Iniciativa de la AISS Investigaciones & Puntos de Vista Núm. 4

Evaluación de la falta de cobertura

Resumen de los primeros resultados de un estudio de la Iniciativa de la AISS

Centre for Research in Social Policy, Universidad de Loughborough

Simon Roberts
Bruce Stafford
Karl Ashworth

Agosto 2002

Prólogo

En los últimos años, la falta de cobertura de seguridad social se ha convertido en una cuestión muy debatida en el ámbito político y en los medios de comunicación de todo el mundo. Algunos expertos opinan que en los países industrializados la cobertura del seguro social está disminuyendo debido a la creciente inestabilidad del empleo. En muchos países en desarrollo, el empleo asalariado declarado y estable está decreciendo y los índices de cobertura, que ya eran bajos, se han reducido aun más.

Como parte de la Iniciativa de la AISS, la Asociación ha encomendado un estudio internacional titulado *Evaluación de la falta de cobertura*. Este estudio está destinado a obtener respuestas objetivas a dos preguntas fundamentales. ¿Qué grupos están actualmente excluidos de la cobertura de la seguridad social? ¿Cómo podrían las políticas públicas contribuir a la extensión de la cobertura?

Se seleccionaron quince países para la investigación, y con la finalidad de garantizar que los resultados beneficien al mayor número posible de países, se escogieron países de diversas regiones y con distintos niveles de cobertura.

El estudio se centra principalmente en dos tipos de prestaciones, que generan los mayores gastos globales de seguridad social: la atención de salud y las pensiones, que comprenden las pensiones de jubilación, invalidez y sobrevivientes.

Los investigadores del Centre for Research in Social Policy de la Universidad de Loughborough, Reino Unido, están coordinando el trabajo y han reunido un equipo internacional de expertos de los países analizados, cuyos nombres e instituciones en donde colaboran figuran al final de este documento.

La AISS ha solicitado al Centre for Research in Social Policy la redacción de un resumen sobre los resultados preliminares del estudio para distribuirlo antes de la Conferencia sobre la Iniciativa de la AISS en septiembre de 2002. El objeto de este documento es brindar material de referencia para la sesión de la conferencia titulada "La cobertura y las políticas públicas". Los posteriores resultados del estudio aparecerán en publicaciones de la Iniciativa de la AISS después de la Conferencia.

Dalmer D. Hoskins
Secretario General

Evaluación de la falta de cobertura

Resumen de los primeros resultados de un estudio de la Iniciativa de la AISS

Centre for Research in Social Policy
Universidad de Loughborough

Simon Roberts
Bruce Stafford
Karl Ashworth

1. Introducción

Grandes porciones de la población de muchas regiones del mundo no gozan de protección social alguna o solo tienen una cobertura muy limitada (Beattie, 2000). Este documento se basa en resultados preliminares del estudio encomendado por la AISS, *Evaluación de la falta de cobertura*, que examina 15 países del mundo:

- ¿Quién está excluido de la cobertura de la seguridad social para la vejez y la atención de salud y por qué?
- ¿Cuáles son los programas que más carecen de universalidad de cobertura?
- ¿Qué estrategias siguen distintos países para ofrecer seguridad social?
- ¿Qué opciones de políticas están disponibles a corto y mediano plazo para extender la cobertura?

Por motivos analíticos, los países se clasificaron en tres grupos, A, B y C, según criterios de desarrollo económico.

Los quince países del estudio de casos son:[1]

Grupo A: Alemania, Australia, Estados Unidos, Finlandia y Reino Unido
Grupo B: Costa Rica, Hungría, México, República Checa y Uruguay
Grupo C: India, Malí, Marruecos, Tailandia y Tanzania

El informe se centra en dos componentes de la seguridad social: las pensiones de vejez, en la sección 2, y la atención de salud, en la sección 3. En ambas secciones, se recalcan los principales grupos exentos de cobertura, se analizan las posibles causas de su exclusión y

[1] Al final de este informe figura la lista de expertos que elaboraron los informes sobre los países.

se definen opciones de políticas. En la sección 4, se presentan algunas conclusiones provisionales.

El punto de partida normativo de este informe es que la búsqueda de una cobertura universal es deseable. Por supuesto, esta propuesta no genera una aprobación universal. Por ejemplo, las recientes medidas del gobierno alemán para incluir a los trabajadores atípicos en el sistema de seguridad social encontraron una considerable oposición. Los opositores de esta política argumentaron que para satisfacer las exigencias planteadas por la globalización y los mercados competitivos, las empresas deben minimizar sus costos laborales, en particular reduciendo o suprimiendo sus compromisos hacia cualquier tipo de seguro social obligatorio.

Si la propuesta normativa es aceptada, el desafío al que se enfrentan los legisladores consiste en extender la cobertura de la seguridad social. La cobertura debe incluir dos dimensiones, el alcance y la idoneidad. Esta última excede el marco de este resumen. No obstante, la cobertura contra el riesgo de pobreza en la vejez sólo es eficaz si el nivel de prestaciones es al menos suficiente para evitar la pobreza[2]. Asimismo, la cobertura médica supone como mínimo:

> "… protección contra el riesgo de que si son necesarios servicios de atención de salud costosos (con respecto a los medios del individuo o de la familia), el acceso a servicios de calidad adecuada será físicamente posible, los costos de estos servicios no impedirán que las personas los usen ni empobrecerán a su familia ..." (Kutzin, 2000, p.2)

La extensión de la cobertura tiene tanto dimensiones fundamentales como operacionales: los responsables de las políticas deben, por un lado, decidir qué programas o qué combinación de programas pueden alcanzar el objetivo de la otorgación de una cobertura a todos los segmentos de la sociedad y, por otro lado, promover instituciones a escala nacional, local y comunitaria capaces de otorgar las prestaciones seleccionadas (Gillion, 2000). Sin embargo, las políticas no se elaboran en el vacío. El punto de partida es necesariamente la organización existente y las disposiciones institucionales que ya entregan pensiones y atención médica dentro de un contexto nacional e internacional más vasto (Holzmann y Packard, 1999; James, 1999).

2. Cobertura de las pensiones

Nuestro estudio confirma, en el caso de las pensiones de vejez, la conclusión de Beattie de que grandes porciones de la población en muchas regiones del mundo no disponen de protección social alguna o sólo disponen de una cobertura muy limitada. Si bien en los países del grupo A la combinación de regímenes para la vejez cubren a más de 90 por ciento de la población, no es así en los países de los grupos B y C. Se estima que la cobertura en los países del grupo B va de entre 12 y 21 por ciento en México a 88 por ciento en la República Checa. La cobertura en los países del grupo C es inferior: se estima que varía de entre 4 y 11 por ciento en Tailandia a 47 por ciento en Marruecos.[3]

Si diferenciamos los sistemas de seguridad social según el "método de financiación", es posible observar dos sistemas básicos: los regímenes basados en cotizaciones, en los que las prestaciones y los servicios dependen de las cotizaciones, y los regímenes sin cotizaciones, financiados con los ingresos impositivos generales. Estos dos grandes

[2] Reconocemos que la definición y la evaluación del nivel de pobreza y de las normas de idoneidad son problemáticas y polémicas.
[3] Aún estamos aclarando las cifras de India.

enfoques pueden subdividirse. Los regímenes de pensiones basados en cotizaciones pueden ser públicos y/o privados y comprender planes de prestaciones definidas y de cotizaciones definidas; las cuentas individuales pueden ser precapitalizadas o admitir una diversificación de las inversiones, etc. Los regímenes de pensiones financiados con impuestos se dividen en dos categorías principales: prestaciones de tasa fija para todos los asegurados mayores de una edad determinada y prestaciones con comprobación de recursos que garantizan que todas las personas mayores de una edad determinada gocen de un nivel de vida mínimo.

Los regímenes financiados con impuestos y los regímenes basados en cotizaciones utilizan diferentes mecanismos para definir la membresía oficial. Los regímenes financiados con impuestos se basan en la pertenencia a una sociedad e imponen condiciones que pueden incluir la nacionalidad y la residencia y comprobaciones destinadas a definir quién es y quién no es un "ciudadano social". Las condiciones adicionales restringen los grupos destinatarios. Los regímenes de seguro se basan en una comunidad de intereses más pequeña que depende principalmente del empleo, y no de una ciudadanía, y suponen acuerdos contractuales (Roberts y Bolderson, 1993). Los regímenes de seguro también cuentan con un elemento de intercambio "bilateral" en la medida en que se considera que los contribuyentes "ganan" las prestaciones (Faist, 1995). El equilibrio de estos principios en el sistema nacional de seguridad social tiene importantes repercusiones en la determinación de quién está incluido y quién está excluido de la protección.

2.1 El principio de las cotizaciones y las pensiones

Los regímenes basados en cotizaciones tienen un fuerte vínculo con el mercado laboral y están destinados principalmente a las personas con empleos seguros y de larga duración en el sector formal de la economía. Los grupos de personas sin protección varían de un país a otro debido a su posición en el mercado laboral y son principalmente:

- los campesinos
- los trabajadores urbanos de la economía no estructurada. Esta categoría puede subdividirse en:
    - trabajadores independientes
    - asalariados de pequeñas empresas
    - trabajadores con bajos ingresos
    - trabajadores de profesiones que exigen un esfuerzo físico, que no pueden trabajar el tiempo suficiente para alcanzar las cotizaciones mínimas para obtener una pensión de vejez
    - trabajadores a tiempo parcial
    - trabajadores intermitentes
    - empleados domésticos
- los trabajadores familiares no remunerados.

Estos grupos de personas prevalecen más en los grupos de países B y C.

La cobertura de pensiones de vejez tiene también una importante dimensión de géneros. Si bien los trabajadores independientes son principalmente hombres, los otros grupos sin cobertura comprenden un número desproporcionado de mujeres. Por consiguiente, las mujeres tienen más probabilidades de ser excluidas de los regímenes basados en cotizaciones que los hombres.

En todos los países, las mujeres tienen más probabilidades de ser cuidadoras o empleadas domésticas y de ejercer empleos mal remunerados, flexibles y atípicos, entre ellos empleos a tiempo parcial, empleos temporarios o incluso una combinación de ambos, por lo cual

quedan excluidas de los sistemas de cotizaciones. Incluso cuando las mujeres trabajan en el sector formal, el principio de las cotizaciones está relacionado con los modelos laborales masculinos, que generalmente no reconocen debidamente las circunstancias que crean las brechas de empleo para las mujeres ni tampoco las compensan (Millar, 1996).

Otros grupos de la población que están desproporcionadamente representados entre los trabajadores del sector informal son los inmigrantes y los indígenas. Los inmigrantes constituyen otro grupo que no corresponde al modelo del empleado de larga duración del sector formal. Incluso en los regímenes de cotizaciones que aceptan a los extranjeros, debido a los largos tiempos de espera, las pensiones basadas en cotizaciones resultan inútiles para los residentes de corta o incluso mediana duración, a menos que puedan acumular las cotizaciones aportadas en el antiguo país con las del país de residencia mediante acuerdos bilaterales.

La posición de los grupos indígenas en el mercado laboral a veces los excluye de la protección de los regímenes de cotizaciones. Por ejemplo, los grupos indígenas están subrepresentados en los regímenes de seguridad social basados en cotizaciones de México, mientras que las romas están subrepresentados en Hungría.

La limitación de la cobertura de los campesinos y de los trabajadores urbanos del sector informal se debe:

- al nivel de desarrollo económico o a la carencia de recursos fiscales,
- a que los grupos con bajos ingresos no pueden cotizar,
- a que algunos individuos y empresas no desean cotizar,
- a la incapacidad de localizar microempresas y trabajadores del sector informal, de afiliarlos y de recaudar sus cotizaciones,
- a la falta de infraestructura institucional,
- a las dificultades para extender la cobertura hacia las zonas rurales,
- a la discriminación.

Nivel de desarrollo económico/Carencia de recursos fiscales

Existe un estrecho vínculo entre el nivel de desarrollo económico de un país y la cobertura de seguridad social. Esto se debe a la estructura de la mano de obra, a la capacidad administrativa y a los recursos disponibles, al igual que a la historia política, económica y social. No obstante, el monto de recursos asignados a determinados programas es una decisión política y tiene importantes repercusiones en la cobertura.

Grupos con bajos ingresos que no pueden cotizar

Muchos trabajadores con bajos ingresos no pueden asignar dinero a su seguridad futura. Los campesinos, los trabajadores independientes y ocasionales a veces están fuera de la cobertura debido a sus ingresos fluctuantes. La ausencia de un empleador contribuyente también reduce el incentivo de los trabajadores independientes para cotizar. En algunos países, los responsables de las políticas dan por sentado que los pequeños empleadores, incluso en el sector formal, no son capaces de cotizar a regímenes de cotizaciones.

Cuando los regímenes aceptan a los trabajadores independientes de modo voluntario, la proporción de ellos que se afilia al régimen es muy baja. Por ejemplo, en Marruecos, donde se permite, mediante la Damane Hirafi ("Solidaridad Profesional"), la afiliación voluntaria de los trabajadores independientes, es de un dos o tres por ciento.

Sin embargo, la afiliación obligatoria no siempre es la solución. Incluso cuando es obligatoria, como en Costa Rica, donde todos los trabajadores independientes deben cotizar al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (SIVM) de la Caja Costarricense de Seguridad Social, sólo nueve por ciento se afilia (Mesa-Lago, 1998).

Individuos y empresas que no desean cotizar

Los problemas de integración de los trabajadores independientes no se limitan a los países en desarrollo. En los países del grupo A, a menudo las pequeñas empresas y los trabajadores independientes se niegan a pagar impuestos o a cumplir con las normativas del gobierno en general. Incluso en Estados Unidos, donde el cumplimiento tributario es elevado, se estima que más de la mitad de los trabajadores independientes no pagan sus cotizaciones de seguridad social (Banco Mundial, 2001).

Capacidad administrativa insuficiente

En muchos países en desarrollo, el Estado no dispone de herramientas institucionales eficaces para localizar a trabajadores independientes, microempresas y trabajadores del sector informal, afiliarlos y recaudar sus cotizaciones. Una mano de obra dispersa en numerosos pequeños establecimientos y compuesta por muchos individuos puede engendrar dificultades administrativas graves y exigir grandes costos operativos. Por ejemplo, el volumen total de la mano de obra de India es de alrededor de 400 millones de personas. Incluso si las cuentas se procesan por computadora, el procesamiento de las solicitudes y la emisión de los estados de cuentas y demás correspondencia representan una pesada carga administrativa.

En algunos países de los grupos B y C, existe una diferencia entre la cobertura legal y la cobertura de facto. En México, por ejemplo, los propietarios de empresas con dos o más empleados están obligados por ley a afiliar a sus trabajadores al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) pero muchas de estas microempresas operan en el sector informal y es muy difícil aplicar la ley. Además, el cumplimiento de una ley adoptada en 1973, que aprobaba que el IMSS cubriera obligatoriamente a los trabajadores independientes, a los pequeños empresarios, a los trabajadores familiares no remunerados y a otros trabajadores, sigue sin entrar en vigor desde hace casi 30 años, hasta que el Poder Ejecutivo pueda promulgar reglamentaciones sobre las prestaciones y la financiación.

Cuando los trabajadores independientes están cubiertos, el nivel de protección y de prestaciones varía. Los que están cubiertos por el régimen general de seguridad social gozan normalmente de una protección social bastante completa. No obstante, los trabajadores independientes a quienes se exige se adherir a un régimen de seguridad social especial a veces benefician de una cobertura menos completa.

Carencia de infraestructura institucional

El bajo nivel de instrucción y la falta de sindicalismo pueden impedir que ciertos grupos accedan a sus derechos. Por ejemplo, en Uruguay, 98 por ciento de los empleados domésticos son mujeres y representan el 18 por ciento del empleo femenino total. 40 por ciento de las empeladas domésticas se encuentran en el quintil de ingresos más bajo. Se estima que sólo 24 por ciento están cubiertas por el Banco de Previsión Social (BPS) debido a la alta rotación de los empleos, a la ignorancia de los derechos y a las dificultades para negociar con los empleadores debido a la falta de instrucción, a la falta de organización y de sindicatos y a la escasa inspección laboral por parte de los funcionarios responsables.

Dificultades para extender la cobertura a las zonas rurales

La geografía y la dispersión de la población también dificultan la cobertura. En Tanzania, por ejemplo, los gestores de pólizas de seguro con frecuencia no desean administrar y entregar servicios en lugares con infraestructuras insuficientes, en sectores económicamente subdesarrollados y con bajos ingresos per cápita. Los regímenes que ingresan en zonas con baja densidad de población, a menudo tienen dificultades para recaudar las cotizaciones.

Discriminación

Las desventajas que sufren las mujeres, los inmigrantes y los indígenas en muchos países se deben también a la discriminación directa. En muchos países, se discrimina a estas personas limitándose su acceso a las posibilidades de educación y de empleo y, por consiguiente, su acceso a las pensiones de vejez. En algunos países, la situación de las mujeres es aún más precaria. En India, por ejemplo, la pérdida de un marido "suele traducirse por una considerable disminución de los ingresos del hogar, marginalización social, mala salud y malnutrición" (Banco Mundial, 2000).

2.2 Opciones de políticas para las pensiones a corto y mediano plazo

Fomentar el desarrollo económico

La observación de que existe un estrecho vínculo entre el desarrollo económico, en particular entre el PIB per cápita, y el nivel de cobertura de la seguridad social ha llevado a muchos a pensar que el crecimiento económico es la clave para incrementar la cobertura (James, 1999). El fomento del desarrollo económico puede ser positivo en sí y aumentar la cobertura de la seguridad social pero no soluciona el problema de la cobertura a corto ni probablemente tampoco a mediano plazo.

Dicho optimismo tal vez no preste suficiente atención a las historias de los países con altos índices de cobertura que demuestran que si bien las políticas de bienestar resultan de evoluciones socioeconómicas, los sistemas de bienestar se elaboraron mediante luchas políticas y trueques y tuvieron éxito cuando el poder y los intereses solidarios coincidieron (Baldwin, 1990). Tal vez sea demasiado determinista pensar que los intereses dominantes que han construido sistemas de bienestar maduros se repetirán, forzosamente, en los países en desarrollo. Titmuss, por ejemplo, opina que:

> "las circunstancias de la guerra crearon un sentido de solidaridad social sin precedentes en los ciudadanos británicos, que les hizo aceptar un gran incremento de las políticas igualitarias y la intervención estatal colectiva" (Thane, 1982, p. 223).

De ser así, no sería deseable repetir las circunstancias que generaron la extensión de la cobertura en el Reino Unido.

En la actualidad, muchos países experimentan las repercusiones adversas de la "globalización" en su desarrollo económico y en la cobertura de seguridad social. Por ejemplo, Uruguay fue precursor del estado de bienestar en América y elaboró un sistema de seguridad social completo (aunque estratificado), en el que la mano de obra tenía un derecho casi universal a las pensiones de seguro social. Sin embargo, las condiciones económicas exógenas del decenio de 1990, combinadas con las políticas de ajuste estructural llevaron a una limitación de la cobertura a medida que aumentaba el desempleo y que se extendía el sector informal.

Reforzar el vínculo entre prestaciones y cotizaciones

Si bien los sistemas basados en cotizaciones, tanto públicos como privados, pueden brindar un alto nivel de protección a sus miembros, son exclusivos y no permiten la afiliación de ciertas personas. En los grupos de países B y C, los trabajadores excluidos del alcance de los regímenes de cotización son la mayoría de la población. En muchos países, las políticas recientemente comenzaron a orientarse hacia un vínculo más estrecho entre prestaciones y cotizaciones puesto que introducen sistemas de múltiples pilares con un elemento de cotizaciones definidas muy importante, generalmente junto a un modesto pilar público de redistribución. Se argumenta que este vínculo más estrecho es un requisito para la sólida

expansión financiera de la cobertura que permita que los ingresos cubran las obligaciones, creando así un sistema más sostenible para las personas cubiertas (James, 1999; Banco Mundial, 1994).

Algunos defensores del enfoque de múltiples pilares para las pensiones de vejez estiman que los bajos índices de participación en sistemas de seguridad social reformados no deben interpretarse como una falla fundamental sino como una consecuencia de los elevados costos de operación, de los problemas de diseño de los sistemas y de los problemas de credibilidad que exigen reformas adicionales y más radicales para diversificar los riesgos y atraer una mayor participación (Holzmann y Packard, 1999).

Si bien las propuestas para aumentar la disponibilidad de las pensiones del segundo y tercer pilar podrían aumentar la seguridad y mantener un alto nivel de ingresos en la jubilación para aquellos que ya son miembros, es muy improbable que estas políticas admitan a los grupos que hoy legalmente o de facto se hallan fuera del alcance de las disposiciones existentes. Aunque a veces se argumenta que un vínculo más directo entre cotizaciones y prestaciones requeriría un cálculo económico racional por parte de los trabajadores (independientes) hombres y mujeres, probablemente esta posición sea demasiado optimista ya que lo más probable es que estrechándose el vínculo se produzca el efecto opuesto y aumente el número de personas no aseguradas o insuficientemente aseguradas que sólo han cotizado pequeños montos (James, 1999).

Mejorar el acceso a los regímenes de cotizaciones

Nuestras observaciones indican que los regímenes de seguro basados en cotizaciones, en su forma actual, descuidan a amplios segmentos de la población de muchos países de los grupos B y C. Irónicamente, los sistemas de cotizaciones tal vez no cubran a los sectores más pobres de la sociedad que son los que más necesitan la seguridad social.

El modelo de seguro social basado en cotizaciones tal vez no esté suficientemente dotado para abordar el pluralismo y la flexibilidad de los países del grupo A, ya que cada vez menos personas corresponden a los modelos de trabajo y familia exigidos. El interrogante para los países del grupo A es si los regímenes basados principalmente en seguros, públicos y privados, serán suficientemente flexibles para adaptarse al crecimiento de nuevas formas de empleo, como el trabajo a tiempo parcial y el empleo independiente (Schulte, 2002). Una segunda opción de políticas consiste en modificar el principio de las cotizaciones para incluir a los grupos marginados.

Las políticas que podrían mejorar la cobertura en la vejez para las mujeres son la modificación de los requisitos de cotización y la garantía de que los regímenes incluyan disposiciones adecuadas para los sobrevivientes. Por ejemplo, en 1978, el Reino Unido introdujo la "Protección de las Responsabilidades del Hogar" para proteger la posición de las pensiones de jubilación estatales básicas de los cuidadores. Se pueden acreditar cotizaciones de seguro a las personas que:

- dejan de trabajar para ocuparse de sus hijos;
- dejan de trabajar para ocuparse de alguien que está muy enfermo o de un discapacitado;
- trabajan a tiempo parcial;
- tienen un trabajo poco remunerado.

Introducir un régimen de ingresos mínimos

Otra opción, que puede combinarse con cualquiera de las dos opciones anteriores, es introducir una red de seguridad financiada por los impuestos para ayudar a colmar las lagunas que surgen en un régimen de cotizaciones. Algunos grupos neoliberales, como el "Kronberger Kreis" en Alemania, propugnan una mayor flexibilización del mercado laboral,

en general, y del tiempo de trabajo, en particular, al tiempo que exigen una equivalencia estricta entre riesgo individual y pago de cotizaciones en todos los regímenes de seguro social, incluidas las pensiones de vejez y la atención de salud. Este argumento supone que la asistencia social debería cubrir todos los nuevos riesgos resultantes de la flexibilidad.

Australia ha rechazado el modelo de seguro social a favor de un sistema categórico de comprobación de recursos. Las prestaciones de vejez se determinan en función de la comprobación de los ingresos y de los activos. Esto excluye a las personas con recursos independientes (aunque en principio aun están cubiertos). En consecuencia, Australia ha logrado brindar una cobertura completa con un presupuesto de seguridad social relativamente pequeño. Sus gastos en transferencias de seguridad social representan dos tercios del promedio de los países de la OCDE.

Un problema de los regímenes de asistencia social con comprobación de recursos es el costo, que puede ser prohibitivo para algunos países de los grupos B y C. Además de los costos, otros problemas conciernen la administración efectiva y el cobro de las prestaciones. Las redes de seguridad varían. Algunas confieren derechos bien definidos mientras que otras son localizadas y discrecionales y pueden depender de decisiones arbitrarias en cuanto al carácter y al mérito. Mauricio, por ejemplo, introdujo un régimen de pensiones con comprobación de recursos, pero debido a las complicaciones relativas a los derechos lo reemplazó por una pensión universal disponible para todos a partir de los 60 años.

Las prestaciones no reclamadas generalmente se ignoran en los debates sobre políticas. Según Van Oorschot (1995) esto se debe a la idea central de que una ínfima parte de la población elegible para una prestación no la recibe, porque la gente busca su beneficio y no renuncia deliberadamente a una ganancia financiera. Sin embargo, Van Oorschot sugiere que existen pocas pruebas para demostrar la idea general de que las prestaciones no reclamadas no constituyen una cuestión importante, al menos en los países del grupo A. Sin embargo, sólo en unos pocos casos específicos los índices de prestaciones no reclamadas son inferiores a 20 por ciento (Nicaise, 2001).

En la mayoría de los países, se sabe poco o nada de las prestaciones no reclamadas. Sin embargo, según investigaciones realizadas en el Reino Unido, entre 400 000 y 700 000 beneficiarios de prestaciones de pensión no solicitan el complemento de ingresos con comprobación de recursos al que tienen derecho (Ministerio de Seguridad Social, 1999). Los motivos mencionados en distintas obras son las actitudes y la administración, que comprenden la ignorancia, la complejidad administrativa y la estigmatización percibida por algunos pensionistas al solicitar prestaciones con comprobación de recursos.

Algunos sugieren que el caso australiano constituya un modelo para los países que no desean tomar el camino del seguro social. Si la gran mayoría de las personas mayores recibe una pensión con comprobación de recursos, los problemas de estigmatización y de prestaciones no reclamadas serán probablemente leves. Sin embargo, si la porción de la población que recibe una pensión de vejez sigue disminuyendo (como ha ocurrido, de 85 por ciento a 70 por ciento en los últimos 15 años), tal vez se llegue a un punto en que los problemas de estigmatización y prestaciones no cobradas aumenten.

Prestaciones universales de tasa fija

Otra opción consiste en entregar una prestación de tasa fija a todas las personas mayores de cierta edad. Finlandia es el único país del estudio que entrega una pensión universal de tasa fija. Finlandia también tiene uno de los índices de cobertura de pensiones de vejez más elevados y una cobertura equitativa para hombres y mujeres.

3. Atención de salud

Exceptuando a los Estados Unidos, todos los países del grupo A entregan una cobertura de prácticamente 100 por ciento a su población, mientras que cuatro de los cinco países del grupo B confieren oficialmente derechos a la atención de salud a toda la población. Las cifras de México son algo confusas y se sitúan entre un mero 58 por ciento y un elevado 95 por ciento. La cobertura en los países del grupo C oscila entre menos de dos por ciento en Malí y 21 por ciento en Tanzania, donde todos los niños menores de 5 años y todos los adultos mayores de 65 años tienen, oficialmente, derecho a la atención de salud. Tailandia recientemente extendió los derechos a toda la población mediante el Programa de Cobertura Universal de Salud. Como se indica en la Sección 1, es necesario considerar atentamente la idoneidad de las disposiciones, aunque este tema sale del marco del presente estudio.

Alrededor de 60 años después de la Declaración de Filadelfia de 1944, el índice de exclusión de los servicios de salud es casi nulo en los países del grupo A, salvo en Estados Unidos. Sin embargo, esta afirmación oculta diferencias considerables en el estado de salud y en la morbilidad, vinculados con las desigualdades socioeconómicas de las poblaciones de un mismo país (Ministerio de Salud y Seguridad Social, 1980). Esto sugiere que los derechos legales pueden no corresponder con los derechos concretos y que los presupuestos de salud no se reparten equitativamente entre todos los segmentos de la población (Dror y Jacquier, 1999).

Existen distintos mecanismos empleados por las administraciones para racionar los tratamientos:

- disuasión: introducción de cargas, dificultades de acceso, barreras sociales y psicológicas;
- demoras: colas y listas de espera;
- deflexión: transfiriendo a los pacientes de la atención secundaria a la atención primaria;
- dilución: entregando a los pacientes menos tratamientos o medicamentos más baratos;
- denegación: rechazando la entrega de ciertas formas de tratamiento a cualquier individuo o a determinadas personas o grupos (Lenaghan, 1999).

Único en el grupo A, Estados Unidos no provee atención de salud a toda su población. Una explicación es que algunos grupos son demasiado costosos para el mercado competitivo de seguros de salud voluntarios. Otra explicación es que las medidas tomadas por las compañías de seguros privadas para luchar contra la selección en su contra, como la exclusión en la cobertura de condiciones preexistentes y la exclusión de algunos tratamientos muy costosos, ha generado una segmentación en distintos grupos de riesgo y un desaseguro de grandes porciones de la población (Kutzin, 2000).

3.1 El principio de las cotizaciones y la atención de salud

Los mismos grupos de personas excluidas de las pensiones de vejez basadas en cotizaciones están excluidos del seguro de salud basado en cotizaciones, por motivos similares. Se trata principalmente de campesinos y de trabajadores urbanos del sector informal de la economía. Aquí también, las mujeres, los inmigrantes y los indígenas son los más excluidos.

Dificultades para extender la cobertura de atención de salud a las zonas rurales

Puede ser particularmente difícil entregar atención de salud en zonas rurales aisladas, debido a la falta de infraestructura, a la carencia de médicos, a la baja densidad y al esparcimiento de la población, al analfabetismo, a los obstáculos lingüísticos y étnicos, a los prejuicios culturales contra la medicina moderna y a la falta de confianza del usuario en la calidad de los servicios disponibles.

Mujeres

En algunos países, existen diferencias de cobertura dentro de una misma familia dado que algunos regímenes de seguro de enfermedad sólo cubren los servicios entregados a los empleados asegurados. Por ello, a veces mujeres y niños están cubiertos parcialmente o no están cubiertos en absoluto.

Las mujeres necesitan cuidados médicos particulares, que no siempre se reconocen o consideran. Por ejemplo, en India, pese a la disminución del índice de mortalidad infantil, mueren más niñas que niños. Durante la década pasada, se ha ampliado la brecha entre el índice de mortalidad de los niños y el de las niñas. La ausencia de una atención adecuada durante el embarazo explica la mayoría de los decesos maternos en India (Banco Mundial, 2000).

Inmigrantes

Los inmigrantes a veces no están cubiertos por el seguro de enfermedad. Por ejemplo, muchos pacientes no asegurados examinados en clínicas de Costa Rica eran inmigrantes recién llegados, principalmente de Nicaragua y Colombia, que trabajaban en empleos de temporada o temporarios. Las dificultades para extender la cobertura a estos trabajadores son administrativas y culturales. Es difícil localizar a estos trabajadores temporarios y de temporada precisamente debido a que su condición laboral y por lo tanto no están asentados. Además, los inmigrantes tal vez estén poco dispuestos a hacer valer sus derechos.

Indígenas

En algunos países, los indígenas no están cubiertos por los regímenes de seguro de enfermedad basados en cotizaciones.

3.2 Opciones de políticas para la atención de salud a corto y mediano plazo

Los altos índices de mortalidad infantil en algunos países del grupo C indican que la tarea de extender la cobertura de salud es demasiado urgente como para esperar que se produzca un desarrollo económico general. El volumen de la mano de obra del sector formal en los países del grupo C limita las posibilidades de expansión de la cobertura de salud mediante un seguro basado en cotizaciones.

El fracaso de los regímenes de seguro basados en cotizaciones en la entrega de atención de salud para grandes segmentos de la población ha inducido a ciertos países a introducir y extender los regímenes financiados total o parcialmente por los impuestos generales. México favoreció a las comunidades indígenas sin acceso regular a la atención médica mediante el Programa de Ampliación de la Cobertura (PAC), financiado por el Estado. El PAC ofrece un paquete básico de servicios médicos que comprenden: sanidad básica, planificación familiar, cuidados prenatales y obstétricos, control de la nutrición y del desarrollo infantiles, inmunización, tratamiento de diarreas, enfermedades respiratorias parasitarias y agudas, prevención y control de la tuberculosis pulmonar, hipertensión,

diabetes, dengue, malaria, cólera, diabetes mellitus y accidentes, detección de cáncer cervical y formación comunitaria a la atención de salud autosuficiente. En 2000, el PAC según se informa cubrió a 8,1 millones de personas, 62 por ciento de las cuales viven en comunidades con una población principalmente indígena. La atención en las comunidades de difícil acceso se entrega mediante equipos itinerantes, aunque se ha propuesto que estos equipos ayuden a establecer centros de salud permanentes.

Tailandia introdujo en 2001, un Programa de Cobertura Universal de Salud, conocido como el "programa de 30 baht" porque el tratamiento se ofrece a ese precio. El programa, financiado en parte por el Estado y en parte por el aporte del usuario, está destinado a las personas no aseguradas por los dos principales regímenes de seguro de enfermedad, en particular a los peones de zonas rurales, a los trabajadores urbanos que no tienen derecho a la cobertura del seguro, a los trabajadores de temporada inmigrantes y a los trabajadores independientes. Sin embargo, el futuro financiero del régimen es incierto.

Malí asigna menos de cinco USD anuales por persona a la atención de salud. Menos de dos por ciento de la población está cubierta por un régimen de seguro de enfermedad basado en el empleador. La mayor parte de la infraestructura de promoción de la salud existe a escala local. Las preocupaciones prioritarias de los responsables de las políticas son la extensión del acceso a la atención de salud primaria, que comprende contracepción, cuidados prenatales e inmunización, educación y abastecimiento en agua potable. A fines de la década de 1980, comenzaron a surgir sistemas de microseguro de enfermedad basados en las comunidades, organizados a escala local, sin fines de lucro y con la participación de los miembros en la administración y la toma de decisiones (Zett, 2000). En la década de 1990, Malí introdujo el Programa de Atención de Salud Administrado por la Comunidad con un respaldo financiero externo. El elemento clave del programa es el Centro de Salud Comunitario, establecimiento de atención de salud primaria administrado y financiado por la comunidad. Los centros de salud comunitarios tienen por objeto incrementar el uso de anticonceptivos y el número de mujeres beneficiarias de consultas prenatales. Sin embargo, dado que Malí se encuentra en el grupo C, gran parte de la carga de la entrega de servicios de salud recae sobre las familias.

Aunque las mejoras administrativas elaboradas meticulosamente pueden garantizar que se maximice la utilidad de los cinco dólares anuales por persona, sin lugar a dudas en Malí y en otros países del grupo C existe una apremiante necesidad de recursos financieros mucho más cuantiosos. Muchos países del Grupo C no disponen de los recursos financieros para entregar una atención de salud adecuada a sus poblaciones, hecho que se observa en las notables diferencias entre los índices de mortalidad y morbilidad infantil de los países de los grupos A y C.

4. Conclusiones

Si el objetivo de las políticas, que no gozan en absoluto de universalidad, es extender la seguridad social y la atención médica a todos los sectores de la sociedad, los responsables de las políticas deben decidir qué programas o qué combinación de programas son capaces de alcanzar este objetivo. La orientación de las políticas en muchos países consiste en reemplazar los programas de seguridad social con elementos redistributivos por programas con una equivalencia directa entre las cotizaciones individuales y las prestaciones.

Si el objetivo de las políticas es extender la cobertura, es muy improbable que esta orientación sea exitosa. Nuestras observaciones refieren un vínculo entre el método de financiación y la cobertura: la cobertura aparentemente aumenta cuanto más el régimen se

aleja de una equivalencia directa entre las cotizaciones individuales y las prestaciones para orientarse hacia un régimen de seguridad social que redistribuye los recursos.

La relación entre redistribución y cobertura tal vez no sea tan sorprendente. Si bien los regímenes basados en la equivalencia entre cotizaciones individuales y prestaciones pueden ofrecer seguridad en la vejez y en la enfermedad a los "incluidos", descartan a los que más necesitan a la seguridad social. En muchos casos, no es posible incluir a los marginados dentro del alcance de las prestaciones basadas en cotizaciones. La entrega de una protección social adecuada a estos grupos exige desvincular, parcial o totalmente, las cotizaciones de las prestaciones y redistribuir los recursos.

En muchas partes del mundo, el cúmulo de los recursos financieros limitados con la necesidad a gran escala se opone a la implementación de un régimen universal que otorge una prestación de tasa fija en la vejez o incluso un régimen con comprobación de recursos, salvo en su nivel más rudimentario y probablemente desigual e ineficaz. Las cargas no compartidas provocadas por la enfermedad y la vejez pueden ocasionar daños graves a las familias que luchan por sobrevivir con escasos recursos.

Es necesaria una redistribución mucho mayor, más allá de las fronteras nacionales. Heater estima que la creciente interdependencia económica y monetaria del mundo socava cualquier argumento a favor de una política de justicia distributiva dentro de los límites estrictos del Estado nación:

> "Si los mecanismos económicos son transnacionales, la justicia económica también debería serlo. Por ende, la ciudadanía social sólo puede tomar una connotación global". (Heater, 1990, p. 274).

Referencias

Baldwin, P. (1990), *The Politics of Social Solidarity*, Cambridge University Press

Beattie, R. (2000), "Social protection for all: But how?", *International Labour Review*, Vol. 139, no. 2, pp129-148

Department of Health and Social Security, (1980), published in 1982 as *Inequalities in Health: The Black Report*, London: The Stationary Office

Department of Social Security, (1999), *Social Security Statistics 1999*, London: The Stationary Office

Dror, D. and Jacquier, C. "Micro Insurance: Extending Health Insurance to the Excluded", *International Social Security Review*, Vol. 52, Issue 1, January 1999, Oxford: Blackwell

Faist, T. (1995), "Boundaries of welfare states: immigrants and social rights on the national and supranational level", in Miles, R. and Thranhardt, D. (eds.), *Migration and European Integration*, London: Pinter

Gillion, C. (2000) "The development and reform of social security pensions: The approach of the International Labour Office", *International Social Security Review*, Vol. 53, 1/2000, Oxford: Blackwell

Heater, D. (1990), *Citizenship: The Civic Ideal in World History, Politics and Education*, London: Longman

Holzmann, R. and Packard, T. (1999), "Extending Coverage in Multi-Pillar Pension Systems", paper prepared for The World Bank Conference New Ideas about Old-Age Security, September

James, E. (1999), "Coverage under old age security programs and protection for the uninsured – what are the issues?", paper presented at Inter-American Development Bank Conference on Social Protection, Feb. 4-5

Kutzin, J. (2000), *Towards Universal Healthcare Coverage: A Goal-Oriented Framework for Policy Analysis*, Washington: World Bank

Lenaghan, J. (1999), "Legal Aspects: Entitlement and Denial", paper given to the British German Workshop on Health Policy sponsored by the German Ministry of Health, London, June

Mesa-Lago, C, (1998), *La Reforma de Pensiones en Costa Rica*, Fundacion Freidrich Ebert, San José, Costa Rica, September

Millar, J. (1996) "Women, poverty and social security" in Hallett, C. (ed.) *Women and Social Policy: An introduction*, Hemel Hempstead: Prentice Hall

Nicaise, I. (2001) *A note on non take- up of benefits*, Leuven: HIVA

Roberts, S. and Bolderson, H. (1993), "How closed are Welfare States? Migration, Social Security and National Frontiers: Social Security Provisions for Non-EU Nationals in Six EU Countries", paper presented at the Annual Conference of the International Sociological Association, September, Oxford

Schulte, B. (2002), "Flexicurity in an international perspective", paper given to Special Conference on Flexibility, Ministry of Labour and Social Affairs with support of the European Commission, Toledo

Thane, P. (1982), *The Foundations of the Welfare State*, London: Longman

World Bank (1994), *Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect and Promote Growth*, New York: Oxford University Press

World Bank, (2000), "Despite health improvements, malnutrition remains a silent emergency in India", *News Release* No. 2000/087/SAR, Washington

World Bank (2001) *Coverage: the scope of protection in retirement income systems*, Washington: World Bank

Van Oorschot, W. (1995), "Modelling non-take-up", in van Oorschot, W. (ed.) *New Perspectives on the non-take-up of social security benefits*, Tilburg University Press

Zett, J-B, (2000), "Actualisation de l'inventaire des mutuelles de santé au Burkina Faso" - version provisoire, *Banque de données sur les mutuelles de santé et leur structures d'appui*, Septembre, Dakar

Equipo de investigación: Informes sobre los países

Esta investigación se basa en 15 informes sobre países elaborados por los siguientes expertos en seguridad social:

País	Investigador	Instituto
Alemania	Dr. Bernd Schulte	Max Planck Institut, München, Alemania
Australia	Profesor Peter Saunders Tony Eardley	Social Policy Research Centre, University of New South Wales, Sydney, Australia
Costa Rica	Profesor Tim Gindling Juan Diego Trejos	University of Maryland, Baltimore County, USA and University of Costa Rica University of Costa Rica
Estados Unidos	Profesor David Greenberg	University of Maryland Baltimore County, Department of Economics, Estados Unidos
Finlandia	Profesor Johannes Pakaslahti Matti Kari	Finnish National Research and Development Foundation, Helsinki, Finlandia
Hungría	Profesor Igor Tomes Aniko Ballo	Personnel Ltd and Personnel Slovakia Ltd Praga, República Checa
India	Profesor R.K.A Subrahmanya Dr. A. Prakash Rao	Social Security Association of India, New Delhi, India
Malí	Profesor Saad Belghazi Dr. Daha Tidiane Bâ	INSEA, Rabat, Marruecos IAE, Bamako
Marruecos	Profesor Saad Belghazi	INSEA, Rabat, Marruecos
México	Profesor Carmelo Mesa-Lago	Florida International University, Latin American and Caribbean Centre, Miami, Estados Unidos
Reino Unido	Dr. Simon Roberts Dr. Bruce Stafford Karl Ashworth Rachel Youngs	Centre for Research in Social Policy (CRSP), Loughborough University, Reino Unido
República Checa	Profesor Igor Tomes	Personnel Ltd. and Personnel Slovakia Ltd Praga, República Checa

País	Investigador	Instituto
Tailandia	Profesor Pawadee Tonguthai	Thammasat UniversityFaculty of Economics, Bangkok, Tailandia
Tanzania	Profesor Samuel Wangwe Dr. Paula Tibandebage	Economic and Social Research Foundation Dar es Salaam, Tanzania
Uruguay	Profesor Carmelo Mesa-Lago Dr. Fabio Bertranou	Florida International University, Latin American and Caribbean Centre, Miami, Estados Unidos ILO, Santiago, Chile