericano de Desarrollo

1991 Progreso Económico y social en América Latina, Washington, Johns Hopkins University Press

Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial)

1994 Envejecimiento sin crisis: políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento. Informe de Banco Mundial sobre investigaciones relativas a políticas de desarrollo. Washington, Publicaciones del Banco Mundial.

Barreto de Oliveira

1993 Seguridad Social en América Latina: la experiencia de Argentina, Brasil, Chile y Venezuela. Washington E.U.A., Departamento de Desarrollo Económico y Social, Banco Interamericano de Desarrollo, Serie Documentos de Trabajo No. 159.

Blanchard, Olivier Jean y Stanley Fischer

1989 Lectures on Macroeconomics. Cambridge Mass., Massachussets Institute of Technology Press.

Bobadilla, José Luis et. al.

1994 El paquete universal de servicios esenciales de salud. México: Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 11.

Borrego Estrada, Genaro

1995 Diagnóstico del Instituto Mexicano del Seguro Social presentado por el C. Director General al H. Consejo Técnico, México: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Cabrera Acevedo, Gustavo y Alejandro Hazas

1992 "La seguridad social y el cambio demográfico", en Moctezuma Barragán, Javier y José Narro Robles (compiladores), 1992, pp. 136-175.

Centro Interamericano de Estudios sobre Seguridad Social

1988 Problemas contemporáneos de la seguridad social. México, Centro Interamericano de Estudios sobre la Seguridad Social.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe

1985 El desarrollo de la Seguridad Social en América Latina. Santiago de Chile, Organización de las Naciones, Estudios e informes de la Cepal 43.

1990, Magnitud de la pobreza en América Latina en los ochenta. Santiago de Chile, LC/L 583.

Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro

1996a Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro. México: Comisión Nacional del SAR.

1996b Síntesis del proyecto de reglamento y de circulares. México: Comisión Nacional del SAR.

Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad

1990 El Combate a la Pobreza, México, Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad-El Nacional .Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad (1990b).

1994 El Programa Nacional de Solidaridad, México, Fondo de Cultura Económica, (Colección Una visión de la modernización de México).

#### COPLAMAR

1983 Macroeconomía de las necesidades esenciales en México, México, Siglo XXI.

1985 Las necesidades esenciales en México: situación actual y perspectivas al año 2000, vol. V Geografía de la Marginación, México, Siglo XXI.

#### Coordinación del Programa Nacional de Solidaridad

1993 La Solidaridad en el Desarrollo Nacional, México, Secretaría de Desarrollo Social.

#### Cordera Campos, Rolando y Enrique González Tiburcio

1992 "Economía política y seguridad social en México: una aproximación" en en Moctezuma Barragán, Javier y José Narro Robles (compiladores), 1992, pp. 203-220.

#### Cruz, Carlos, et. al.

1994 Las cuentas nacionales de salud y el financiamiento de los servicios, México: Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 7.

#### Davis, Philip E.

1995 Pension Funds, Retirement-income security and capital markets: an international perspective, Oxford, Clarendon Press.

#### Dasgupta, Ajit K.

1983 Teoría económica y países en desarrollo, traducción Isabel Verdeja, Barcelona, Editorial Crítica.

#### Faba, Gladys

1994 Los instrumentos de la reforma: la inteligencia institucional, México: Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 10.

#### Frenk, Julio et. al.

1993 Desigualdad, Pobreza y Salud en México, México, Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad-El Nacional.

1994a Bases doctrinarias de la reforma en salud, México, Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 2

1994b Hacia la reforma del sistema de salud: una propuesta estratégica, México. Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 12.

Frenk, Julio, Rafael Lozano, Miguel Angel González Block et. al.

1994 Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final, México: Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud.

Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas

1993 Sistemas de seguridad social en la región: Problemas y alternativas de solución, Washington E.U.A., Departamento de Desarrollo Económico y Social, Banco Interamericano de Desarrollo, Serie Documentos de Trabajo No. 148.

Gómez Dantés, Octavio y Patricia Zorrilla

1994 La protección del consumidor en el campo de la salud, México. Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 4

Gómez Dantés, Octavio, Carlos Cruz y Gustavo Nigenda

1994 La regulación participativa de la atención a la salud, México: Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 9.

González Block, Miguel A. et. al.

1994 Demanda y oferta de servicios: obstáculos a la mejoría del sistema de salud en México, México, Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 6.

González Tiburcio, Enrique

1991, Reforma del Estado y política social, México, Instituto Nacional de Administración Pública.

Gustafsson, Björn y Anders Klevmarken

1991 The political economy of Social Security, Amsterdam, North Holland, (Contribution to Economics Analysis 179)

Hall y Taylor

1992 Macroeconomía, Barcelona, España, 3a. edición, Editorial Antoni Bosch.

Huerta, Miguel

1994 La Ley del Seguro Social y sus reformas. Edición conmemorativa del cincuentenario del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2 tomos, IMSS.

Instituto Mexicano del Seguro Social

- 1983 Instituto Mexicano del Seguro Social 1943-1983: 40 años de historia, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, Secretaría General, Jefatura de Publicaciones.
- 1995 La nueva era del Instituto Mexicano del Seguro Social, México: Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, Coordinación de Prestaciones Sociales.
- 1996 Aportaciones al debate: la seguridad social ante el futuro, México: Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación General de Comunicación Social.
- Levy Algazi, Santiago.
- 1994 "La Pobreza en México", en Félix Vélez (Compilador), La pobreza en México: causas y políticas para combatirla, México, Fondo de Cultura Económica-Instituto Tecnológico Autónomo de México
- López García, Miguel Ángel
- 1987 La economía del sistema de pensiones de la seguridad social, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
- Lozano, Rafael et al.
- 1994 El peso de la enfermedad en México: un doble reto, México, Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 3
- Malloy, James M.
- 1986 "Statecraft, política y crisis de la seguridad social. Una comparación de la América Latina y los Estados Unidos" en Mesa Lago, 1986, pp. 29-68.
- Mc Greevey, William
- 1990 Social Security in Latin America, Washington, The World Bank, World Bank Discussion Papers Number 110.
- Medina Medina, Javier
- 1992 Privatization of Social Security in Mexico (From Pay-As-You-Go to Capitalization), London, MSc. in Economics tesis, Queen Mary and Westfield College, University of London.
- Mesa Lago, Carmelo
- 1986 La crisis de la seguridad social y la atención a la salud: experiencias y lecciones latinoamericanas, México: Fondo de Cultura Económica, (Lecturas de El Trimestre Económico Núm. 58).
- 1989 Financiamiento de la atención a la salud en América Latina y el Caribe con focalización en el Seguro Social, Washington, Instituto de Desarrollo Económico del Banco Mundial, Documento de la Serie de Estudios de Seminarios del IDE Número 42.

1991 Social Security and Prospects for Equity in Latin America, Washington, The World Bank, World Bank Discussion Papers Number 140.

1992 "El financiamiento de la seguridad social en los países latinoamericanos", en Moctezuma Barragán, Javier y José Narro Robles (Compiladores), 1992, pp. 221-248.

Moreno Jaimes, Carlos Luis

1995 La política social de atención a la salud en México. El caso del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, tesis de licenciatura en Administración Pública, El Colegio de México.

Mújica, Patricio

1993 Sistemas de Seguridad Social: la experiencia chilena, Washington E.U.A., Departamento de Desarrollo Económico y Social. Banco Interamericano de Desarrollo, Serie Documentos de Trabajo No. 149.

Musgrave Richard A. y Peggy B. Musgrave

1993 Hacienda Pública Teórica y Aplicada, México, Mc Graw Hill.

Moctezuma Barragán, Javier y José Narro Robles (Compiladores)

1992 La seguridad Social y el Estado Moderno, México, Fondo de Cultura Económica, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

Narro Robles José

1994 La seguridad social Mexicana en los Albores del Siglo XXI, México, Fondo de Cultura Económica.

Nigenda, Gustavo

1994 Los recursos humanos para la salud: en busca del equilibrio, México, Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 5

North, Douglass C.

1993 Instituciones, cambio institucional y desempeño económico, traducción de Agustín Bárcena, México, Fondo de Cultura Económica.

Offe, Claus

1991 Contradicciones en el Estado del Bienestar, México, Alianza Editorial-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.

Organización Internacional del Trabajo

1993 El seguro social y la protección social. Memoria del Director General, Ginebra, Suiza, Organización Internacional del Trabajo.

Parthasarathi, Shome and Lyn Square

1983 Alternative Mechanisms for Financing Social Security, Washington, World Bank Staff Working Papers Number 625.

Platero González, Fernando y Lucía Reina Antuña

1992 "Desregulación y supervisión jurídica en la Seguridad Social", en Moctezuma Barragán, Javier y José Narro Robles (Compiladores), 1992, pp. 188-200.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

1994 Informe sobre Desarrollo Humano 1994, México, Fondo de Cultura Económica.

Rejda, George E.

1991 Social Insurance and Economic Security, 4th Edition, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall.

Roth, Gabriel

1987 The private provision of public services in Developing Countries, Washington, Oxford University Press-World Bank Economic Development Institute

Ruelas, Enrique y Julio Querol

1994 Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud, México: Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 8.

Ruiz Durán, Clemente

1996 Hacia una reforma de la seguridad social con visión ciudadana, México: Seminario Internacional Seguridad Social en el Siglo XXI, Facultad de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México, Cátedra Extraordinaria Jesús Silva Herzog.

Ruiz Durán, Clemente, Enrique Provencio Durazo y Rosalba Carrasco Licea

1994 Sistemas de bienestar social en norteamérica. Análisis comparado, México, Secretaría de Desarrollo Social-El Nacional.

Ruiz Tagle, Jaime

1996 El nuevo sistema de pensiones en Chile. Una evaluación provisoria (1981-1995), México: Seminario Internacional Seguridad Social en el Siglo XXI, Facultad de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México, Cátedra Extraordinaria Jesús Silva Herzog.

Santos Burgoa, Carlos

1992 "Salud y seguridad social" en Moctezuma Barragán, Javier y José Narro Robles (Compiladores), 1992, pp. 299-333.

Soberón, Guillermo y Cuauhtémoc Valdés Olmedo

- 1994 Investigación en políticas y en sistemas de salud: el interés de FUNSALUD. México, Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia No. 1
- Solis Soberón, Fernando  
 1996 El Sistema de Ahorro para el Retiro y la reforma a la Ley del Seguro Social. México, Seminario Internacional Seguridad Social en el Siglo XXI, Facultad de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México, Cátedra Extraordinaria Jesús Silva Herzog.
- Solis Soberón, Fernando y Alejandro Villagómez  
 1995, Domestic savings in Mexico and pension system reform, London: Conference on Mexico, Institute of Latin American Studies at the University of London, November 30-December 1.
- Stiglitz, Joseph E.  
 1987 Economía Pública. Barcelona, España, Editorial Antoni Bosch.
- Taylor-Gooby, Peter  
 1991 Social change, social welfare and social science. Hertfordshire, Harvester Wheatsheaf.
- Trejos, Juan Diego  
 1993 Sistemas de entrega de los servicios sociales: una agenda para la reforma en Costa Rica, Departamento de Desarrollo Económico y Social, Banco Interamericano de Desarrollo, Serie Documentos de Trabajo No. 153.
- Varian, Hal. R.  
 1992 Análisis Microeconómico. Barcelona, España, 3a. edición, Editorial Antoni Bosch.
- Vélez, Félix (Compilador)  
 1994 La pobreza en México: causas y políticas para combatirla. México, Fondo de Cultura Económica-Instituto Tecnológico Autónomo de México
- Williamson, John B. y Fred C. Pampel  
 1993 Old-Age Security in Comparative Perspective. Nex York, Oxford University Press.
- Williamson, Oliver E.  
 1989 Las instituciones económicas del capitalismo, traducción de Eduardo L. Suárez México, Fondo de Cultura Económica.
- Wise, David A.  
 1985 Pensions, Labor and Individual Choice. Chicago. The Chicago University Press National Bureau of Economic Research Project Report

## Leyes y Reglamentos

- "Decreto por el que se establece a favor de los trabajadores al servicio de la Administración Pública Federal que estén sujetos al régimen obligatorio de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, un Sistema de Ahorro para el Retiro", Diario Oficial de la Federación, 26 de octubre de 1992.
- "Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado", Diario Oficial de la Federación, 6 de junio de 1988.
- "Ley del Seguro Social", Diario Oficial de la Federación, 21 de diciembre de 1995.
- "Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado", Diario Oficial de la Federación, 27 de diciembre de 1983.
- "Ley General de Salud", Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984.
- "Ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro", Diario Oficial de la Federación, 23 de julio de 1994.
- "Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social", Diario Oficial de la Federación, 9 de enero de 1986.
- "Reglamento de Organización Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social", Diario Oficial de la Federación, 15 de octubre de 1947.
- "Reglamento Interior de la Secretaría de Salud", Diario Oficial de la Federación, 31 de diciembre de 1992.
- "Reglas Generales sobre el Sistema de Ahorro para el Retiro", Diario Oficial de la Federación, 28 de febrero de 1994.