



Revista Cubana de Salud Pública

ISSN: 0864-3466

ecimed@infomed.sld.cu

Sociedad Cubana de Administración de Salud
Cuba

Miranda Gutiérrez, Guido

Las perspectivas de la seguridad social en los inicios del siglo XXI

Revista Cubana de Salud Pública, vol. 29, núm. 2, marzo-diciembre, 2003, pp. 174-182

Sociedad Cubana de Administración de Salud

La Habana, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21429213>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

LAS PERSPECTIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN LOS INICIOS DEL SIGLO XXI*

Guido Miranda Gutiérrez¹

DeCS: **POLITICA DE SALUD; SALUD MUNDIAL; SEGURIDAD SOCIAL.**

Subject headings: **HEALTH POLICY; WORLD HEALTH; SOCIAL SECURITY.**

El siglo xx fue un período extraordinariamente fértil y generoso en todos los campos del desarrollo humano y de sus diferentes formas de organización. Todos los campos de su actividad se vieron beneficiados por el aporte continuo de nuevos conocimientos que produjeron excelentes resultados en el campo tecnológicos, científicos y económicos. El desarrollo paralelo en el territorio social y político condujo a un nivel de calidad de vida que nunca antes se había logrado. Ciertamente hubo períodos negativos que no interrumpieron una marcha ascendente hacia niveles de bienestar y de estabilidad social, pero en las últimas dos décadas el panorama cambió radicalmente. La solidaridad social que había caracterizado una buena parte de las acciones colectivas se debilitó significativamente y el modelo económico que había logrado bastante justicia en el reparto de los beneficios comenzó a ser sustituido por el código de la oferta y la demanda, y las leyes del mercado se erigieron como jueces de las necesidades colectivas. La globalización de la economía ha afectado con la apertura comercial estos sistemas de producción pequeños y débiles que tienen muy escaso margen de maniobra frente a la internacionalización de capitales. Como consecuencia, la inestabilidad en cualquiera de sus modalidades se transformó en una amenaza permanente; la angustia y la violencia empezaron a mostrar muchas de sus aristas inducidas por una incertidumbre creciente y progresiva que ha matizado el final de lo que había sido un siglo exitoso abriendo muchas interrogantes para el siglo xxi. En esta larga lista de preguntas, los grandes progresos logrados en el campo de la seguridad social pasan a formar parte de los temas que retornarán a la mesa de discusión.

Los seguros sociales tuvieron un gran éxito al sustituir las organizaciones mutualistas de los trabajadores y se cons-

tituyeron en uno de los elementos claves del desarrollo del sector laboral de los países industrializados. Cumplieron suficientemente con su cometido de tratar las enfermedades de los trabajadores y de sus familias, de asumir las responsabilidades de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales así como de garantizar el retiro de los obreros envejecidos o incapacitados. Pero su éxito quedó circunscrito al sector de la producción de la economía industrial y con el tiempo quedó clara su limitación a las colectividades con economías de menor rendimiento. Además, en una misma colectividad se hacen excluyentes de la población no asalariada y concentradores de sus beneficios en el grupo formal de la producción. De ahí que la propuesta universalista de *Beveridge* encontrara una sólida acogida tanto por la inclusión de los sectores excluidos, como porque la integralidad aportada por los servicios sociales y por el seguro de desempleo amplió eficientemente la respuesta a las necesidades de las sociedades de los países industrializados. Pero en los países de menor desarrollo, su economía no aportó valor agregado suficiente para impulsar los seguros sociales y la coincidente ausencia de organización de los trabajadores complementó su debilidad y no dio soporte a la compleja organización de la seguridad social integral.

En América, el cuadro fue siempre abigarrado. Canadá y Estados Unidos, de acuerdo con su herencia, se inclinaron por los sistemas privados de seguros y luego Canadá, en su momento y al igual que el resto de la comunidad británica, adoptó el plan *Beveridge*. El Cono Sur, con la influencia de su importante inmigración europea, incorporó las mutuales combinadas con el Estado para cubrir a su población y no estableció los seguros sociales; el resto de los países continentales, siguiendo las indicaciones de la

* Panel de desarrollo en: Convención Internacional de Salud Pública. La Habana, Cuba. 1° al 4 de mayo, 2002.

¹ Expresidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social.

OIT presentadas en la V Asamblea de la Organización Panamericana, celebrada en Santiago de Chile en 1924, fue aprobando paulatinamente sus respectivas legislaciones de seguro social, pero sin que se produjeran las condiciones políticas ni las económicas para su desarrollo. Por eso seguros sociales de estos países han tenido un desarrollo lento y parcial, y solamente Cuba y Costa Rica llegaron a universalizar su cobertura. El cuarto grupo lo constituyen los países del Caribe, que van desde la cobertura total en aquellos que formaron parte original de un sistema procedente de un país europeo antes de lograr su independencia, hasta modalidades mixtas centradas principalmente en formas variadas de beneficencia con responsabilidad compartida con el Estado. De modo que en la actualidad, 75 años después de que Chile aprobara el primer seguro social americano, ni la extensión de esta modalidad se distingue con claridad, ni mucho menos la introducción e integración regional de sistemas de seguridad social, como lo ha hecho la comunidad económica europea.

Además, en el devenir del tiempo hay un conjunto de cambios que han venido ocurriendo y cuya proyección define escenarios que generan una preocupación creciente. El primero de ellos se refiere a las características demográficas de la región, como parte muy dinámica de los fenómenos que afectan a la población mundial, que seguirá mostrando su tres grandes características: aumento, envejecimiento y migración. Al cerrar el siglo XX, la ONU informó que la población mundial era de 6 mil millones de habitantes, cuando al iniciar el mismo siglo apenas sobrepasaba los mil quinientos millones, independientemente de que se haya logrado introducir muy eficientes métodos para que la familia decida el número y la oportunidad del nacimiento de los hijos (fig. 1).

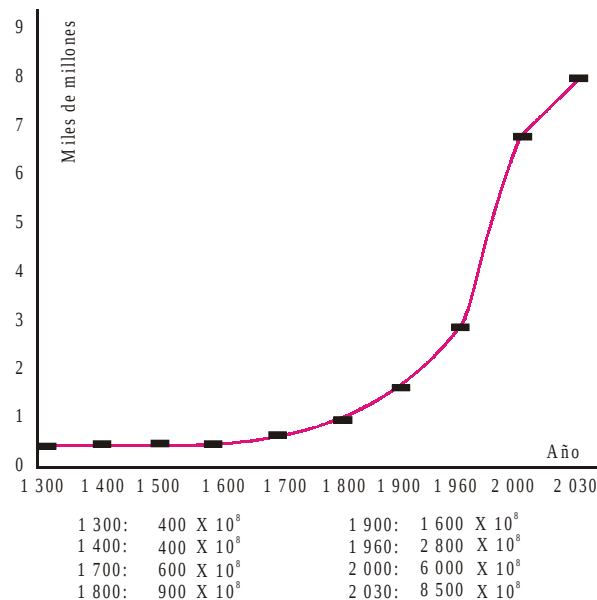


FIG. 1. Crecimiento de la población mundial desde el siglo XIV hasta el año 2030.

Este crecimiento acelerado se dio de modo principal en los países pobres, cuya población seguirá creciendo más rápidamente que en los de alto ingreso. Para el año 2030, la población habrá llegado a los 8 500 millones y de mantenerse los actuales niveles de contaminación ambiental, tendrán necesariamente que desarrollarse formas artificiales de protección para garantizar la calidad del aire y del agua. El agotamiento del petróleo y la aplicación del hidrógeno como energético constituirá una de las mayores transformaciones. La acelerada disminución de la mortalidad infantil, la eficiencia en el control de la infección en su prevención y tratamiento, la mejoría del aporte calórico para disminuir la desnutrición y la mejoría progresiva y eficaz de los factores determinantes de la calidad de vida prácticamente de todas las poblaciones, garantizan una expectativa de vida creciente del ser humano. Costa Rica es un buen ejemplo, ya que en 1950 tenía 800 mil habitantes y cerró el siglo con 4 millones; es decir, quintuplicó su población en 50 años. Dentro de 25 años llegará a casi los 6 millones; su población entre 0 y 19 años descenderá del 39% actual al 30 % y la mayor de 60 años subirá del 8 % existente al 15 % futuro (tabla 1).

La quiebra del sistema ecológico inducida por el crecimiento de la población ya tiene un carácter irreversible, con desaparición progresiva de especies animales y vegetales, deforestación masiva, cambios en la composición atmosférica, aumento de la irradiación solar, calentamiento y fusión de las masas de hielo polar y efectos sobre el desarrollo de los vegetales. Por las características de la población de nuestro continente, tendremos un crecimiento rápido de la población, con alto consumo y deterioro de recursos naturales, particularmente la deforestación progresiva, además de los problemas de contaminación ambiental. Un problema importante se centrará en la calidad y disponibilidad del agua de consumo humano. Este crecimiento se producirá en ausencia de las condiciones que garantizan la plena calidad de vida de sus poblaciones y tendrá efectos sobre su salud y seguridad, con las consecuencias de los programas económicos.

También la ONU nos informó sobre el envejecimiento acentuado de la especie humana, ya que la expectativa de vida global es de 68 años. Las poblaciones de los países desarrollados y unos pocos en vías de serlo, están cerca de los 80 años, con una ventaja promedio de 4 años de la mujer sobre el varón, mientras en la población de los países pobres mueren más jóvenes. Sin duda, este significativo fenómeno de agregarle años a la vida se está produciendo sin que se tenga la garantía de la calidad necesaria. Hace poco, la Oficina de Pensiones del sistema de los Estados Unidos mencionó que se paga poco más de 50 mil pensiones mensuales a beneficiarios mayores de 100 años, lo cual no solo constituye un excelente dato de la longevidad alcanzada, sino también una prueba de la prolongación del beneficio financiero. Una cantidad creciente de adultos mayores llega ahora a los límites de su capacidad productiva, sin

TABLA 1. Población de Costa Rica en el 2025

Edades	2005	%	2010	%	2015	%	2020	%	2025	%
0 a 9 años	843 518	19	873 016	18	882 719	17	879 303	16	882 897	15
10 a 19 años	853 136	20	846 435	18	863 297	17	885 154	16	887 286	15
20 a 39 años	1,413 972	32	1,544 480	32	1,665 246	32	1,727 722	31	1,745 119	30
40 a 59 años	909 580	21	1,081 307	23	1,201 985	23	1,303 816	24	1,406 215	25
+ de 60 años	351 536	8	435 605	9	550 285	11	697 752	13	864 571	15
Total	4,371 733		4,780 843		5,153 632		5,487 747		5,786 088	
Partos (miles)	75		80		85		90		95	

Fuente: L. Roseno.

tener la garantía de su seguridad económica proporcionada por un subsidio económico permanente y adecuado, de modo que su vejez no sea sinónimo de miseria ni de trabajo forzado, con la de que las condiciones familiares limitan cada vez más el soporte que los hijos antes ofrecían a sus padres. Por otra parte, el número creciente de personas con derecho a pensión frente a los cambios y deterioro del valor de la moneda y sus reservas creadas en otras condiciones para hacer frente a estos derechos adquiridos, hace que una gran parte de la población pasiva no tenga garantizado su ingreso económico, o que el monto recibido sea suficiente y reajutable al crecimiento del costo de vida. La inseguridad económica del adulto mayor será una amenaza progresiva. Para agravar más las perspectivas, la disminución de jóvenes que ingresan al mercado de trabajo es proporcionalmente decreciente frente al incremento constante del número de adultos mayores que adquiere el derecho a su pensión y a los años crecientes de sobrevivencia que logra, lo que prolonga constantemente los períodos de pago. Una buena cantidad de sistemas de pensiones ha optado por garantizar un ingreso básico y permanente, en el supuesto caso de que los beneficiarios hayan logrado hacer ahorros en su período productivo que les permitan disponer de un doble ingreso; pero la experiencia demuestra que esto es cierto solo para la minoría. Lo mismo ocurre con el sistema de pensiones complementarias, de aparición reciente y que todavía no produce los efectos ofrecidos. Gravita otro factor y es que la recordada explosión demográfica que ocurrió en las tres décadas siguientes a la segunda guerra mundial está comenzando a completar la edad para su retiro. Este numeroso grupo cotizó sobre salarios bajos con poca influencia del fenómeno de la inflación y deben ser pagados ahora con las supuestas reservas acumuladas que

en la mayoría de los casos se deterioraron en la crisis de los años ochenta. Todos estos factores representan un aumento muy significativo de la carga económica y explica la muy difícil situación de los sistemas de pensiones en el mundo entero y que en América Latina son de muy limitada cobertura.

Costa Rica es un buen ejemplo de las circunstancias descritas. El régimen de IVM de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) cubre el 50 % de la población; otro 10 % está cubierto por otros regímenes como el del magisterio, o el del poder judicial. Estos y otros, que no solo son relativamente pequeños sino que la mayoría de ellos no son equitativos, porque se crearon con unos generosos beneficios que en aquel momento se encontró razonable financiar con el presupuesto nacional. De ahí que una reforma hecha hace 4 años cerró el ingreso de nuevos beneficiarios, pero queda la carga financiera de los derecho habientes actuales. El régimen de la CCSS otorga el derecho a pensión a los 60 años a la mujer, y 62 al hombre, con 38 años de cotización. A partir de ese momento, mientras aumenta el tiempo trabajado se reduce el número de cuotas requeridas, hasta llegar a los 65 años, que requiere 240 cuotas y concede alrededor del 60 % del promedio de los 48 mejores salarios de los últimos 5 años. Sin embargo, es inevitable que en un plazo corto se aumente la edad de retiro a los 65 años y se incremente el valor de la deducción mensual. Hace dos años se aprobó una legislación para crear un sistema complementario, que obviamente mejorará las pensiones en curso de adquisición de derechos, pero no creará otras nuevas. También se aprobó un régimen no contributivo para adultos mayores de 65 años que en algún momento se pretende se universalice a todos quienes califiquen, siempre que carezcan de apoyo familiar y de cualquier bien o ingreso regis-

trado. Pero el monto mensual asignado es muy bajo, por lo que siempre quedará un 30 % de población desprotegida.

El tercer gran componente que afecta las políticas de seguridad social desde el punto de vista demográfico son las migraciones. En el informe de la Organización de Naciones Unidas al respecto, se menciona que unos 200 millones de individuos se encuentran movilizándose de su sitio de nacimiento en busca de uno nuevo para residencia. Esta movilización masiva se da por muy diferentes razones: desde grandes desplazamientos, como el informe del aeropuerto de Frankfurt, en Alemania, que en el año 2000 reportó más de un millón de personas movilizadas durante el período de vacaciones, hasta los muy tristes espectáculos de los desplazados por conflictos políticos en África, Asia, o la misma Europa, con el problema de los Balcanes. En América hay grandes grupos que se desplazan desde la época colonial buscando mejores condiciones de vida y de seguridad, como los trabajadores cosecheros, o los que buscan ingreso legal o clandestino en los Estados Unidos. Para todos estos grupos sus derechos individuales fundamentales, como el trato justo y equitativo, el pago salarial, la educación de sus hijos, o el acceso a los servicios médicos, no existen y, por supuesto, tampoco los que garanticen su futuro, ni se han creado los mecanismos de transferencia internacional de los derechos. El impacto económico de la crisis de la década de los años ochenta en América Central fue muy grave (tabla2).

En Costa Rica, en los últimos 10 años hemos visto crecer la inmigración legal e ilegal, especialmente de nuestros vecinos del norte. Hasta el año pasado, se encontraban registrados y con el trámite de residencia formalizada alrededor de 400 mil nicaragüenses y debe haber otro tanto que no ha cumplido los requisitos. En los servicios de emergencia de nuestros hospitales, que en su consulta extemporánea atienden la demanda con cualquier documento de identificación sin que sea requisito la comprobación de derechos, las consultas prácticamente se han duplicado. En las maternidades de los hospitales, en donde el parto se considera una emergencia para su atención, el 12 % de ellos tiene esta prioridad. En el censo de población realizado el año 2000, el 8 % tuvo el carácter de “no” a nivel nacional.

Toda esta población tiene legalmente el mismo derecho de los nacionales en el acceso a los servicios de salud y educación, así como a llevar una vida común y sin diferencias. Sin embargo, no todos logran el acceso a los derechos establecidos, ni tampoco las obligaciones correspondientes.

A partir de la introducción de la máquina de vapor por James Watt en 1772 con el comienzo de la industrialización, el nuevo conocimiento técnico mejora constantemente la producción, tanto en cantidad como en calidad. La entrega constante y creciente de los productos al mercado exige que sus poblaciones tengan poder adquisitivo, de modo que la rentabilidad pague gastos y ganancias. La política de salarios crecientes y una mejor distribución de beneficios va logrando aumentar el número de compradores. Los servicios médicos para el tratamiento de las enfermedades comienzan a transformarse en un elemento importante en el desarrollo de la población, ya que la recuperación rápida y completa de la enfermedad y del accidente de trabajo reintegran al obrero a la línea de producción. Las facilidades de la vida diaria en general tienen un ritmo ascendente y las sociedades de los países pronto se ven identificadas como desarrolladas, en vías de realizarlo, o de pobre desempeño. A la primera guerra mundial ingresan los 8 imperios más poderosos del momento y cuatro años después, al concluir el conflicto, desaparecen las formas de gobierno absolutista de reyes y emperadores y nacen las nuevas naciones, con liderazgo político renovable por el voto ciudadano. Estas nuevas naciones se agrupan en la Liga asentada en Ginebra, para dar comienzo a un período en donde el desarrollo social se vuelve tan importante como el económico. Veinte años después vendría la segunda hecatombe, en donde los centros del conocimiento hacen los mayores esfuerzos por el desarrollo tecnológico para la victoria. Seis años después, cuando viene la paz, el grado de avance del conocimiento técnico llega a niveles nunca antes alcanzados y va a producir una segunda mitad del siglo XX que transformó toda la organización social lograda hasta entonces. Desde el viaje a la Luna hasta la desintegración del átomo, la velocidad de producción del nuevo pensamiento se acelera con la aplicación de la electrónica. El control de la infección y la producción de alimentos, ligados a un progre-

TABLA 2. Ingreso per cápita en América Central 1980-1989

	1980	1983	1986	1989
Guatemala	1085	944	867	888
El Salvador	1325	1082	1086	82
Honduras	1015	899	890	1074
Nicaragua	1097	1082	886	81
Costa Rica	1759	1500	1577	913
Panamá	2287	2337	2374	90
				694
				63
				1659
				94
				1890
				82
Sub-Región	1428	1307	1280	1048
	100	91	8	

Fuente: Progreso Económico y Social en América Latina. BID, 1990.

sivo nivel de calidad de vida, produce el más rápido crecimiento de la población mundial. El acelerado descenso de la mortalidad infantil y las condiciones de vida del adulto comienzan a producir su envejecimiento. El perfil de morbilidad cambia dramáticamente y las enfermedades crónicas se transforman en las principales causas de muerte.

Uno de los hechos más significativos de este período fue el descubrimiento de la salud y de los factores determinantes para crear un nuevo concepto vital, en donde la condición natural del ser humano sea estar sano y la enfermedad sea un fenómeno incidental, que con un diagnóstico temprano y oportuno, y con un tratamiento eficaz se reponga el estado de bienestar. En cuanto al desarrollo social, la carta fundamental de los derechos de la Organización de las Naciones Unidas le encarga a los gobiernos hacer los mejores esfuerzos para que los beneficios de la seguridad social constituyan un derecho para todos sus miembros y que sus cinco programas: salud, salud ocupacional, servicios sociales, subsidio de desempleo y seguridad económica en la vejez, se constituyan una meta para todos. La democratización de la salud adquiere su máxima expresión con el proyecto de la OMS “Salud para todos en el año 2000”. El desarrollo económico y el progresivo valor social llevan a la seguridad social a su más floreciente período, con programas a corto y largo plazos. Los países de la Comunidad Económica Europea gastaron en seguridad social entre el 5 % y el 12 % de su PBI en la década del sesenta y al final de los años setenta, y al integrar sus programas llegan a más del 35 %. Después del primer lugar de la industria del petróleo, el volumen financiero de los programas integrados de la seguridad social ocupó el segundo lugar. Al comenzar la década de los años noventa, el ingreso *per cápita* promedio de los habitantes del grupo conocido como G7 era de 25 mil dólares anuales y su expectativa de vida de 80 años (fig.2).

Por su parte, los países latinoamericanos, con menos recursos y una organización de menor dinámica social, pronto se clasificaron en tres grupos: los que desarrollaron poco estos programas no llegaron al 2 % de su PBI; los que gastaron entre el 3 % y el 5 % constituyeron el grupo intermedio y el grupo más alto invierte más del 6 % en los programas de bienestar.

La crisis de los años 80 tuvo un efecto devastador en los países en desarrollo y en los pobres. La necesidad de sostener su economía los llevó a un endeudamiento tal que hasta la fecha algunos deben invertir hasta un 40 % de sus ganancias para pagar los intereses, con un gran lastre sobre su inversión y desarrollo. En prácticamente todos los países el crecimiento económico es magro, y como región, Latinoamérica es una de las más débiles y en donde la pobreza, que estaba en reducción en los años sesenta y setenta, ha vuelto a incorporar al 50 % de la población (fig. 3).

El desempleo ha aumentado y el estudio de la OIT, de 1996, mostró un claro crecimiento del sector informal, de las trabajadoras domésticas y de las pequeñas empresas, del

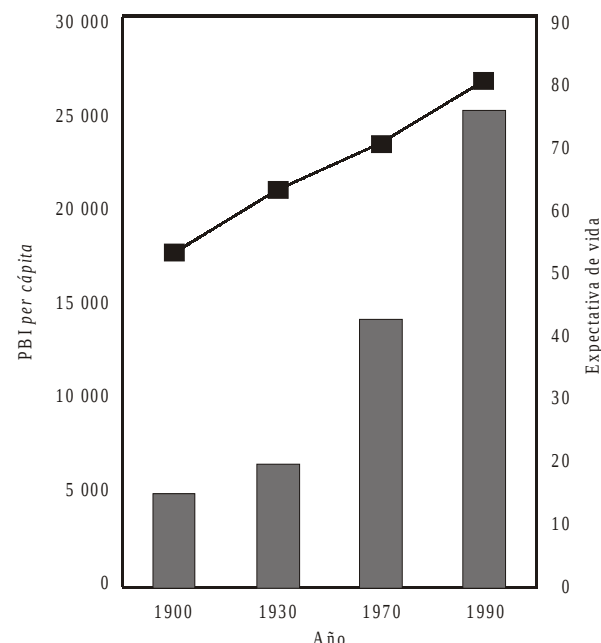


FIG 2. Expectativa de vida e ingreso per cápita países desarrollados.

Fuente: Memoria BID, 1992.

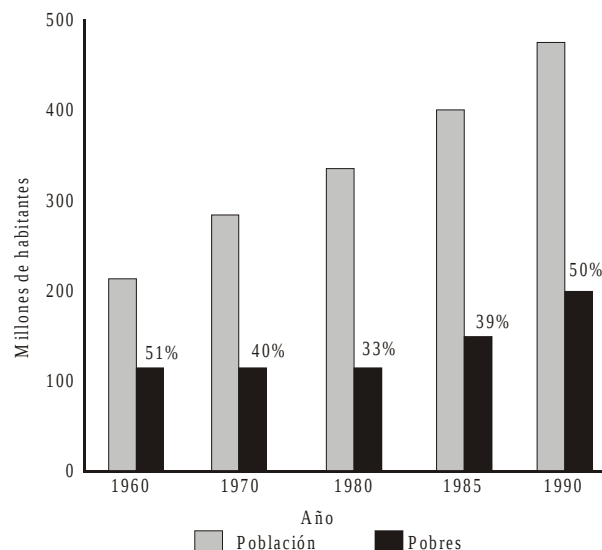


FIG. 3. Población y pobreza en Latinoamérica.

Fuente: Memoria BID, 1992.

51,6 % en 1990, al 56,1 % en 1995, mientras que el sector formal, constituido por las grandes empresas y el sector público, descienden del 48,4 % al 43,9 % en el mismo período (tabla 3).

En la crisis económica de la década de los años 80, la región centroamericana perdió un 27 % como promedio del ingreso *per cápita*, con un mínimo del 6 % para Costa Rica y un máximo del 37 % para Nicaragua. De acuerdo con el

TABLA 3. América Latina: Estructura del empleo no agrícola (porcentajes)

Años	Total	Sector informal			Total	Sector formal	
		Trabajador independiente	Servicio doméstico	Empresas pequeñas		Sector público	Grandes empresas
1990	51,6	24,7	6,7	20,2	48,4	15,3	33,0
1991	52,4	25,0	6,7	20,7	47,6	15,2	32,5
1992	53,0	25,6	6,7	20,8	47,0	14,6	32,3
1993	53,9	25,3	7,1	21,6	46,1	13,7	32,4
1994	54,9	25,8	7,0	22,1	45,1	13,2	31,8
1995	56,1	26,5	7,1	22,5	43,9	13,2	30,8

Fuente: OIT (1996), OIT Informa, América Latina y el Caribe: Panorama laboral

TABLA 4. Niveles de pobreza en algunos países latinoamericanos, 2001

País	Población	Ingresos per cápita [\$]	Pobreza [%]
Argentina	36 600 000	9 530	37
Belice	200 000	4 170	33
Bolivia	8 200 000	1 070	70
Brasil	168 000 000	7 688	17
Colombia	41 600 000	4 220	55
Costa Rica	4 000 000	3 124	20
Chile	15 000 000	5 421	22
Ecuador	13 200 000	1 619	50
El Salvador	6 200 000	1 937	48
Guatemala	11 500 000	3 340	60
Honduras	6 800 000	1 900	53
México	98 000 000	7 688	27
Nicaragua	5 200 000	2 000	50
Panamá	3 900 000	5 980	37
Paraguay	5 500 000	3 650	36
Perú	26 400 000	2 460	49
R Dominicana	3 200 000	3 933	25
Uruguay	3 300 000	6 130	6
Venezuela	24 000 000	7 890	67

Fuente: CEPAL.

informe del BID para el año 1998, la región americana se caracteriza por la mayor brecha entre los más ricos y los más pobres. El informe de la CEPAL del 2001 para determinar los niveles de pobreza en la población mediante la encuesta de hogares, determinó cifras del 70 % para Bolivia, 67 % para Venezuela, 60 % para Guatemala, 55 % para Colombia, 53 % para Honduras y del 50 % para Ecuador, Nicaragua y Perú. (tabla 4).

En estas circunstancias, el incumplimiento del Estado para cubrir sus obligaciones con la seguridad social ha aumentado, lo que significa una disminución de los ingresos para cubrir los costos de los programas institucionales, o realiza sus pagos con bonos fiscales de pobre rentabilidad y redención. Y en varios países, los sistemas de pensiones han pasado a manos privadas, con lo que una parte de la ganancia de las inversiones pasa a manos de los administradores privados y la introducción de la preconizada “cuenta individual” ha eliminado el mecanismo redistributivo para mejorar las pensiones de más bajo monto.

Uno de los hechos más significativos de esta segunda mitad del siglo xx fue la incursión de la mujer en el mercado

de trabajo, que lógicamente la alejó de su hogar y de sus funciones como madre. Una buena parte de los problemas actuales de los jóvenes hay que buscarlos en el debilitamiento de la estructura familiar. Ante la conveniencia de corregir esa deficiencia y con la diversificación de la mano de obra, han aparecido muchas labores en las que la mujer puede llevar el material de trabajo a su casa en donde tiene mayor flexibilidad para su realización. O bien, se inducen intencionalmente muchas oportunidades para jornada más cortas, de medio tiempo. En ambos casos y a cambio de una mayor permanencia junto a sus hijos, se reducen sus aportes a los programas de la seguridad social y se eliminan totalmente si se recurre a la contratación por destajo. La consecuencia ha sido un debilitamiento claro de la política salarial y, por tanto, de los derechos de la trabajadora dentro de los programas de la seguridad social. Las grandes maquiladoras y la producción en serie segregan a los trabajadores mayores de 35 años.

Desde el punto de vista de los empleadores, la situación económica es cada vez más difícil frente a un mercado

abierto en donde se predica una libre competencia con disminución de los precios, lo que obliga al sector productivo a vigilar estrechamente los costos para fijar los precios de venta. Para muchos propósitos meramente económicos, los aportes a los programas de seguridad del sector laboral son considerados como incrementos de costos, que de una manera u otra, en aras de la competitividad del mercado, tienen que reducirse. De ahí que la evasión y la subdeclaración de salarios constituyen todo un propósito. Incluso hay grandes empresas que aprovechan las facilidades de la internacionalización de la economía para pagar los mayores salarios fuera del país, con lo que se evade el pago local de impuestos y aportes. En realidad, las leyes del mercado que *Adam Smith* proclamó como el evangelio económico no se cumplen, porque es el mercado de capitales el regulador del principio básico de la libre competencia. Los oligopolios condicionan a los pequeños productores y el sistema de subsidios encubiertos desnaturaliza los precios de la oferta. Todavía la situación se vuelve más grave con el valor creciente que adquiere la educación técnica como componente de la mano de obra, que tiene niveles mínimos en los países americanos y se transforma en un serio factor adverso para la promoción laboral. Pero quizás las repercusiones mayores se han producido en el campo ético, en donde la ganancia inmediata, el consumismo mediatizador y la complicidad solidaria del lucro, han creado toda una categoría social de “ejecutivos”. Sobre un telón de fondo de concentración de la riqueza con un gran aumento del número de pobres, hay una consolidación progresiva de las actuales tres principales patologías modernas: la juventud tiene SIDA, a la economía la deteriora la inflación y la corrupción carcome la sociedad.

Sería el momento conveniente para citar al conocido economista de la AISS y de la OIT., *Giovani Tamburi*, cuando repetía: "Sin desarrollo económico no hay seguridad social". Ya podemos adelantar que con el limitado crecimiento económico de las naciones y el conjunto de factores analizados, el derecho universal a los programas de la seguridad social para los países pobres y en vías de desarrollo, tienen muy poca posibilidad de hacerse una realidad como instrumento de bienestar de su población.

Cuando en 1882, el Kaiser Guillermo I envía la Ley de Accidentes de Trabajo y la Ley de Enfermedad Común y Maternidad al Parlamento alemán, califica el momento como "del inicio de una nueva era social". Tuvo toda la razón, porque su aprobación en ese momento y en 1889 de la Ley de Vejez e Invalidez para establecer la primera legislación de pensiones, transforma, estabiliza y consolida los riesgos de los trabajadores y define la responsabilidad del Estado como garante del ejercicio de los derechos. A partir de ese momento el crecimiento de los niveles de bienestar se hizo cada vez más significativo. Los avances logrados en el proceso de democratización empezaron a demostrar que los programas de los seguros sociales eran excluyentes de los sectores de la población no asalariada y también concentradores de beneficios en el sector formal. De ahí que

el plan Beveridge y su desarrollo posterior, en el derecho pleno logrado en la universalidad de la seguridad social y la más justa distribución de beneficios, junto al enorme desarrollo tecnológico del conocimiento y de la transmisión de la información, hizo realidad la frase del Kaiser Guillermo I. La clásica patología de la pobreza, la infección y la desnutrición, se redujeron a expresiones mínimas; mejores y crecientes condiciones en la calidad de vida de la sociedad, cambiaron el perfil epidemiológico. Ya no fueron las enfermedades agudas en un ser humano de pobre capacidad orgánica las responsables de su morbilidad, sino los procesos degenerativos del envejecimiento, el daño vascular en corazón, riñón y cerebro y las enfermedades neoplásicas en todas sus formas. La sobrealimentación, el sedentarismo y el tabaco deterioraron el sistema vascular; las nuevas sustancias tóxicas ingeridas y ambientales, que el metabolismo antes no conoció, junto con otros factores todavía no bien clasificados, indujeron cáncer en todas sus formas. Y las nuevas condiciones de vida de la sociedad humana han generado una tercera causa de morbilidad, la violencia, que adquiere todas las formas de expresión en la habitual convivencia, en donde la pobreza, la angustia, la incertidumbre, la frustración y depresión diarias llegan a su expresión máxima, en el homicidio, el suicidio y los accidentes, principalmente los producidos por la circulación de vehículos, y pasan a constituir el nuevo patrón de morbilidad. La gran paradoja actual es que en más de la mitad de los países del mundo, las diferentes formas de violencia son la primera causa de muerte entre un 1 año de edad y 50 años de edad, incluyendo el suicidio en niños. Y esos muertos estaban sanos en el momento de la muerte. Y para esta patología, los métodos tradicionales de atención, vacunas y medicamentos, no existen. La mayoría del resto de la población fallecerá después de los 60 años por causas cardiovasculares, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión y cáncer en todas las localizaciones. Cuando los servicios de atención reciben las víctimas de esta morbilidad, ya es muy poco lo que los servicios tradicionales de atención de las enfermedades pueden hacer. Y de hacer algo, los resultados son pobres y de muy alto costo. Educación, fomento de la salud y prevención con una gran participación de cada interesado es toda una forma de organización de los servicios de salud, de la cual los servicios tradicionales de los seguros sociales conocen muy poco, porque desde su nacimiento estuvieron enfocados hacia el tratamiento de las enfermedades y de los accidentes del trabajo. Tanto es así que la relación de los seguros sociales dentro de la organización de gobierno se hace principalmente a través del Ministerio del Trabajo y no del Ministerio de Salud. Solo la educación y la organización social pueden lograr un individuo que participe activamente en el cuidado permanente de su salud, para que los servicios de atención, de acción en la comunidad misma, puedan hacer el diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno para lograr los mejores resultados.

Para Costa Rica, haber establecido su seguro social que cubrió únicamente al trabajador asalariado en 1941, y

TABLA 5. Tasas de natalidad, mortalidad, crecimiento, mortalidad infantil, esperanza de vida y fecundidad de la población de Costa Rica 1910-2000 (tasas por mil)

Años	Natalidad	Mortalidad	Crecimiento natural	Mortalidad infantil	Esperanza de vida	Fecundidad (hijos)
1910	46	30	16	195	35	-
1920	46	27	19	187	35	-
1930	45	23	22	154	42	-
1940	44	18	26	112	47	-
1950	48	12	36	89	56	6,9
1960	48	10	38	76	63	7,3
1970	33	7	26	63	65	4,9
1980	31	4	27	19	73	3,7
1990	29	3,8	25	13,4	75	3,2
2000	28	4	24	10,2	77	3

Fuente: Rosero L. Asociación Demográfica Costarricense, 1982. Departamento de Estadística Ministerio de Salud. Dr. Miranda G.

TABLA 6. El gasto social en Centroamérica

País	Gasto Social <i>per cápita</i> (dólares de 1997)		Gasto social/ PBI		Gasto social / Gasto público total	
	1990-1991	1996-1997	1990-1991	1996-1997	1990-1991	1996-1997
Costa Rica	445	550	18,2	20,8	64,4	65,1
El Salvador	87	147	5,4	7,7	21,9	26,5
Guatemala	52	71	3,3	4,2	29,8	42,1
Honduras	59	58	7,8	7,2	33,1	31,9
México	283	352	6,5	7,8	41,6	52,9
Nicaragua	48	49	10,3	10,7	38,3	35,6
Panamá	494	683	18,6	21,9	40	39,9

Fuente: Panorama Social de América Latina (CEPAL, 1998).

haber tenido luego la convicción social de su desarrollo hasta un sistema de seguridad social, ha sido una recompensa incuantificable. En 1954 introdujo el seguro familiar, y en 1970 inició la cobertura de toda la población, de acuerdo con la disposición constitucional que la universalizó. En 20 años transformó sus indicadores de salud y logró los de una economía desarrollada, siendo un país de economía agrícola (tabla 5).

Las perspectivas de los sistemas de atención de los seguros sociales tradicionales adquieren todavía mayor incertidumbre si se analiza la demanda actual de servicios. La primera ley de enfermedad y maternidad que se aprobó en 1883 resultó muy satisfactoria porque el beneficiario adquirió el derecho al tratamiento médico, medicamentos y hospitalización si era requerido. De ahí que los seguros sociales, desde el inicio, se orientaron especialmente hacia las acciones curativas. La prevención no fue la prioridad, entre otras razones, porque la capacidad de prevenir era muy limitada. La incorporación de la atención al parto no fue una extensión de beneficios a la familia, sino una respuesta a que el 15% de la mano de obra alemana, en ese momento, estaba constituida por mujeres. La inclusión familiar vendría años después. Sin embargo, todavía a esta altura, por lo menos la mitad de los seguros sociales latinoamericanos

no incluyen plenamente como beneficiaria a la familia. Aún en el área de los accidentes de trabajo, la aprobación de la ley representó un aumento significativo de estos en la búsqueda de un beneficio accesible mediante la indemnización. De modo que la seguridad social no incluyó en sus programas la prevención como una de sus políticas específicas. Además, como los sistemas europeos no tuvieron servicios propios, la instrumentación más fácil de los derechos fue la de garantizar la atención ante la demanda directa.

Cuando la prevención se transforma en un conjunto de acciones específicas y de alto beneficio, la seguridad social incluyó las acciones individuales, como programas de vacunas y de procedimientos, entre las acciones a reconocer en los costos de los servicios. Pero los programas de protección colectiva, como agua potable, desinsectización, control de ambiente, nutrición, etc, fueron realizados por los ministerios de salud sin que cayeran dentro del marco de la responsabilidad de los seguros sociales. Con la tendencia política de las últimas dos décadas de disminuir la responsabilidad y la participación del Estado, el gasto social que representa calidad de vida para los grupos de menor ingreso, ha tenido un gran impacto sobre la salud pública de los países, porque se ha deteriorado (tabla 6).

La política de reducir el gasto público, con la consecuente disminución de responsabilidad del Ministerio de Salud, ha tenido un impacto negativo.

La atención integral de la salud para las poblaciones protegidas dentro de la seguridad social, ahora y en el futuro, se ha tornado compleja y difícil. El principio general prioritario de proteger y fomentar la salud significa un viraje absoluto del tradicional enfoque de atender las enfermedades. Además, el mayor conocimiento y la participación de la población produce una creciente expectativa y un aumento de la demanda real, frente a un crecimiento menor de los recursos utilizables. La difusión intencional de la tecnología médica aplicable ha hecho perder al médico su función tradicional en la sociedad, porque los nuevos enfoques orientados hacia la prevención tienen un diseño nuevo y diferente que requiere nuevos conocimientos de todos los participantes, tanto para su ejecución como para evaluar los resultados. Porque si se trata de los nuevos programas que ejecutan las instituciones de seguridad social, contienen una serie de componentes que tienen que ver, cada vez menos, con el tradicional acto médico. Requieren de la incorporación de la comunidad y de la actitud personal del beneficiario, y para lograrlo se hace necesario un rol individual y una participación colectiva basada en educación, que por ahora casi ninguna escuela de Medicina está enseñando. El lucro de la profesión está en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y no en la prevención para lograr una salud permanente, traducida como un beneficio intangible. En estos campos la gran mayoría de las instituciones que desarrollan los programas de seguridad social no tienen mucha experiencia, porque el cambio se ha operado muy rápidamente y quienes desempeñan sus roles (personal de salud o población) no aplican todavía los nuevos conceptos para justificar el cambio de políticas. La atención primaria constituye el programa integral de resultados más beneficiosos para las poblaciones y, sin embargo, con frecuencia ni el personal de salud ni la población misma, tiene la educación necesaria para su desarrollo. En el otro extremo, la tradicional abundancia de

recursos que tuvieron estas instituciones y el concepto que sobre sus servicios todavía esperan las poblaciones cubiertas, hacen que la demanda por servicios, materiales, procedimientos y medicamentos de alto costo, sea la expectativa más común, con incremento de gastos y disminución del costo-beneficio de las acciones.

Todavía la situación es más compleja con la participación del sector privado como ejecutor y proveedor de programas públicos, mediante el mecanismo de contratación de compra de servicios. Su introducción, por el hecho de ser privado, crea a menudo expectativas que el usuario no necesariamente encuentra. Y los proveedores privados, que venden su servicio por contrato, tratan constantemente de ampliar el margen de ganancia por todos los medios, lo que obliga al comprador a una supervisión minuciosa y se abre un espacio de fricción que resulta de muy difícil manejo en el sector público.

Sin lugar a dudas, el nuevo modelo político-económico de los últimos veinte años ha cambiado el equilibrio que había inducido el desarrollo anterior de la seguridad social. El crecimiento de la población, su envejecimiento y migración, junto a los cambios estructurales de la sociedad y la inequidad en la distribución de la riqueza, han hecho que las condiciones de riesgo de los individuos y su núcleo familiar sean cada vez mayores, mientras el instrumento desarrollado para lograr un mayor bienestar y una mejor estabilidad social, como parte de un proceso de progresiva maduración política que conducía hacia una seguridad social, se debilita paulatinamente, con lo que cada día se consolida la paradoja de un mundo que produce diariamente más riqueza, mientras aumenta el número de pobres.

El desarrollo económico y la convicción política son los dos requisitos fundamentales para el florecimiento de la seguridad social. Ambos, en este momento, tienen profundos cuestionamientos en los pueblos pobres del mundo.

Recibido: 3 de enero del 2003. Aprobado: 15 de febrero del 2003.

Guido Miranda Gutiérrez. Expresidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica.