

Índice del Capítulo III

ÍNDICE DEL CAPÍTULO	1
CAPITULO III: SITUACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN LOS PAISES LATINOAMERICANOS	3
Introducción	3
1. La importancia de la seguridad social	5
1.1 La Seguridad Social a partir de la Revolución Industrial	6
1.2 Los “supuestos” Paradigmas de las Reformas Neoliberales	6
1.3 Lo concreto de las reformas	7
1.3.1 Salud	7
1.3.1.1 La Salud como Historia del Subdesarrollo	8
1.3.1.2 Políticas públicas en salud	9
1.3.2 Los Riesgos Profesionales	13
1.3.3 Pensiones	13
1.3.3.1 Factores críticos del Régimen de ahorro individual	14
1.4 Lo pensional y lo social	18
Chile	19
Perú	24
Argentina	25
Bolivia	25
1.5 Revisar los escenarios problemáticos	26
1.5.1 La bomba de pensiones regionales – Caso Colombiano	26
1.5.2 Cuidado con la presunción privada sobre Chile	26
1.5.3 Deterioro de la Protección Pensional	27
1.6 Reformas con componentes de privilegio privado	28
1.6.1 El ánimo de lucro en la Seguridad Social	28
1.6.2 Reformas neoliberales	28
1.6.3 Reforma a los sistemas de salud	30
1.6.3.1 Condiciones diagnósticas de	31

	las reformas	
	1.6.3.2 Tendencias privatizadoras	31
	1.6.4 Factores Críticos de las reformas	32
	1.6.5 Dificultades Nacionales de las reformas en los países	36
2.	Vigencia de las alternativas sociales	37
2.1	Hacia un sistema de seguridad Social Universal, solidario e integral.	38
2.2	Fortalecimiento de la Salud Pública	40
2.3	Servicios sociales complementarios	41
2.4	Recomendaciones de la OIT sobre el servicio público del I.S.S.	41

Capítulo 3

SITUACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN LOS PAISES ANDINOS

INTRODUCCION

El tema de la seguridad social ha cobrado interés especial en América Latina en los últimos tiempos, en buena medida a las exigencias de reformas que los organismos internacionales han venido condicionando para los países.

Del estudio de las normas constitucionales, la legislación del trabajo y seguridad social y otras consideraciones complementarias de los países del área andina, se evidencia la concordancia entre los marcos normativos de cada país para enfoques de las políticas de riesgos, el papel de la seguridad social, las obligaciones del Estado, las nuevas modalidades del concurso privado y los criterios de responsabilidad patronal.

El concepto de protección social ha cambiado ante el nuevo orden económico que afecta a los países de América Latina, resultado de los procesos económicos y sociales por efectos de la globalización de la economía y por las transformaciones de las estructuras institucionales de cada país. Las economías de la región se han visto caracterizadas por combinaciones de recesión, inflación, externalidades, transformaciones políticas, flexibilización del mercado laboral, descentralización política – administrativa como consecuencia de un fuerte aumento de desigualdades, reducción en el ingreso per cápita, aumentos del desempleo, del sector informal y de la pobreza en la población y últimamente por la inestabilidad política (Argentina, Venezuela).

Una importante situación de los países latinoamericanos está relacionada con las reformas a los sistemas de salud y de seguridad social, por ser instrumento importante de la acción pública sobre la población para la atención en la salud, la promoción y la prevención de la enfermedad, las pensiones y la protección laboral.

Al observar la situación de la seguridad social desde un contexto geopolítico, se puede establecer que la mayoría de los sistemas europeos han madurado y la mayoría de los sistemas latinoamericanos han envejecido. Los sistemas de seguridad social de América Latina enfrentan

el reto de sobreponerse a sus resultados pasados mas o menos satisfactorios y evolucionar de acuerdo con la nueva fase de transición de los programas de ajuste económico.

El análisis de la experiencia latinoamericana, también ilustra claramente la recurrencia de los siguientes síntomas: limitada cobertura, orientada básicamente a los trabajadores del sector formal de la economía, bajos niveles de prestaciones, acceso ineficiente o de baja calidad de los servicios, administración burocrática, corrupción, evasión, elusión y falta de sistemas de control y supervisión.

A diferencia de los países desarrollados, que han sabido encontrar fórmulas para mantener sus principios, modificar y modernizar sus estructuras, en América Latina los debates en torno a las posibles reformas han girado en torno tanto de los principios como de los mecanismos.

De otro lado, el debate alrededor de la seguridad social ha mostrado un alto grado de polarización e incluso de incomprensión entre los diferentes interlocutores que difieren por sus posiciones extremas y con frecuencia poco entendidas; en un extremo la inmediata y completa sustitución de los sistemas y de los principios, y en el otro extremo la voluntad de mantenerlos de acuerdo con sus estructuras originales; por un lado, los que desean efectuar las transformaciones con un mínimo de consultas y con pequeños grupos de alto nivel y por el otro, el impulso a las reformas mediante procesos de concertación, transparencia y comunicación.

La experiencia internacional de los países con sistemas maduros de la seguridad social demuestra que la polarización, la exclusión y el inmovilismo no son parte de la solución sino que agravan los problemas.

En el Continente las limitaciones en materia de bienestar, se han representado en las carencias que el aparato del Estado ha significado con relación a los objetivos de protección social y sus efectos en materia de desarrollo productivo, industria nacional, autosuficiencia agrícola. Pero ante todo con los impactos que genera en la estructura poblacional por crecimiento de la miseria, falta de solución de las necesidades básicas insatisfechas, el crecimiento de la población por debajo de la línea de miseria, el crecimiento sin límites de los sectores de trabajo informal, la alta desprotección femenina y la violación de las libertades y derechos de los niños, mientras que los trabajadores deben responder por la calidad de los servicios, suficiencia de medicamentos y ajuste de los diferentes factores de prestación social.

La Seguridad Social no solo es el principal factor de ordenamiento de las sociedades en función de su desarrollo económico, industria nacional, capacidad agrícola y mercados nacionales, sino que se ha convertido en el

principal elemento de paz política y ciudadanía social, factores que se convierten en los principales garantes de democracia como proyecto real.

Son estas las razones por las cuales la Seguridad Social es la principal bandera de lucha de los trabajadores, bajo su múltiple condición de ordenador social, político, económico y cultural.

Para América Latina, la Seguridad Social está asociada a los vacíos estructurales que agrupan a la mayoría de la población. Pero de igual forma, a lo irregular del desarrollo de nuestros países, a los tropiezos con que nuestras sociedades han avanzado hacia la construcción de Nación y Estado.

En el caso de la salud pública, por su condición de prestaciones generales, de cobertura a grandes sectores de la población, la crisis es mayor, la inestabilidad es rampante por la ausencia de políticas sociales con permanencia estratégica, así como la debilidad económica de sus recursos, por lo general supeditados a externalidades como el ajuste financiero, la deuda externa, el clientelismo o la corrupción del aparato político.

I. IMPORTANCIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Esta determinada por el papel ordenador social que tienen los Estados como factor de legitimidad.

La evaluación de los procesos, políticas y estrategias de la Seguridad Social en el ámbito nacional, debe abordarse desde las siguientes categorías:

- Convertirse en mecanismos efectivos de participación de todos los ciudadanos en el proceso y el bienestar (ciudadanía social).
- Ser instrumento eficaz para la distribución del ingreso.
- Proteger el derecho social al trabajo sin discriminación de género, económica, salarial, territorial.
- Orientar el ahorro social como dinamizador del aparato productivo.
- Garantizar y fortalecer la administración adecuada y confiable de las instituciones de objeto social y patrimonio público.

1.1 La Seguridad Social a partir de la Revolución Industrial

La modernidad como principio de racionalidad política y gestión del desarrollo que permitió a los Estados acceder al progreso, fue objeto de la seguridad social. Desde este punto de vista se puede observar como las grandes resoluciones políticas y económicas que generaron los Estados modernos, fueron posibles en cuanto accedieron a los siguientes factores:

- Los Seguros Sociales obligatorios representan un autentico pacto entre capital y trabajo.
- Los sistemas universales proveen protección plena al conjunto de la población mediante la solidaridad.
- La seguridad Social representa la efectividad del Estado en su intervención social y bienestar.
- Someter la Seguridad Social a la lógica, la presión, la selección adversa y la competencia representa la reducción de su objeto social para convertirse en un negocio con condiciones de mercado.
- La Seguridad Social por medio del Seguro Social ha representado históricamente una alternativa opuesta a los Seguros Comerciales y Privados.
- La Seguridad Social mediante el sistema media y de reparto garantizan estabilidad técnica y económica de las reservas provenientes de los mecanismos de solidaridad. Así favorece la universalidad y cobertura imposible de lograr por el mecanismo de Ahorro Individual.

1.2 Los “supuestos” paradigmas de las reformas neoliberales

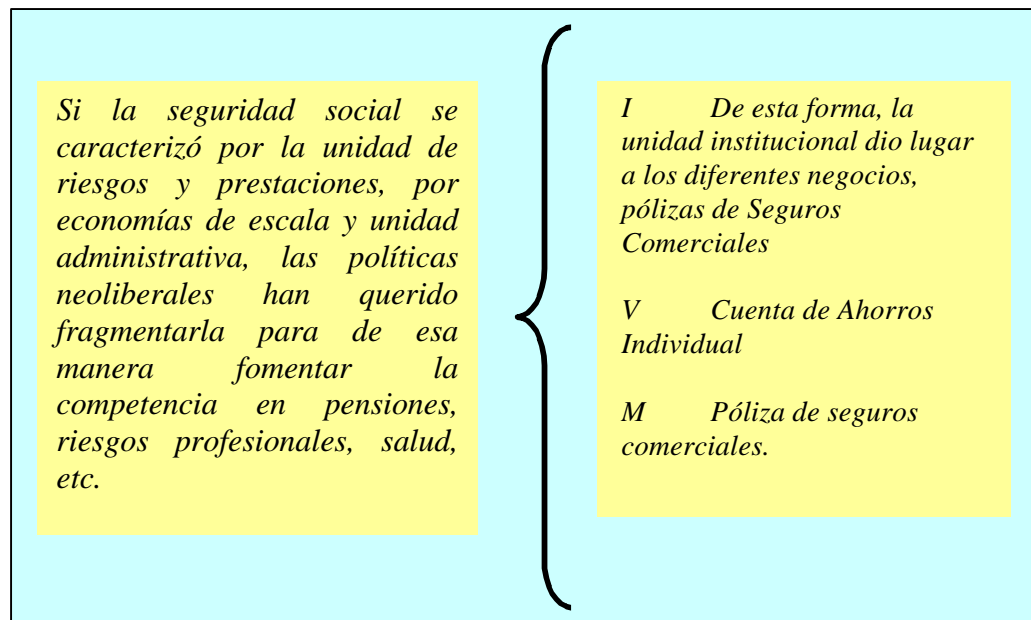
La dinamización de la seguridad social en función del mercado de capital y de servicios, han tenido como objetivo resolver los siguientes factores:

- Cobertura a toda la población.
- Competencia perfecta a través del sistema dual.

- Transformar la dispersión de instituciones en un Sistema.
- Mejorar los procesos y procedimientos para una plena eficacia-eficiencia.
- Reducir cargas fiscales producto de corrupción y politiquería.

1.3 Lo concreto de las Reformas

Sin embargo la legislación reformada transforma las prestaciones universales en diversos ámbitos de “negocio”, así:



1.3.1 Salud

En salud, las reformas actuales han facilitado la transformación del derecho a la salud en principal espacio de mercado, promoviendo condiciones de deterioro, desgüeño administrativo, clientelización por vía de la privatización, sometiendo la protección a las siguientes condiciones:

- Mercado para alimentar la intermediación, contratación privada y privatización de los servicios.

- Competencia entre lo público y privado para que las Instituciones de Seguridad Pública regulen el mercado.
- Bien transable - Producto, caracterizado por condicionar el principio a la salud de acuerdo al mercado de capitales.
- Relación costo beneficio, ruptura de la solidaridad, generando competencia adversa, exclusiones, crisis entre los usuarios.
- Afiliado EPS-IPS-UPC (relaciones por cadena de mercado), el mercado como evento copiado por la salud pública carece de control.
- Eficiencia, para pensar en lo limitantes sociales que garantizan en el servicio público identidad institucional.
- Calidad en función de externalidades como la publicidad. Para supeditar la seguridad social a los términos del mercado.
- Cobertura universal Vs. Mercado de servicios. La cobertura universal se supedita a los derechos de la población frente a los recursos que manipula el sector privado.

1.3.1.1 La salud como historia del subdesarrollo

La crisis de modernidad en todos los países de América Latina, representa en forma evidente el deterioro de los servicios básicos asistenciales por carencia de políticas homogéneas en salud como en educación. Hasta la década de los años 50, la salud estaba siendo prestada por tres actores:

1.- Por instituciones de carácter religioso, administradoras de casas de misericordia, hospitales de caridad, leprocomios, entidades conducidas con un doble carácter: control social y asistencia pública.

2.- La estructura hospitalaria a principios del siglo XX, se fue desarrollando en el continente como

resultado de los enclaves industriales o agro-industriales que se fueron aplicando en el país por parte de las empresas extranjeras, sobre todo en el sector agrícola (Ej.: frutero) y petrolero. En esta experiencia el concepto de salud pública se desarrolló con criterios asistenciales y para librar a la población extranjera trabajadora y profesional, del contagio con la población nativa. Así el sistema de salud reprodujo una especie de “ghetto”, aislado para la curación de algunos pocos privilegiados.

3.- Los sistemas de salud pública con mayor cobertura social se implementaron en la época de los gobiernos populistas, muy escasos por cierto en el continente. De ahí que los más desarrollados fueran los regímenes de salud de Argentina, México y Brasil. Más deprimidos en materia de cobertura estarían Venezuela y Perú, Chile y Cuba al contar con experiencias de mayor modernismo en materia social, y hasta mitad del siglo XX pudieron alcanzar mayores niveles de complejidad en sus sistemas sanitarios.

1.3.1.2 Políticas públicas en salud

Las políticas públicas en salud deben ser evaluadas desde los parámetros de coherencia entre su carácter global, integral y universal.

Con el programa SPT “salud para todos”, el más importante en términos de integralidad, cobertura y compromiso general, con imperativos éticos, sociales y políticos, concibió la salud como la principal estrategia del desarrollo para norte y sur, fue diseñado por la OMS y hoy tiene plena vigencia.

Concibió proyectos alternativos en busca de equidad y justicia para todos los pueblos, para fortalecer el análisis de la crisis de la salud en relación con las oscilaciones del desarrollo y sus desigualdades. Hoy sigue teniendo vigencia con su carácter de “política global de salud -SPT 2000. Igualmente, hace parte del más importante programa académico de investigación en salud.

La visión de la salud se inscribe como parte del bienestar, condición y resultante social para “alcanzar a todos los habitantes del mundo mediante un mayor nivel de salud”.

Conserva el concepto de salud pública, no como servicios de salud solamente, sino por los objetivos en transformaciones políticas, sociales, económicas”. Asocia bienestar y equidad, no en desarrollo del capital sino a las variables de la justicia distributiva. Retoma como enlace del real crecimiento la relación entre salud y educación.

Integra en el debate el tamaño social del Estado, el tipo de modelo económico y social con beneficio para las mayorías, la justicia social, los diversos escenarios de riesgo, y la salud pública en cuanto salud para todos con un mínimo nivel de consenso. Los principios de ética social, integran la relación del hombre con su contexto productivo nacional.

Hoy sigue manteniendo vigencia porque:

- Permite mantener las relaciones entre los diversos escenarios con estrategias y principios ordenadores para cualquier situación social, conectando el bienestar con los diferentes compromisos de la realidad sanitaria, como a las transformaciones sociales, políticas, económicas. Dichos escenarios cuentan con la necesidad de salud para todos, los recursos factibles, la incorporación de otros sectores y el papel de cada uno de ellos a través de la participación social.
- Acoge el clamor de las grandes transformaciones sociales, cambios políticos y movilización de los diferentes actores (trabajadores, estudiantes, campesinos, Etc.). Los logros de salud se permiten no solo con políticas macro-económicas, sino con la concreción en la instrumentación práctica y operación táctica que oriente la organización de las redes de servicios a la plena cobertura con eficiencia social, eficacia, equidad,

participación y control social. Todo esto supeditado a los elementos dominantes de equidad y justicia social, bases de cualquier formulación política.

- Concibe la alternativa de inclusión del papel del Estado frente a las formas propias del mercado, con equilibrio entre lo público y lo privado, aplicando nuevas dimensiones de “lo público”.
- No se trata de cambiar la economía mundial y el modelo de desarrollo para mejorar la salud, será el ejercicio de políticas que integre lo sectorial y administrativo con lo político y lo social, así se consolida el objeto del “desarrollo humano”.
- En su proyección internacional integra la cooperación internacional sobre situaciones estructurales y funcionales, negativa con potencialidades de cambio mediante la planificación en perspectiva social y colectiva.
- La práctica por parte de la OMS, OPS, UNICEF entre otras agencias internacionales, integran nuevas modalidades de ordenamiento público, como las nuevas concepciones de organización territorial, los Silos, los municipios saludables, la promoción y prevención de salud, el cubrimiento, la contingencia y el riesgo, mega-tendencias que enriquecen las nuevas estrategias de “salud pública”.

Según el Banco Mundial la siguiente es la sustentación del modelo de salud pública:

- Existe una asignación equivocada de recursos en los sistemas de salud, dedicándose una proporción de los mismos a intervenciones de escaso beneficio, en función de los costos.

- La inequidad, ineficiencia e ineficacia de los sistemas de salud actuales, la necesidad de utilizar adecuadamente los escasos recursos de los países en desarrollo mediante una estricta definición de las externalidades de las acciones de salud y la focalización del gasto público en los más pobres.
- La promoción de la competencia como factor de eficiencia y de ampliación de las oportunidades de elección por los usuarios de servicios de salud.
- La asunción de riesgos compartidos entre financiadores y prestadores de servicios.
- La separación de funciones de regulación, financiamiento, articulación y prestación de servicios de salud.
- El adecuado uso de recursos privados y de organizaciones no gubernamentales para la atención de la salud, restringiendo el campo de actuación de lo público a la satisfacción de bienes públicos y la generación de canastas básica de atención con criterios de costo / beneficio.
- La recuperación de costos y establecimiento de cuotas moderadoras en el uso de los servicios de salud.
- La descentralización hacia niveles subnacionales y la privatización o externalización de servicios públicos.
- La subsidiariedad del Estado en Salud, es decir la responsabilidad del `primordial del individuo y las familias por su salud.
- La desideologización y despolitización de la salud pretendiendo darle un carácter

neutralmente tecnocrático a los procesos de cambio en salud.

1.3.2 Riesgos Profesionales

Los cambios en “Riesgos Profesionales” condujeron a la crisis financiera que ha sido denunciada por las organizaciones sindicales como resultado de la intervención de agentes privados, así:

- Póliza de Seguros Comerciales. Servicio de intermediación que facilita el desplazamiento del sector financiero.
- No participación de los Trabajadores y creación de comités empresariales que no mejoran la cultura institucional.
- Golpe a la política de medicina, higiene y seguridad industrial, ya que no es posible que los comités de participación bloqueen las fuentes de las personas.

1.3.3 Pensiones

El modelo financiero, como administrativo en las Instituciones de Seguridad Social, es lo que caracteriza un ordenamiento moderno y justo de la Seguridad Social. Entre ellos está el régimen de prima media, el cual se caracteriza por:

- Garantiza pensión permanente, con pagos periódicos durante toda la contingencia.
- La tasa de sustitución pensional está previamente determinada.
- Los trabajadores cotizan de acuerdo a la historia laboral y la dinámica del mercado laboral nacional.
- Los trabajadores a través de sus organizaciones pueden establecer control sobre la eficacia, eficiencia y solidez de las instituciones de Seguridad Social.
- Soluciona las deficiencias del “esfuerzo individual” y los regímenes estatales, ya que la solidaridad

(generacional, regional y económica) hace posible prestaciones que reflejan crecimiento económico y cambios demográficos.

- Fortalece el pacto social, distribuyendo los riesgos (personales, generales y económicos) entre trabajadores y empleadores.
- Permite constituir reservas técnicas.
- Relación estable entre los ingresos durante la vida laboral activa y los percibidos por jubilación individual y globalmente.
- Reduce gravámenes sobre nómina.
- Permite garantías y subsidios estatales menos elevados.
- Es administrativamente eficiente, si se le garantiza una adecuada gestión libre de clientelismos y presiones externas.
- Sus costos administrativos son especialmente bajos.

1.3.3.1 Factores críticos del Régimen de Ahorro Individual

En tanto, las pensiones han sido punto del régimen privado, buscando siempre que la capacidad creativa nacional se vaya al mercado de capitales.

Elementos determinantes:

Elementos que acaban con las condiciones de la pensión como prestación social, suficiente, hereditaria, económicamente estable:

Expectativa sobre flujo de ahorro forzoso, que sea suficiente y garantice ingresos módicos en la jubilación.

Temor por la construcción de capital necesario frente a desempleo, inflación, tasa de interés, incremento salarial, Etc.

Larguísimo tiempo de cotización.

Riesgos colaterales:

Contingencia de enfermedad, invalidez, desempleo.

Quiebra de la AFP al supeditarse al mercado.

Bajo crecimiento de la economía, bajos tipos de interés real.

Incertidumbre por longevidad del cotizante y de sus sobrevivientes.

Bajos salarios que le coloquen en la extrema pobreza.

Efectos fiscales.

La privatización de las pensiones en el campo de la salud, presenta los siguientes defectos:

- Desviación de recursos del sistema de ahorro individual al mercado financiero.
- Efectos de la inversión de los recursos de los Fondos Privados en títulos del Estado como deuda pública.
- Expansión del sistema financiero, sobre todo de la banca transnacional a través de los fondos de previsión.
- Efectos sobre el ahorro social: “Existe una vasta publicación académica sobre si la introducción de un sistema de Seguridad Social de Seguro Social reduce el ahorro nacional. Pero ese es un punto diferente de sí el cambio del sistema de prima media existente por uno de cuentas individuales aumentaría el ahorro nacional (Stiglitz-Orzag).

Inequidades de genero en la privatización

- El sistema privado contrae inequidades al comparar pensiones por sexo, como también en el esfuerzo adicional que las mujeres deben realizar para obtener pensiones equivalentes a los hombres:
- El aumento de las rentas imponibles.
- Aumento de la tasa de cotización.
- Aumento de la edad de retiro
- Combinación de los elementos anteriores.
- Efectos sobre mercado de capitales.

La privatización de los recursos de la seguridad social, promueven la globalización financiera con graves efectos en la economía de los países y sobre todo en los presupuestos sociales.

El Banco Mundial en “envejecimiento sin crisis” argumenta la necesidad de realizar reformas a la Seguridad Social entre otras razones porque:

La privatización de las pensiones genera crecimiento del ahorro, este a su vez promueve el crecimiento del mercado de capitales, que genera mayor inversión productiva y conduce a un mayor crecimiento del país.

Pero, al contrario, cuando el ahorro es canalizado por el sector privado se conduce a un mayor desahorro del Gobierno, Así el ahorro nacional es incierto, porque el crecimiento del ahorro administrado por el sector privado no garantiza el desarrollo del mercado de capitales.

Este mercado de capitales, a su vez no genera mayor inversión productiva. De ahí que un sistema de aseguramiento sobre objetivos económicos monetaristas, no conduce a una mayor eficacia.

Veamos los puntos de vista de algunos analistas:

“El Plan de Pensiones “privado” adolece de fallas en política social...dista de intensificar el crecimiento económico, cada uno de los eslabones de la cadena de causalidad que liga a los Fondos de Pensiones con la expansión del mercado de capitales, y a este último con el crecimiento económico, puede cuestionarse seriamente, tanto en términos teóricos como empíricos. El Banco ha adoptado un punto de vista unilateral, sin mayor justificación, acerca de las relaciones entre estas decisivas variables. Por consiguiente, la reforma propuesta no protege a los ancianos ni acelera el crecimiento económico. Al contrario, contribuye a minar el crecimiento y a exponer a los jubilados a riesgos mayores en cuanto a la cuantía y valor real de sus pensiones”.

- *Un comentario crítico a la propuesta del Banco Mundial. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Cambridge*

Frente al argumento de privatizar para evitar la quiebra de los sistemas públicos, o garantiza una mejor administración en la orientación privada, veamos:

- “Una característica de los regímenes de pensiones de cotizaciones definidas (Régimen AFP) y capitalización completa es el riesgo que corre el interesado de que los ahorros acumulados durante su vida sean insuficientes para financiar una pensión adecuada”.

Collin Guillion, OIT•

“En el sistema de Seguro Social el Estado asume enteramente los riesgos financieros (...) en el régimen de capitalización los riesgos respecto de la rentabilidad son asumidos por los asegurados.

- *CEPAL. “Equidad, Desarrollo y Ciudadanía”. 2000.*

- “Se ha dado a los trabajadores la capacidad de tomar sus propias decisiones pero en general no disponen de la información necesaria a tal efecto. Para resolver el dilema abundan asesores profesionales y vendedores que aconsejan, a menudo en interés propio”...”cuan minuciosamente se han

reglamentado estas instituciones?”. ¿Existe un seguro de solvencia?

- *C. Gillivray, Jefe de Estudios de AISS*

“En los sistemas de pensiones, la reforma fundamental se ha plasmado en la introducción de sistema de capitalización individual, aunada al cambio de los parámetros básicos, tasas de cotización, aportes, tasas de reemplazo (condiciones mínimas de jubilación) y edad de retiro, con la única finalidad de mejorar el balance financiero del sistema”.

- *CEPAL. “Equidad, Desarrollo y Ciudadanía”. 2000.*

1.4 Lo Pensional y lo Social

En opinión en Carmelo Mesa Lago, las diversas alternativas pueden ser clasificadas mediante los siguientes tipos:

- a. Programas públicos reformados, donde el programa público que existe continua operando pero con modificaciones sustanciales. Es el caso de Costa Rica;
- b. Programas privados sustitutivos, en el cual el programa público se cierra y es reemplazado por un programa privado de capitalización total, como es el caso de Chile;
- c. Programas mixtos, que involucran una combinación de un programa público reformado y un programa de capitalización total que puede ser público o privado, o una combinación de ambos como es caso de Argentina y más recientemente, Uruguay;
- d. Programas selectivos, en los que los asegurados pueden escoger entre el programa público o privado. Son los casos de Perú y Colombia. En el caso peruano el Sistema Privado de Pensiones cuenta con una serie de privilegios y tanto empleadores como el Estado inducen a los trabajadores a afiliarse a este sistema;
- e. Programas de pensiones complementarias que tienen diversas formas y complementan pero no sustituyen al programa público reformado del primer y tercer tipo. Como es el caso de la experiencia mexicana.

CHILE

En noviembre de 1980 se creó en Chile un Sistema de Pensiones basado en la capitalización individual. Como parte de las medidas, se cerró a partir de 1983 el antiguo sistema, que dando a cargo del Estado la administración de pensiones de quienes no se hubieran acogido al régimen privado. Luego, el sistema público, desaparecerá con el correr de los años, que dando solamente el privado. El nuevo sistema es administrado por instituciones especialmente creadas para tal efecto denominadas Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) cuyo único objetivo es buscar la mayor rentabilidad de las aportaciones. Para este fin deben distribuir los fondos en una determinada cartera de inversiones y otorgar a los afiliados los beneficios que estipula la ley.

El tamaño concentracionista y las tendencias especulativas de los Fondos Privados han generado una situación de inestabilidad de dichos Fondos Privados en Chile determinados por:

- Caída de la tasa de densidad de cotizaciones.
- Aportes por ingresos imposables bajos (elusión).
- Caídas de los saldos de cuentas individuales.
- Descenso de la tasa de rentabilidad de las cuentas individuales.
- Caída de la rentabilidad del 10% de los primeros años, al 5% actual.
- La rentabilidad baja y los cargos por pensión se incrementan, presionando pensiones mínimas a cargo del Estado.
- La pensión anticipada para acceder a pensión mínima ha obligado a una nueva Reforma Pensional.
- Incremento de la tasa de cotización para pensión (10% según Decreto Ley 3500).

Contradicción de los Fondos Privados con la Seguridad Social

Los argumentos de la O.I.T., así como analistas sociales acerca de la condición de contradicción de los Fondos Privados con los regímenes pensionales de solidaridad, sobre el objeto de la Seguridad Social, se consolida en:

- La obligatoriedad de la afiliación a las AFP y homogeneidad de los costos administrativos impone una sin salida para el trabajador.
- La falta de solidaridad convierte la pensión en ahorro pensional obligatorio. Sólo quienes cuentan con mayor conocimiento y mayores ingresos pueden manejar alternativas favorables del Sistema.
- Es falso que las pensiones del actual régimen son superiores a la que otorgaba la Seguridad Social.
- Los bajos saldos de las cuentas individuales son resultado de baja remuneración, sub-declaración y baja densidad impositiva (evasión deliberada).

Inversiones de los Fondos

El sueño de los fondos por crear un gran negocio nacional, no solo ha generado un grave riesgo especulativo, sino una desregulación financiera.

Primera Etapa

-Renta Fija
-Mercado bursátil
-Empresas nuevas



Última Etapa

Mercados
Financieros del Exterior

El ciclo especulativo de la inversión de los Fondos privados muestra como en su primera etapa su acción se orienta a inversiones de renta fija, inversiones de bolsa y acciones de empresas nuevas. En la última etapa dichos recursos sólo se orientan al exterior, lo que significa un desmantelamiento de la producción nacional.

Factores de crisis

Los principales factores de crisis en el ejercicio prestacional, generados por las reformas privatizadoras, son los siguientes:

- Pensiones de vejez, según edad mínima de acceso al beneficio.
- Incorporación de pensiones de invalidez parcial o total.
- Pensiones de sobrevivientes (mujer, hijos, padres).
- Pensión de vejez anticipada.

i) Pensión anticipada

La pensión anticipada, principal fuente de publicidad de los Fondos, tropieza con los siguientes factores:

- Falta control al grado de responsabilidad en su gestión de inversión.
- Incapacidad del sector privado en conocimiento, independencia operacional, mejores decisiones para rentabilidad satisfactoria de las inversiones.
- Valoración crítica de la “Comisión clasificadora de riesgo”.
- Falta información y criterios actuariales en la banda de rentabilidad y “efectos manada” en la inversión de AFP.
- Opera casi exclusivamente para afiliados de altos ingresos.
- Mantiene la condición dual de pensionado y trabajador activo.
- Permite beneficios con ventajas tributarias.
- Acceso a la prestación de “Excedente de libre disposición”.

ii) Problemas presentados

Los fondos privados de pensiones obligan a presentar las siguientes variables negativas:

- Baja densidad de cotizaciones
- Deserción de jóvenes
- Baja remuneración Imponible
- Precarios saldos sin BONO de reconocimiento.
- Más del 60% afiliados no alcanza el 70% de expectativas de pensión.
- Carga estatal de alta incidencia.
- Mayor costo estatal con la Reforma que iguala pensión mínima e ingreso mínimo.
- Al año 2.001 2/3 de población menor de 40 años sería afectado por pensión mínima.

iii) Efectos de la globalización

El proceso de trasnacionalización, privatización, apertura económica, producto de la globalización contrae efectos en los recursos de la Seguridad Social así como:

- Caída de la inversión social.
- La inversión financiera externa encuentra límites de rentabilidad y desfavorabilidad.
- Se propone una Reforma que afecta los requisitos para "pensión anticipada"

iv) Política social de los Gobiernos Privatizadores

La reforma pensional propuesta en los países de América Latina debe observarse sobre los siguientes escenarios históricos en los cuales converge el actual momento político.

PROTOTIPO DE LA ESTRATEGIAS DE LAS REFORMAS PENSIONALES

DISEÑO MACRO	ACUERDOS FMI	EFFECTOS
– Medidas contraccionistas monetarias	1. Disminución costo despidos	I. Desmonte responsabilidad social de estado
– Grandes burocracias	2. Salario Mínimo Integral	II. Traslado obligaciones a la sociedad
– Especulación económica	3. Reducción Obligación Parafiscales	III. Reducción de coberturas
– Rentismo x Deuda	4. Reducir costo de remuneraciones	IV. Reducción receso bienes – servicios
– Deterioro Sector real	5. Trabajo por horas sin Seguridad Social	V. Rentabilidad financiera de entidades sociales al sector privado
– Desempleo	6. Desmonte Cesantías	VI. Pérdida derechos sociales, económicos y culturales
– Pérdida de Salarios	7. Reducción Salarios empleados públicos	
– Concentración de riqueza		
– Aumento de la miseria		

Se quiere utilizar para “dinamizar el mercado pensional” y favorecer al sector asegurador privado.

Fragmentar la población cubierta y obligar a los afiliados a participar en el mercado de pensiones privados.

Desestabilizar la estructura / organización de las instituciones de seguridad social.

Acabar el régimen de transición en beneficio del AFP-FP-

Reducción del monto de pensiones

Crear caos laboral con desmonte de derechos convencionales.

Modificar sistema pensional de trabajadores.

Facilitar así el traslado de infraestructura al sector privado.

Facilitar la concentración monopólica financiera:

Aumento de edad de jubilación

Incremento de las semanas de cotización.

Aumento de los aportes.

Reducción de los beneficios.

Desmonte de mesadas

Eliminación de los regímenes especiales y convenciones.

Régimen de transición afecta a pensionados-trabajadores actuales y futuros.

Desaparición del Régimen de prima media.

Objeciones propositivas a la luz de “evaluaciones OIT”

- Las reformas de flexibilidad laboral y Seguridad Social producen: (Mayor Exclusión; Concentración del Ingreso).
- El aumento de informales por “Nueva contratación laboral” afecta la Seguridad Social”.
- Concentrar la población asalariada en tramos inferiores de ingreso evasión-elusión (ver efectos de rotación laboral en Seguridad Social).
- La crisis financiera no se soluciona sacrificando (régimen laboral, Seguridad Social).
- En régimen contributivo la solidaridad es la única garantía de Seguridad Social, para los que cuentan con un contrato de trabajo.

Sólo una cobertura plena resuelve:

Fortalecer mercado de capital.

Las reservas de la Seguridad Social fortalecen el ahorro social nacional y no pueden ser objeto de la usura de monopolios financieros.

Las falaces proyecciones financieras del fracaso futuro del ISS ya no lo creen ni sus propios especuladores.

El acceso a la Seguridad Social es el único garante de ciudadanía social porque representa el ejercicio de derechos reales.

La ampliación de cobertura plena es solución a tensiones sociales, a la elusión, evasión y obligan a mejorar la administración.

PERÚ

El Sistema Privado de Pensiones peruano es similar al chileno. Las diferencias son que en Perú el régimen público de pensiones (Sistema Nacional de Pensiones) no desaparece con la reforma aunque la legislación lo desfavorecen abiertamente, le resta transparencia al sistema, desfavorece a los afiliados y reduce los costos de transferencia al Estado. Al decir los expertos en seguridad social, el Sistema de Pensiones Privado del Perú ejemplifica todo lo que no debiera hacerse, desde el punto de vista de los afiliados, o de lo que puede suceder en un plano de escaso

conocimiento previsional de la población, complicidad del gobierno con los negocios privados y total irresponsabilidad social de estos¹.

ARGENTINA

En Argentina la Ley 24241 de 1993, implantó un sistema integrado de jubilaciones y pensiones que cubre la vejez invalidez y muerte y comprende dos regímenes. Un régimen previsional público fundamentado en el otorgamiento de pensiones por parte del Estado un régimen de capitalización individual, de incorporación obligatoria para quien no hubiera optado por el régimen de reparto, a cargo de las Administradoras de Fondos de Jubilación y Pensiones. El modelo argentino es un típico modelo mixto desarrollo de con un considerable grado de estudio y vigilancia, que atiende mediante niveles de aportación elevados (compartidos por empleadores y trabajadores) la presión de una población problemática por su envejecimiento.²

BOLIVIA

En Bolivia en noviembre de 1996 fue aprobada una nueva ley de pensiones que implanta un régimen único basado en la capitalización individual y administrado por fondos privados. Se estableció, además de la capitalización individual, aporte del trabajador del 10 por ciento y muy bajo costo administrativo (alrededor 0.5 por ciento) para las AFPs, un bono de Solidaridad (Bonosol) para todos aquellos ciudadanos bolivianos que al momento de la reforma hubieran sobrepasado los 21 años.

Otro rasgo particular boliviano es que se determinó que solamente funcionen, inicialmente, dos AFPs, en tanto se amplía el mercado de la seguridad social. Ambas compartirían definitivamente los aportantes hasta el años 2000. sin embargo, en 1999 se dio la fusión de los accionistas mayoritarios españoles de ambas Administradoras con lo cual se genera un monopolio difícil de superar, en la medida que no existe mercado para una nueva AFP.

¹ Vernedo, Jorge (2000) "Ganancias para algunos y desprotección para todos: el derecho humano a la seguridad social y la privatización de los sistemas de pensiones en América Latina". Ed. Cedal, Derechos y Democracia y Plataforma Interamericana de Derechos Humanos Democracia y Desarrollo. Lima. Pg.41

² Ob. Cit. Pg. 44.

1.5 Revisar los escenarios problemáticos

1.5.1 La bomba de las pensiones regionales - Caso Colombiano

Conocidas las pensiones regionales como los planes de protección prestados por instituciones públicas de tipo regional.

Tal como lo considera el Gobierno Nacional es resultado de la crisis generada por el concentracionismo financiero:

- Obliga a construir pronto un sistema pensional colombiano.
- Regular los aportes de los trabajadores públicos.
- Qué el Estado cumpla con la Ley 90 de 1946.
- El desajuste financiero debe buscarse en la corrupción oficial.
- El manejo de recursos para cubrir mesadas y bonos pensionales ahonda la crisis (Deuda social privada).

1.5.2 Cuidado con la presunción privada sobre “CHILE”.

Mientras el monopolio de capitales muestra al modelo chileno como el gran paradigma en pensiones, la OIT y las organizaciones sociales del Continente dan la voz de alerta por el alto riesgo que significa.

El fracaso chileno en Seguridad Social es la crisis del modelo privado.

La concentración monopólica con sus redes sociales afecta la democracia.

El descenso de rentabilidad contrae una enorme crisis pensional.

La especulación financiera deteriora al sector productivo.

El control de reservas de Seguridad Social por el sector financiera conduce un regreso a otra “década pérdida” y una nueva deuda nacional.

1.5.3 Deterioro De La Protección Pensional

Evaluando el caso colombiano a la luz de la experiencia del Continente, se precisan las causas de dicha “crisis pensional”; se destacan serias carencias en el ordenamiento del sector, su gestión, información y sobre todo la ausencia de un sistema único, con información única y una caja única.

EFFECTOS SOBRE EL SISTEMA	IMPACTO SOCIAL POR:
1. La competencia ha generado evasión-elusión deteriorando la cobertura existente en 1991 (5a. Parte de la población).	1. Más de la mitad de afiliados a los fondos de pensiones no aportan.
2. Con AFP las pensiones se regulan por la mundialización financiera abandonando la solidaridad y la universalidad de la Seguridad Social.	2. Debilitamiento del ISS por aumento de responsabilidades del Estado.
3. Asfixia al ISS para impedir cobertura a independientes e informales e incorporar pobres.	3. Propuesta de reforma sobre el ISS para dinamizar mercado de la Seguridad Social y fortalecer fondos privados.
4. Resquebrajamiento de regímenes pensionales públicos y estatales (diferentes al ISS) por desfinanciamiento-corrupción abandono del Estado	4. Propuesta global de reducción de derechos pensionales.
5. Promoviendo mercado-individualismo y rentabilidad privada las pensiones regionales sufren empobrecimiento fiscal sobrepeso prestacional y desfinanciamiento y politización.	5. Desaparición de régimen de prima media administrado por el ISS.
	6. Duplicación de presupuesto de defensa sobre “Gasto Social” (# Artículo 350 C.P.)
	7. Pérdida del “Estado Social de Derecho” por desplazamiento del gasto social y acumulación por beneficio privado.

PÉRDIDA COBERTURA SEGURIDAD SOCIAL (Últimos 3 años)

PERIODO	1996	1999 (Dic.)
Cobertura total	63.9%	48.4%
Asalariados privados	73.5%	67.3%
Afiliación empleadores	58.5%	44.1%
T. Cuenta propia	37.8%	15.5%
Servicio doméstico	36.5%	29.5%
T. Familiar no remunerados	35.7%	-0-

Fuente: DANE: Síntesis 2000.
IEPRI-UN / Fundación Social
FEISS / SINTRAISS (Colombia)

1.6 Reformas con componentes de privilegio privado

1.6.1 El ánimo de lucro en la Seguridad Social

La crisis de la gestión de la Seguridad Social radica en la confusión y conflicto entre rentabilidad económica y social, con altos costos de gestión en sectores desprotegidos, producto del ánimo de lucro y el manejo especulativo de los recursos. Así como se buscó emprender en este servicio un modelo diferente de los países en vía de desarrollo, hoy el conflicto social no favorece la seguridad social integral.

1.6.2 Reformas neoliberales

Las reformas políticas neoliberales en el continente, concebidas como democratización ante periodos dictatoriales, se auto-definieron como repúblicas unitarias, descentralizadas, autónomas en sus territorialidades, con democracias participativas y pluralistas, con su contenido descentralizante en áreas de servicios esenciales, condujeron a regular los procesos de transferencias financieras por las entidades territoriales, asumiendo las diferencias modalidades del mercado de los servicios.

Áreas de convergencias.

Estabilidad macro-económica para controlar déficit del sector público.

Apertura económica y liberalización de mercados.

Lugar menos importante del Estado en bienes y servicios, rol regulador y corrector de fallas del mercado.

Modernización de las instituciones, ajuste y flexibilización.

Programas focalizados, sistemáticos contra la pobreza, participativos, sustentables e intersectoriales para sectores vulnerables.

Con la participación local de los ingresos, se definieron formas de participación y distribución sobre las necesidades

básicas insatisfechas -NBI, evaluadas según el grado de pobreza relativa de cada municipio, según su eficiencia administrativa, la calidad de vida alcanzada y los cambios en las NBI.

Así la salud se definió como prioritaria al lado de la educación, el agua potable, el deporte, la educación física y la cultura, según sea la valoración de cada alcalde, sustituyéndose la responsabilidad nacional del Estado por la responsabilidad local.

A la descentralización se aunaron las políticas de regalías, junto a la búsqueda de la productividad de los poderes y administraciones regionales y locales.

Las reformas debieron generar mayor capacidad de pago entre los más pobres, el empoderamiento de las comunidades para la solicitud de servicios, la superación de barreras culturales, el subsidio a la demanda, para el ordenamiento de la oferta, según la accesibilidad geográfica y la distribución del recurso humano; estas reformas tenían como objetivo promover entre otros:

- Aumento del cubrimiento de la población.
- Aumento del “gasto en salud”.
- Mejoramiento de acceso a medicamentos esenciales.
- Estado de salud asociada a la racionalización de servicios al usuario, mejores modelos de administración y atención en salud.
- Mayor satisfacción del usuario.
- Mejoramiento de los mecanismos de vigilancia y control en salud pública.
- Mecanismos reales y efectivos de participación social.

Los anteriores retos se orientaron a la conformación de un sistema único de seguridad social que fuera guiado a la participación esencial del sector privado, con un sistema unificado a información y vigilancia de la salud pública. Con el apoyo de la descentralización se orientaría la elaboración

de planes de salud locales con PAB (Planes de Atención Básica), definidos por perfiles epidemiológicos sobre necesidades específicas y el apoyo de la vigilancia para los entes territoriales. La descentralización entre entidades promotoras y prestadoras, debía ser reglamentada, según sus acreditaciones.

La organización del sistema sanitario se lograría en un sistema único de información, de vigilancia epidemiológica, con funciones de recolección, transmisión de información apoyado en un alto desarrollo tecnológico, vinculado a registros únicos de atención y facturación.

1.6.3 Reforma a los sistemas de salud

El común denominador de la experiencia latinoamericana de los regímenes de salud, es el mantenimiento de una antigua tendencia hacia la integración de los servicios básicos de los Ministerios de Salud, de los de la seguridad social y de los servicios privados. Tendencia que, sin embargo, todavía no logra sus objetivos.

BOLIVIA

En Bolivia, por Decreto Supremo Nro. 24237 del 8 de febrero de 1996 se ha adecuado el Sistema Nacional de Salud a las normas legales sobre participación popular y descentralización Administrativa en el marco de la constitución política del Estado y demás disposiciones. Asimismo este Decreto Supremo puso en evidencia el sistema público de salud, descentralizado y participativo que tiene alcance sobre las entidades prestadoras de servicios de salud, sean estas públicas, religiosas, privadas, sin fines de lucro.

CHILE

La reforma chilena de atención a la salud tuvo lugar en 1981, conjuntamente con la reforma del Sistema de Pensiones. En el modelo chileno, el asegurado es libre de elegir entre dos sistemas: El programa privado a cargo de las ISAPRES y el Sistema Público y del Seguro Social denominado FONASA. La contribución base s del 7% de la remuneración y esta a cargo del trabajador, mientras que el empleador no abona nada y el Estado da un subsidio. Esta contribución es

abonada al FONASA o a una ISAPRE, escogida por el asegurado. La debilidad de este sistema es de acuerdo con los expertos: “el desafío del salud en Chile” es generar un sistema solidario, eficiente, que sea capaz de insertarse en la realidad económica actual del país”.³ La crítica mayor, sin embargo es más directa, y se dirige a la inequidad de preservar para el lucro del sector privado los riesgos de bajo costo, mientras se carga al sector público los de mayor costo de atención.

1.6.3.1 Condiciones diagnósticas de las reformas:

- Desarrollo económico
- Mejoramiento de condiciones de educación.
- Fortalecimiento de los recursos en salud.
- Fomento de la especialidad en el suministro de la extensión clínica.
- Control técnico y social.
- Calidad, eficiencia y oportunidad de los servicios.
- Estímulo al control y organización social.

1.6.3.2 Tendencias privatizadoras:

- Institucionalidad en pró del mercado.
- Ajuste a favor de la administración privada.
- Promoción de la medicina privada
- Contratación de servicios privados en servicios públicos.
- Canasta básica pública en salud que pueda ser prestada por el sector privado (planes).

³ Reynaldo Sapag Chain, “Evolución del Sistema de salud en Chile durante 1993”, Análisis Laboral Nro. 201, Lima, marzo 1994.

- Transformación de hospitales públicos en empresas sociales auto-gestionadas con facultad de recuperar costos por convenios privados externos.
- Promoción de la competencia entre prestadores de la salud.
- Descentralización de la función del Gobierno Central, transferencias de recursos y capacidad de gestión financiera a los niveles regionales o locales.
- Incremento de la responsabilidad ciudadana sobre su salud.
- Definición de la población “cliente”:
- Cambio prestacional desde la ampliación de cobertura.
- Determinación de nuevas prioridades de atención.
- Modelos de atención
- Potenciación de la atención primaria.
- Redefinición de los modelos de atención sobre paquetes de atención focalizada.

1.6.4 Factores críticos de las Reformas

Este tipo de reformas fueron lideradas por el Banco Mundial, ver el “informe sobre desarrollo mundial –Invertir en salud, 1993. Esta política operó como diseño internacional para todos los niveles.

Las políticas del Banco Mundial y en general de las organizaciones multilaterales en salud se inscriben en los siguientes parámetros:

Replanteamiento sobre el eje “a igualdad de necesidades = igual acceso a la atención disponible, a igualdad de necesidades = igual utilización = igual calidad de la atención

para todos⁴. Este principio se rompió por la política de la focalización que dentro de la lógica del mercado y de la relación costo-beneficio no se aplica en áreas o sectores donde usualmente no ha habido accesos a los servicios de salud.

Se establecieron diferencias entre los niveles de desarrollo de las redes regionales a nivel de los municipios y los departamentos. Si para el nivel de la administración central corresponden funciones como definición de políticas, asesorías, apoyo a vigilancia y control, para los intermedios o departamentos se aplican funciones como adaptación de las políticas, asesorías, vigilancia y control. En tanto los municipios planifican, ejecutan los programas de prevención y control sobre planes de atención básica ⁵/.

Esta división de funciones en un contexto de libre comercio, ha quebrado la integralidad de muchas áreas funcionales, sobre todo gestando el deterioro del mapa sanitario, por carencias en vacunación, inmunización, Etc., propios de comunidades estructuradas sobre un anterior mapa sanitario propio. El deterioro de los servicios asistenciales ha desviado a instituciones como los sistemas de Seguro Social, que ha tenido que suplir la red pública en diversos lugares (caso de Colombia) y al deterioro de programas específicos propios de la relación demográfica: región-salud y localidad-salud. Como se puede observar en la mayoría de las ciudades del continente.

La quiebra de sistemas nacionales en salud, abrió la puerta al retorno de enfermedades del siglo XIX como la tuberculosis, el cólera, etc.

A la vez es inagotable la lista de instituciones hospitalarias y universitarias que han desaparecido por presión del mercado.

El “mercado de salud” ha agrietado al “mercado de los servicios laborales y el recurso humano” en salud, con el agregado denigrante de hablar del mercado de salud o del recurso humano igualmente se puede analizar que la lógica de estas políticas global-comercializantes han roto la coherencia en la distribución equitativa del recurso humano en salud, desde el punto de vista geográfico, creando

⁴/ *Whitehead M. (1990). Los conceptos y principios de la equidad en salud pública. Euro/who, Copenhagen.*

⁵/ *OPS. Informe de evaluación de control de malaria en Colombia. Ops. Hcp. Hct. 1998.*

discordancia entre el perfil profesional y ocupacional, restando calidad en la capacitación profesional y ocupacional, rompiendo el principio de la investigación aplicada en todas las áreas. Se ha roto la política del recurso humano que garantiza la real ubicación lograda con el cumplimiento de roles profesionales y asistenciales de manera satisfactoria, deterioro de la infraestructura tecnológica, medio de transporte adecuado, redes de referencia con rigor técnico, ético y con garantías mínimas de calidad al usuario.

En Colombia acusa crisis la pérdida de sectores especializados en profesiones tradicionalmente asociadas a la salud pública y que hoy son objeto de mercado o de conjuntos internacionales de administración del negocio de salud. Según Ascofame en 1964 había 8.000 médicos para 17.484.508 habitantes; un (1) médico x 2.200 habitantes y 0,67 enfermeras x 10.000 habitantes. En la actualidad existen 10,4 médicos por cada 10.000 habitantes. Pero las reformas concentraron el 68% de especialistas en las cinco (5) grandes ciudades. El deterioro del personal auxiliar esta ligado al desmonte de los servicios de promoción y prevención, creando desempleo de unos recursos escasos, por la tendencia hospitalaria a la hotelería hospitalaria y la especulación tecnológica.

El mercado a través del diseño financierista de los organismos multilaterales han desintegrado las redes sociales, públicas de servicios de salud.

Preocupa la separación entre los sistemas locales de salud, con los intentos técnicos y políticos que armonizan la epidemiología con la participación social, las economías de escala social con la administración y organización de los servicios, la prestación de servicios con las políticas de personal, la gestión de equipos de salud y la atención primaria, combinados con la especialización por niveles. Predomina la desarticulación de los diversos niveles de atención, grados de complejidad, obstaculizando la continuidad y progresividad de los servicios a la vez que se le entrega a la comunidad usuaria la "iniciativa" para que ella resuelva las dificultades de la atención.

Las reformas en América Latina con su lógica de mercado han impuesto metas de auto-suficiencia en la gestión, sacrificando atención y calidad, pero igualmente

condenando a trabajadores y usuarios, a la desprotección, a los altos costos y a la mala calidad de los servicios.

Las reformas desde el mercado expresan la tendencia de los establecimientos de salud a actuar aisladamente, conspirando contra el trabajo conjunto y estratégico de la administración en salud, que debe operar en red y no determinada por la competencia.

La descentralización concebida como autarquía de los sistemas regionales o locales ha fracasado sobre todo porque no se ha acompañado de soportes en recursos informáticos, de tecnología social ni competencias financieras. A ello se suma la insuficiencia del recurso humano en lo relacionado con la conducción, conocimientos y habilidades para gerenciar con criterio social y en función de la gestión científica del sistema.

Así la falta de sistema afecta la dimensión de autoridad sanitaria nacional capaz de coordinar los grandes recursos nacionales de la salud.

A su vez la descentralización no opera coherentemente con la división política del país, o las regiones, mucho menos armonizando la prestación y la administración privada que opera contra las leyes de la democracia y participación. Con su ánimo de lucro las EPS se dedican a fortalecer el patrimonio y las IPS a soportar los retos del mercado sin garantías para los servicios.

Los sistemas apoyados en el mercado deterioran las estrategias de promoción y prevención. Los costos para estos rubros (2% y 5%), son muy bajos para los efectos de ordenamiento que la promoción y prevención, supone en la salud nacional.

Han disminuido los programas obligatorios, de la protección de enfermedades relacionada con embarazo, parto y puerperio, de transmisión sexual e infección por VIH-Sida, prevención de alcoholismo, tabaquismo y fármaco-dependencia. Igualmente han dejado de ser rentables las acciones de educación, publicaciones, vacunas, control de grupos de riesgo y otros tamizajes.

Son cada vez menos las estrategias de casa-hogar, boticas comunitarias, escuelas de padres, grupos de mujeres productivas, agentes comunitarios, agentes educativos,

comunicación para la movilización de usuarios, escuelas de liderazgo, construcción de ciudadanía, redes contra la violencia familiar y delincuencia y de maltrato infantil, programas que formaron parte del modelo hospitalario en América Latina.

Desviación de la economía de la salud hacia la intermediación financiera, ya sea por la ausencia de sistemas de financiación, facturación, compensación y solidaridad económica administrativa sobre la prestación y producción de servicios. De la financiación de programas especiales de vigilancia de la morbi-mortalidad, de la caracterización de la población en aras de su mayor cobertura. De la vigilancia y control sobre el manejo de los recursos invertidos en el país. Situación que ha acelerado los costos administrativos de los intermediarios, porque los grupos oficiales están intervenidos por sectores mediadores de tipo financiero, generalmente externos que desvían el flujo y la administración de los recursos.

1.6.5 Dificultades Nacionales de las Reformas en países

Colombia:

- Lograr cobertura universal.
- Incremento de la solidaridad.
- Incremento de la eficiencia.
- Impulso a la salud pública.
- Estabilidad de recursos propios.

Chile

- Priorización y reorientación de los programas de salud.
- Reforma del financiamiento.
- Fortalecimiento papel regulador del Estado.
- Mejoramiento del sistema de control de salud.
- Reestructuración y fortalecimiento del nuevo sector salud.

México

- Mejoramiento de la calidad
- Ampliación de cobertura en Seguridad Social
- Descentralización regulada

- Impulso a la organización y control social de las comunidades en los gobiernos locales.
- Cobertura rural e informales

Venezuela

- Complejidad de un perfil epidemiológico homogéneo y heterogéneo con base a la demanda de red prioritaria.
- Sistema Nacional de Salud que supere la desintegración, incoherencia, garante de mayor calidad, equidad, accesibilidad, eficiencia y eficacia.
- Desfinanciamiento del sistema, deterioro de recursos humanos, materiales y financieros.
- Baja sustentabilidad de los servicios de salud por falta de legitimidad y financiamiento.
- Ministerio de Salud con capacidad política de coordinación, conducción y regulación del sector.

2. VIGENCIA DE LAS ALTERNATIVAS SOCIALES

Tal como fue concebido en la Carta de Ottawa (OPS-1996), y el informe Lalonde la política de salud debe tener como objetivos la búsqueda de una política pública, sana, capaz de general ambientes favorables, refuerzo de la acción social y de usuarios, desarrollo de los recursos y aptitudes personales y de reorientar los servicios hacia la condición de prestación social integral.

Los paradigmas vigentes deben estar asociados a integrar los cambios medio-ambientales, la prevención social, el análisis de los problemas sanitarios asociados a estilos de vida, con proyección local y nacional.

Profundizar la investigación en biología humana, el desarrollo de la genética, la inmunología (sin caer en el darwinismo genético, que maneja instrumentos como el genoma-humano en pró del mercado), se suma el intervencionismo terapéutico, de la asistencia clásica en salud, acorde con una real gerencia social y de desarrollo institucional y organizacional en pro del mejoramiento pleno de la gestión.

Hoy deben replantearse en pro de su mejoramiento las megatendencias del enfoque de largo plazo, la descentralización, la democracia participante, aplicados a través del análisis riguroso de

los efectos de las políticas neo-liberales, con la búsqueda de alternativas de políticas sociales que definan las relaciones entre público y privado con criterios de complementariedad, evitando toda competencia desleal.

Se suman las tendencias de valoración de las condiciones holísticas y macro de la salud en la lógica de las necesidades del desarrollo, apoyadas en políticas globales, de reducción de la deuda nacional, la educación gratuita, la vivienda social, el empleo, la recreación y el manejo creador del ocio sin los cuales es imposible pensar en un sistema de salud.

De esta forma se recupera el debate abierto por Beveridge (1942) por una Seguridad Social Integral que incluyó políticas y acciones en todos los componentes del bienestar, de la seguridad social como real promoción de la salud a escala social.

Así, al decir de Virchow “La medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina a gran escala”, o como lo concibe Kickbusch la salud, comprende las siguientes fases:

- Fase sanitaria
- Medicina preventiva
- Medicalización de la salud pública
- Análisis y apoyo epidemiológico con la planificación de la salud con real enfoque social.

2.1 Hacia un sistema de seguridad social universal, solidario e integral

“El sistema de Gobierno más perfecto es aquel que comporta mayor grado de bienestar, de seguridad social y de estabilidad política”.

Simón Bolívar, Congreso de Angostura 1819

En función del desarrollo moderno, los regímenes sociales y políticas en pro de consolidar países organizados en pro de resolver el Bienestar Social, el sistema internacional representado en instituciones como la OIT han intentado desde 1919 hacer un seguimiento, apoyar, dinamizar y fortalecer los sistemas nacionales de protección social.

En los países de mayor desarrollo industrial, las orientaciones y prácticas de la seguridad social conducen a garantizar sistemas satisfactorios para todas las personas, los trabajadores y sus familias, que permita consolidar la población activa de un país, mejorar sus posibilidades de mayor desarrollo, asimilando los cambios que las sociedades presentan en lo social y político, para garantizar una mayor estabilidad. Todas las normas y convenios internacionales, buscan establecer derroteros reales de mejoramiento de las prestaciones y servicios, haciendo real y aplicable el campo de derechos que implica la realización material y objetiva de la ciudadanía social de la población.

Así, la seguridad social responde a garantizar la protección social como derecho humano básico, factor determinante del bienestar humano, la democracia social y el desarrollo integral.

En el caso de nuestros países latinoamericanos, estos mismos retos deben orientarse a fortalecer el papel del Estado, el ahorro social y el fomento productivo, factores que garantizan el impulso del desarrollo, estructurando su población activa, tanto del sector estructurado como de los sectores no estructurado de la ciudad y el campo.

Así la seguridad social en nuestros países de economías independiente y regímenes políticos sub-desarrollados, se convierte en parte integrante para la realización de los planes de desarrollo económico, político, social y cultural.

En sistemas estables en seguridad social se eliminan las trabas que limitan la extensión de la cobertura en protección social, para mejorar el financiamiento de las instituciones dedicadas a la seguridad social, respaldar e interactuar con el apoyo de las diversas vertientes del desarrollo, de tal manera que con una política integral, el conjunto de políticas sociales y públicas se integren alrededor de la seguridad social como mecanismo que garantiza el real tamaño, papel, presencia y eficiencia del Estado. Estos factores son además de la salud, pensiones y protección laboral, la educación, el acceso al empleo, la protección al desempleo, la financiación de planes familiares de prestaciones estables; gestión y administración adecuada de las instituciones de seguridad social, así como las políticas y métodos tripartitas de mejoramiento institucional.

La seguridad social es así la alternativa que se aplica, desde la crisis y el sub-desarrollo para construir solidaridad económica, ayuda mutua entre los pueblos, no importa su nivel económico y social.

De esta manera, se logra el acceso a tecnologías sociales que garanticen una asistencia médica de bajo costo, pero universal y de buena calidad.

Igualmente, reducir los gastos de administración sin claudicar a su efectividad, eficiencia y calidad. Igualmente garantizar los recursos necesarios para que el ahorro social no se desvíe del objeto, con reservas financieras estables como las de los regímenes públicos. Recursos que ganan en integralidad si se asocian a prestaciones urgentes como el de cubrir el desempleo, los informales o la mujer cabeza de familia, entre otros. Así sea cual sea el grado de desarrollo, la seguridad social puede abordar la realización de Estados Sociales, apoyados en sistemas que superen programas asistenciales a los más pobres y necesitados y que incorpore a la población en el quehacer económico general.

2.2 Fortalecimiento De La Salud Publica

Por una alternativa de fortalecimiento de la salud pública en el contexto de la seguridad social integral en la presente coyuntura, los sistemas nacionales en América Latina, acusan las siguientes debilidades, que deben ser prontamente intervenidas:

- Intervención del Estado por políticas viables en salud.
- Defensa de la salud como bandera de todos los sectores sociales a nivel local y nacional.
- Información, estadísticas y datos de accesibilidad de todos los sectores, asociados a sus causas, desigualdades y manejo de recursos.
- Desarrollo de políticas en vía de los gobiernos, continuidad del compromiso estatal y de los actores públicos, privados y comunitarios en su ejecución.
- Enfoque metodológico interdisciplinaria, intersectorial e internacional apoyado en indicadores de apoyo a la realización en los diferentes contextos.
- La salud como el principal componente de las agendas públicas gubernamentales, empresariales e institucionales, apoyado en acciones y planes de trabajo de los diferentes actores e instancias de decisión.

- Definición de mecanismos sociales de negociación para los grandes consensos sobre la salud y sus nuevas agendas.
- Control social y evaluación en pro de definir las oportunidades de las intervenciones, la cobertura y los servicios.
- Articulación sistémica-holística y de la ética a toda acción pública y prestación de servicios, que conduzca a modelo o modelos de salud, nacionales e institucionales en pro de la realización de los principios de universalidad, justicia distributiva, solidaridad, equidad, suficiencia y participación.
- Ordenamiento de las Instituciones y regulación del Estado en la formación de un Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, que permita garantizar salud social, política cultural e institucional a través de un Estado social y una sociedad de bienestar apoyada en un sistema de seguridad social universal, real alternativo al modelo neoliberal mercado-céntrico.

2.3 Servicios Sociales Complementarios

Los objetivos de universalidad y coyuntura exigen la aplicación de los Regímenes complementarios considerados en las Leyes de reformas, que hasta el momento no se han cumplido.

2.4 Recomendaciones de la O.I.T. sobre el servicio público del I.S.S.

La OIT, en sus diferentes acuerdos y documentos, precisa que es necesaria una legislación ordenadora para garantizar control sobre el sector privado:

- Análisis de la competencia desleal de los Fondos y especialmente el costo fiscal generado.
- Evaluación integral del sistema dual para evitar juicios de valor parciales.
- Aumento de la cobertura, generando empleo para la sostenibilidad del sistema en su conjunto.
- Retomar el concepto de la planeación para el desarrollo de la Seguridad Social.

- Retomar el sistema de unidad en el manejo de los riesgos, deteriorado por el mercado financiero y asegurador.
- Combatir fuertemente la evasión y elusión de aportes.
- Trabajar escenarios de concertación tripartitos para la sostenibilidad del régimen en el largo plazo.