

El Estado mexicano de bienestar

Gabriel Martínez



Miguel Ángel
Porrúa



El Estado mexicano
de bienestar

El Estado mexicano de bienestar

Gabriel Martínez



**CONOCER
PARA DECIDIR**
EN APOYO A LA
INVESTIGACIÓN
ACADÉMICA

Miguel Ángel
The logo for Miguel Ángel Porrúa features a stylized silhouette of a person sitting on a chair, with the name 'Miguel Ángel' above and 'Porrúa' below.
Porrúa

MÉXICO • 2006



La H. CÁMARA DE DIPUTADOS, LIX LEGISLATURA,
participa en la coedición de esta obra al
incorporarla a su serie CONOCER PARA DECIDIR

Coeditores de la presente edición
H. CÁMARA DE DIPUTADOS, LIX LEGISLATURA
MIGUEL ÁNGEL PORRÚA, librero-editor

Primera edición, mayo del año 2006

© 2006
JOSÉ GABRIEL MARTÍNEZ GONZÁLEZ

© 2006
Por características tipográficas y de diseño editorial
MIGUEL ÁNGEL PORRÚA, librero-editor

Derechos reservados conforme a la ley
ISBN 970-701-727-9

Queda prohibida la reproducción parcial o total, directa
o indirecta del contenido de la presente obra, sin contar
previamente con la autorización por escrito de los editores,
en términos de la Ley Federal del Derecho de Autor y, en su
caso, de los tratados internacionales aplicables.

IMPRESO EN MÉXICO



PRINTED IN MEXICO

www.maporrúa.com.mx

Amargura 4, San Ángel, Álvaro Obregón, 01000 México, D.F.



Prólogo

El Estado de bienestar (EB) es un elemento ubicuo en las sociedades occidentales contemporáneas. Bajo un ideal que fue importante durante el siglo XX, el Estado asumiría todos los riesgos de las personas por pérdida de empleo, enfermedad, pobreza en la vejez o ante la discapacidad, y por situaciones familiares que generan desventaja en el mercado de trabajo. Ese ideal estuvo simbolizado en la frase “a cada quien según sus necesidades, de cada quien según sus capacidades”, y las enormes dificultades para su implementación significaron su abandono, simbolizado por la caída del muro de Berlín y el fin de la revolución cultural en China.

El EB no corresponde a ese ideal, sino que acepta un grado de tensión entre la aspiración de mantener un sistema de libertades individuales y el ejercicio del altruismo y la ética igualitaria inherente a las personas. Para el EB son aceptables los procesos de creación destructiva y esfuerzo que generan el crecimiento económico, pero también lo es contar con mecanismos que distribuyan los beneficios del éxito capitalista. De ahí que una de las frases para describir sus características incluyan las siguientes: “economía social de mercado”, “principio de solidaridad”, “principio de subsidiariedad”, “modelo institucional-redistributivo”...

La tensión subyacente al EB corresponde a su capacidad de evolucionar con la sociedad en general, de adaptarse a los grandes movimientos sociales contemporáneos: en la institución familiar (divorcio, migración, soltería), y de reorganización

del comercio y de la producción (liberalismo comercial, globalización, desregulación). Por ello no podemos esperar consensos o soluciones tecnocráticas a los debates en torno al Estado de bienestar. Debemos estar dispuestos a entender que su evolución afecta en ocasiones a instituciones que han sido queridas por las familias en el pasado pero que deben ser superadas, y también que por naturaleza, el Estado de bienestar implica una intervención importante del gobierno en la actividad económica y en la vida de las familias. La evolución exitosa del EB radica en entender la importancia del bienestar de las personas sobre el de las instituciones.

Esta es una investigación que plantea las motivaciones generales del Estado mexicano de bienestar y procede a efectuar un análisis de sus principales programas. Su importancia radica en plantear una visión general de la forma en que el país está buscando equilibrar su imparable evolución social y económica, que genera inevitablemente ganadores y perdedores, con programas que mantengan un nivel aceptable de solidaridad y provean una perspectiva de un futuro mejor para todos. Veremos que el Estado mexicano de bienestar enfrenta retos primordiales si ha de cumplir su misión de proveer a todos los mexicanos de una visión de sociedad en la cual se comparten los éxitos y todos ayudan a sacar adelante a quienes enfrentan situaciones difíciles por desempleo, discapacidad, cuidado de niños o problemas de salud. Tal vez es extraño que este sea un tema que no ha sido tratado en la literatura, pero cualquiera que sea la razón, en mi opinión estamos cerca de observar un cambio de paradigma, en el cual pasaremos de una política de Estado basada en “ayudar a los pobres”, hacia una política de bienestar compartido.

El capítulo 1 es un ensayo sobre la economía política del Estado de bienestar. Aun cuando la seguridad social equivale típicamente de 15 a 30 por ciento del PIB en los países desarrollados, y es el programa más grande en muchos en vías de desarrollo de ingreso medio, los economistas tienen pocas respuestas a la pregunta de “¿por qué tenemos Estado de bienestar?” Por ello, ahí trato de presentar en forma balanceada los principales argumentos relacionados, así como dos episodios paradigmáticos.

El capítulo 2 trata de las principales discusiones regulatorias. Los grandes temas son los seguros de salud y los de invalidez, vida y retiro (el sistema de pensiones). Creo que en efecto conocemos todavía poco sobre la pregunta más difícil de las causas del Estado de bienestar, pero en los últimos años se han dado grandes avances en entender su funcionamiento y las fórmulas regulatorias

para lograr que funcione mejor. El Estado mexicano de bienestar funciona bajo un marco corporativo y regulatorio generado en los años cuarenta –con excepción de las reformas al sistema de pensiones de los noventa–, y otros países han tenido avances notables en modernizar sus seguros sociales para la salud, para el cuidado de niños, y para el desempleo. El atraso incluye una omisión total al problema del desempleo. Por ello es útil conocer de las principales tendencias que se dan y tratar de correlacionarlas con la situación nacional.

Los siguientes cinco capítulos (3 al 7) tratan temas de regulación y organización en el EB mexicano. En éstos estudiamos cómo se financia, las distorsiones que impone sobre las familias y empresas, y el funcionamiento de sus principales programas (pensiones, salud, cuidado de niños, desempleo y combate a la pobreza). Dos economistas de origen canadiense –Harry Jonson y John K. Galbraith– quienes diferían en muchas otras cosas, coincidían en que entender la economía contemporánea requería descifrar el papel central de las corporaciones. El EB incluye en su núcleo un conglomerado de grandes burocracias, con sus propias agendas y grupos de interés, que evolucionan lentamente y que viven ciclos de auge y crisis, pero que son indispensables para cumplir los fines del EB. La complejidad de los procesos que tienen a su cargo estas tecnocracias significa que la intervención directa del gobierno y del Legislativo en la administración tiene pocas probabilidades de ser fructífera y genera un grado de conservadurismo que hace ineficientes a las instituciones. Por ello, es principal la discusión sobre cuál es la regulación más adecuada a esas corporaciones, sobre los mecanismos disponibles para su evaluación, y en general del marco en que generan flujos financieros y proveen servicios.

Al tiempo que aquí se subraya la complejidad política del tema, debe encontrarse un mensaje sobre la posibilidad de evolución en una sociedad democrática y libre. Mientras que la discusión sobre la política del EB en el capítulo inicial nos alienta en entender que la tensión y complejidad sociales pueden derivar en soluciones de beneficio colectivo, los capítulos posteriores nos hablan de que identificar los problemas existentes y definir el camino para su solución están llenos de desviaciones, pasos a desnivel y algunas carreteras, pero también senderos rugosos y que quedan por construir algunas grandes vías. El papel de la investigación radica precisamente en mejorar esa identificación y en buscar soluciones que hagan más fácil la evolución del EB, institución con la que tal vez nadie está totalmente conforme por su incapacidad de proveer toda la seguridad que quisiéramos para las familias, pero de la cual tampoco nadie espera una desbandada

por el crecimiento de la economía capitalista. Esta tensión no se va a ir, y es inclusive un elemento positivo para la sociedad, es un costo de combinar elementos de altruismo e igualdad con la libertad individual.

Por lo antedicho, el objetivo de este libro estará cumplido si sirve para entender un poco más de cómo funciona el Estado mexicano de bienestar, algunos de los principales problemas que ha enfrentado históricamente, y la forma en que se puede lograr disminuir las tensiones que le son inherentes mediante políticas públicas mejor informadas.

Esta es una investigación que analiza al Estado mexicano de bienestar, su organización y sus problemas. Por ello está dirigido a quienes tengan algún interés en la política, en profundizar en las investigaciones o en aprender qué hace esta institución. También puede ser utilizada como complemento en cursos de economía o política pública, principalmente en el ámbito laboral, de salud, de economía política o de finanzas públicas. Todos tenemos nuestros temas favoritos y naturalmente trabajamos acerca de ellos, pero en este caso en particular, no tengo duda de que el análisis de los programas del Estado de bienestar será una de las vetas más productivas en la investigación social durante los próximos años.

Este libro lo hice en una época en que fungí como secretario general de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. No obstante ni la Conferencia ni alguno de sus miembros tienen responsabilidad sobre el contenido del presente libro.

En la elaboración de este libro conté con el valioso apoyo de diferentes personas, las cuales colaboraron en diferentes formas para reunir, parte del material que este libro presenta. Quiero agradecer especialmente a Víctor Arellano, Blanca Conesa, Kathya Lucio, Héctor Macías, César Martínez, Evelyne Rodríguez y Adriana Valle. Toda la información utilizada es información pública.

CAPÍTULO 1

Economía política de los sistemas de protección social

INTRODUCCIÓN

¿Por qué tenemos Estado de bienestar? En este capítulo investigamos las motivaciones para su creación, y posteriormente trabajaremos en torno la pregunta de cómo mejorar el Estado de bienestar (EB). Para el habitante de una sociedad contemporánea, el EB pudiera parecer una institución indispensable, sin embargo, aún para aquellos países con historias más largas en la materia, el EB se remonta a apenas un poco más de 100 años, y para el caso particular de México el nacimiento del EB se da prácticamente después de la Segunda Guerra Mundial. Con el fin de entender las motivaciones del EB estudiamos el efecto que sus programas buscan tener sobre las familias. Encontramos principalmente dos hipótesis al respecto: 1. el EB busca estabilizar el consumo de las familias en relación con un estándar, el cual es función de la riqueza general, ante una realidad en la cual el desarrollo de opciones privadas de seguro es insuficiente, y 2. el EB cumple un papel de control social al dar a las personas un horizonte con seguridad, para lo cual se asocia a políticas económicas que activamente buscan hacer del desempleo un evento temporal, así como lograr la participación de la población en el sostenimiento de una solución equitativa, en la forma más cooperativa posible. Ambas hipótesis son complementarias y se expresan en un sentido positivo, como explicaciones del EB, y no en forma normativa, como objetivos deseables. Por ello, la evolución y

reformas al EB pueden ser entendidas como respuestas o correcciones a la desviación de los objetivos.

¿QUÉ HACE LA PROTECCIÓN SOCIAL?

Los argumentos económicos a favor de los programas del Estado de bienestar se pueden ordenar en dos conjuntos. El primero relaciona teorías sobre el comportamiento económico de las familias en situaciones de riesgo, y las decisiones de trabajo y consumo de los hogares. Este primer conjunto provee un marco para el análisis de la conducta de las familias y de la forma en que los programas del Estado de bienestar interactúan con ellas, pero no justifica la existencia del éste. El segundo conjunto provee justificaciones para el EB y consta de dos grupos de hipótesis que son diferentes pero complementarias. Una de ellas se deriva de la teoría del capital humano en unión a teorías de restricción crediticia, y otra trata de la existencia de un riesgo moral que se da en general en la población y que impide llegar a soluciones de mercado eficientes. Ambos conjuntos de hipótesis son necesarios para explicar el EB; el primero para entender la demanda por los servicios del EB, el segundo para entender por qué se dan soluciones con intervención estatal.¹

El primer conjunto de teorías que justifican al EB surge de la existencia del riesgo. En economía, el riesgo es inherente a cualquier actividad y los agentes económicos buscan continuamente controlarlo mediante acciones de ahorro, transferencia o aseguramiento. El riesgo es una propiedad de los bienes en el sentido de que cada uno tiene una probabilidad de estar disponible. Por ejemplo, se

¹ Mulligan y Sala-i-Martin (1999b) clasifican las teorías sobre el EB en hipótesis de eficiencia, narrativas y políticas. Las justificaciones de eficiencia se refieren a una falla del mercado, e incluyen las siguientes: la visión de la "seguridad social como programa de bienestar para los ancianos", el argumento de que "el retiro incrementa la productividad para administrar óptimamente las externalidades de capital humano", el "seguro óptimo de retiro", el "problema del padre pródigo", el "keynesiano equivocado", el "seguro óptimo de longevidad", la "economización de costos de transacción por el gobierno", y el "retorno en inversión en capital humano". Para estas teorías, el seguro social es una fuente de bienestar general. En segundo lugar están las teorías narrativas de la seguridad social: "la teoría de la carta en cadena", la "teoría del trabajo lumpen" –de las "clases peligrosas" sería una mejor traducción según Himmelfarb (1988)–, la "teoría del capitalismo monopólico" y la "teoría de la respuesta de política a las pensiones privadas sub-pero-casi-óptima". Según Mulligan y Sala-i-Martin, la mayor parte de estas explicaciones narrativas sugieren que el ahorro forzado no incrementa el bienestar general y puede disminuirlo, aun cuando puede tener beneficios y costos diferentes entre los individuos. Las teorías políticas de la seguridad social son las siguientes: el modelo de mayoría racional de votación (que a la vez tiene dos versiones, la de "los viejos como líderes de una coalición ganadora con los pobres", y el modelo de "elección de una vez por todas"), el "modelo de competencia política intensivo en tiempo", y el "modelo de protección al contribuyente" (Mulligan y Sala-i-Martin, 1999a).

puede modelar que el evento de recibir cierto salario el próximo año, es un bien de cierta probabilidad, el evento de tener acceso a un bien de consumo a cierto precio es otro bien con una probabilidad asociada, y el evento de perder el empleo mañana es también un bien con cierta probabilidad. Los individuos deciden su patrón e intensidad de trabajo y consumo de acuerdo con los precios y probabilidades que perciben.

La expresión moderna del objetivo de la protección social está en la teoría del consumo permanente de la teoría del consumidor. De acuerdo con esta teoría, las personas buscan estabilizar su nivel de consumo a lo largo de la vida. Para lograrlo, estiman el nivel esperado de ingreso y de riqueza a lo largo de toda su vida, y calculan el nivel de gasto que puede sostener periodo tras periodo minimizando las variaciones positivas y negativas. Cuando la persona enfrenta una variación inesperada en el ingreso (por ejemplo, por una situación inesperada de desempleo) decide si esa variación es extraordinaria y modifica su riqueza permanente o bien si es un evento que se repetirá aleatoriamente en el futuro con resultados positivos o negativos, el efecto neto sobre la riqueza será aproximadamente nulo. Cuando la variación en el ingreso es permanente, la persona ajusta su consumo también en forma permanente, pero cuando se trata de una variación temporal, que será compensada por otros resultados en el futuro, la persona tiende a mantener su nivel de consumo.

La teoría del consumo permanente ha tenido un gran impacto sobre la teoría y las aplicaciones económicas en las últimas décadas. Una de las aplicaciones más importantes se ha dado en la fusión con las teorías de la oferta de trabajo, con el fin de modelar la forma en que las personas deciden de manera conjunta su consumo y sus periodos e intensidad de trabajo (participación y horas). El resumen de esta literatura en Killingsworth (1983) confirma un punto que sorprendentemente era ignorado en el diseño de políticas de protección social hasta hace poco, el cual aún es causa central de los problemas: las personas responden de una forma consistente mediante ajustes en su consumo y su trabajo a cambios en sus restricciones presupuestales, y siendo los programas del EB una parte importante de la riqueza de la mayor parte de las familias, tienen un efecto grande sobre las decisiones de trabajo y ahorro.

Entrando al segundo conjunto de teorías que justifican a los programas del EB, tenemos primero la hipótesis que combina la teoría del capital humano con una hipótesis de restricciones financieras sobre las familias, y segundo las hipótesis de deficiencias o asimetrías de información, el cual lleva a soluciones de mer-

cado con un nivel bajo de aseguramiento o con primas demasiado elevadas (Jack, 2000).

El argumento de restricciones al crédito es el siguiente. En primer lugar, las familias desean obtener más capital humano en la forma de mayor educación, mejor estado de salud o mayor tiempo dedicado a la búsqueda de empleo, pero se ven limitadas a lograrlo porque no cuentan con la liquidez necesaria para hacer las inversiones, en especial cuando hay niños o enfermos en la familia, y el sector financiero enfrenta problemas (tales como monopolios o altos costos de transacción), que impiden a las familias acceder a créditos para solventar esas necesidades temporales de liquidez. En segundo lugar, aun cuando las familias logren hacer algunas inversiones en capital humano, los riesgos que les pone enfrente la realidad económica son tan grandes que no hay posibilidad de contar con mercados financieros capaces de administrar esos riesgos cuando toman un tamaño grande. En ambos casos, se requiere de una intervención pública, ya sea para financiar inversiones en capital humano o para asegurar un ahorro colectivo que asista a familias que sufran eventos adversos de largo plazo. La hipótesis de restricción crediticia tiene el problema de justificar la existencia de la restricción, pues en ausencia de esa explicación, no es claro por qué el gobierno la va a poder resolver.

En el tema de asimetría de información se presentan dos situaciones de riesgo moral y una de aversión al riesgo: *a*) la información asimétrica después de que ocurre un evento que requiere un gasto por la familia (una enfermedad, un evento de desempleo, una situación de discapacidad, una necesidad de cuidado de niños), situación que surge cuando los contratos de seguro pagan los gastos incurridos en lugar de pagar en función de las necesidades, llevando a un consumo excesivo que en equilibrio resulta en una cobertura baja del seguro (Feldstein, 1973); este problema hace que las familias gasten demasiado en salud porque esperan que el seguro termine siendo el pagador, permanecen demasiado en el desempleo mientras el seguro les paga una parte de sus salarios, mandan a sus niños demasiado tiempo a la guardería, se retiran a una edad demasiado temprana, o pretenden tener un nivel de discapacidad mayor al real; *b*) también hay un problema de información asimétrica cuando después de firmado el contrato pero antes de que ocurra la enfermedad, el evento de desempleo, la discapacidad u otro evento negativo, se pueden tomar acciones preventivas, pero la persona no las lleva a cabo porque espera el pago del seguro en caso de ser requerido; *c*) el caso de selección adversa consiste en que al no poder diferenciarse los

riesgos por parte de la aseguradora, las personas de bajo riesgo encuentran que el seguro es demasiado caro para ellas, mientras que asegurar a las de alto riesgo lleva pérdidas a las aseguradoras (Akerlof, 1970; Rostchild y Stiglitz, 1976).

Los casos de información asimétrica pueden tener dos soluciones. Una es la contratación para resolver los problemas específicos, como es el caso de la evolución a contratos que pagan en función de las necesidades, limitan la protección a personas de conductas riesgosas (*e.g.* fumadores), y obligan a certificar las acciones preventivas (*e.g.* exámenes periódicos). La solución por medio de contratos está limitada por la imposibilidad de controlar la conducta de las personas. La segunda solución es la propuesta por Greenwald y Stiglitz (1986), que utiliza impuestos y subsidios para incentivar acciones. Podemos notar que en ambos casos no se llega a suponer que el gobierno puede tener mejor información que los particulares, pues en esta aplicación ello no es realista.

Una hipótesis que también se utiliza para justificar al EB es la del Estado paternalista o previsor. Éste actúa de la siguiente forma: las personas tienen una visión miope del futuro y no consideran en forma adecuada los riesgos de pérdida de empleo o caídas en el ingreso (incluyendo en esto dificultades para prever su longevidad). Esta teoría podría considerarse como un complemento que favorece la hipótesis con restricción crediticia, en la cual el evento adverso es la incapacidad del hogar de prever eventos, pero hay una diferencia en que en este caso, el EB posee una capacidad superior de obtener y procesar información que las familias, de manera que puede encontrar oportunidades benéficas de operaciones de crédito que los particulares no logran aprovechar, o bien reconocer eventos que las familias no logran prever por sí mismas. El problema con esta hipótesis es que no hay una base teórica o empírica para suponer que el gobierno tiene más información que los individuos para prever eventos futuros.

Una clase diferente de hipótesis que surge contemporáneamente pero que probablemente aún requiere de mayor aceptación teórica y validación empírica proviene del campo de la economía conductista. Investigación reciente señala la posibilidad de que intervenciones de muy bajo costo puedan tener un impacto muy grande sobre la conducta de ahorro de las personas (evitando así el daño por falta de aseguramiento). En esta literatura se establece que algunas regulaciones se enfocan a la redistribución, otras a compensar externalidades, y un tercer tipo es paternalista: restringe la soberanía del consumidor al forzar, prevenir o restringir opciones por su propio bien.

Camerer *et al.* (2003) definen una regulación como “paternalismo asimétrico” cuando ésta crea grandes beneficios para aquellos que cometen errores, mientras que impone un daño muy pequeño o ninguno sobre quienes son plenamente racionales. Algunas regulaciones reflejan el temor de que aun personas de mente sana puedan no actuar en su propio interés de largo plazo en ciertas situaciones predecibles. Por ejemplo, las leyes contra la usura protegen a la persona de someterse a una servidumbre indefinida para resolver preocupaciones económicas de corto plazo. La regulación de narcóticos surge de la preocupación de que éstos tengan la capacidad de convertir a personas ordinarias en disfuncionales que requieran atención extraordinaria de otros. Cuatro tipos de reglas que incluyen el paternalismo asimétrico, listadas en un orden de divergencia del paternalismo asimétrico puro (*i.e.* el creciente intervencionismo de la política) son las siguientes: 1. reglas de omisión; 2. provisión o reexpresión de la información; 3. periodos de enfriamiento; 4. limitación de la elección del consumidor. Una regla de omisión es una que, por ejemplo, establece que de no haber una contratación explícita por el trabajador, toda su familia queda afiliada a determinado plan de salud o de ahorro para el retiro.

Una regla sobre las omisiones se justifica en el “sesgo de estatus”. Éste consiste en que las personas permanecen con las políticas existentes, las canastas de consumo, los legisladores y otras decisiones en mayor grado al que predice la teoría, a pesar de que los costos de cambiar sean bajos. Una fuente de este sesgo es la aversión a la pérdida –la tendencia a poner un valor negativo mayor en pérdidas que un valor positivo en ganancias equivalentes. Una segunda fuente proviene del “sesgo de omisión-comisión” –la tendencia a preocuparse más por errores de comisión que por errores de omisión, aun cuando no hay una razón normativa obvia para establecer la distinción. Una tercera fuente es la procrastinación –la tendencia a retrasar repetidamente acciones benéficas en la creencia de que se tomarán en el futuro. Thaler (1993) relata estas paradojas de la racionalidad económica.

Una aplicación importante son los contratos en los cuales se establece al consumidor una opción de omisión. En planes de ahorro para el retiro voluntario las empresas en general han tenido como resultado de la omisión la no participación. En aquellos casos en que se han movido de no participación a participación se han dado grandes incrementos en la participación (Choi *et al.*, 2001). Los mismos investigadores encuentran que un problema con la afiliación automática es que se tiende a escoger una tasa baja de contribución y un por-

tafolio excesivamente conservador, con lo cual el impacto sobre el ahorro es de aproximadamente cero. Otro ejemplo del efecto de la definición de reglas de omisión es que la gente tiende a asignar sus ahorros en forma pareja entre las opciones. Así si hay N opciones, asignan $1/N$ de los recursos a cada opción (Thaler y Benarti, 2001).

En conclusión, la investigación de la economía conductista no puede hacerse de lado sin incurrir en errores que podrían evitarse a bajo costo. Probablemente es aún temprano para concluir sobre las principales implicaciones para el EB, pero ésta puede ser una justificación adicional: el EB juega un papel de señalización para facilitar a las familias el tránsito hacia los planes de ahorro y seguro, no tanto porque posea una ventaja informativa (como correspondería la Estado paternalista), sino porque las familias toman tiempo y esfuerzo en procesar información, y una acción colectiva puede disminuir en forma radical el costo de hacerlo. La arquitectura de información de los programas puede así tener un impacto importante sobre la conducta a un costo bajo. Esta es una “regulación para conservadores” porque justifica la intervención del Estado principalmente para mejorar el flujo de información hacia las familias, es una superación de la hipótesis del Estado paternalista: no se trata de que el Estado tenga mejor información, sólo que puede organizar los flujos en forma colectiva y disminuir los costos (al igual que lo hace con la señalización de tráfico o las normas técnicas).

POBREZA Y ESTÁNDARES RELATIVOS DE CONSUMO

Los programas para aliviar la pobreza tienen antecedentes inmemoriales, pero un punto de referencia adecuado para trazar el origen moderno de la protección social está en las economías industriales de la primera parte del siglo XIX. Con el crecimiento de la urbanización surgieron grupos de familias que por desempleo, viudez o por un accidente laboral quedaban sin posibilidad de generar un ingreso, y que no contaban con una red familiar o una instancia benefactora que proveyera bienes de consumo en casos extremos (como una iglesia o un señor feudal en épocas anteriores).

Las sociedades en economías industriales desarrollaron un concepto relativo de pobreza en el cual el nivel de consumo aceptable como mínimo depende del nivel general de riqueza. Esta idea es explicada por Himmelfarb (1988), y permanece como un aspecto básico de la política social de forma implícita o explícita.

Los programas para pobres tienden a definir una “línea de pobreza”, una “canasta básica” u otra variable que es función del nivel de consumo de la sociedad en general y no de un estándar biológico de subsistencia o de algún otro criterio permanente de consumo mínimo. Los programas de pensiones contemporáneos de retiro e invalidez buscan “reemplazar” una proporción del ingreso de las personas, pero el estándar no es el ingreso propio de la persona, sino un compuesto del ingreso general de toda la población. Así, por ejemplo, es común que las pensiones se ajusten como función del nivel de salario de toda la economía y no necesariamente como una función de las aportaciones hechas por el individuo. Otro ejemplo importante se encuentra en las políticas de salud. Chernichovsky (2000) argumenta que si bien los programas de aseguramiento social en salud expresan un objetivo de “integridad”, en el sentido de proporcionar todos los servicios médicos a una persona, en la práctica dominan un principio de “solidaridad”, bajo el cual se proveen los servicios que pueden financiarse para todos, no ofreciéndose aquellos que por su costo sólo se podrían financiar para algunos o para quienes pudieran pagar un complemento.

La perspectiva provista por Himmelfarb (1988) rebasa el ámbito de los programas contra la indigencia: en general los programas del EB buscan garantizar un nivel de consumo de las personas definiéndolo en términos relativos. Por ello se explica que sea políticamente muy simple bajar el valor de las pensiones cuando hay una caída general de los salarios, mientras que es muy difícil legislar cambios que financieramente parecen marginales, como pueden ser modificaciones a las reglas de ajuste inflacionario que impliquen un retraso pequeño en el crecimiento de las pensiones o aumentos en la edad de jubilación para compensar parcialmente el incremento en la esperanza de vida.

¿TIENEN LAS DEMOCRACIAS MÁS SEGURIDAD SOCIAL?

En ocasiones se postula que las democracias tienden a generar mayor crecimiento del gasto en seguridad social, así como del gasto público en general y otras políticas. Similarmente, en ocasiones se sugiere que la reforma a la seguridad social en Chile, que motivó otras en el resto de América Latina y en Europa oriental, fue posible por darse bajo una dictadura. El ejemplo es en sí mismo sospechoso porque Chile mantuvo y reforzó esos programas al transitar hacia la democracia, y en el resto de los países las reformas se han dado en general en ambientes de democracia. En el Reino Unido el gobierno laborista que inició al final de los

noventa mantuvo y amplió las reformas iniciadas por el gobierno conservador desde los ochenta. Por otro lado, los programas “tradicionales” de seguridad social surgen a la égida de la dictadura prusiana en el siglo XIX.

En general, no se da una causalidad entre sistemas políticos y creación y evolución de la seguridad social. Parece más bien que la seguridad social es un programa atractivo para sociedades modernas sin importar el régimen político, y puede generarse y sobrevivir a épocas de turbulencia que afectan a otras instituciones del Estado.

De una forma sistemática, Mulligan, Gil y Sala-i-Martin (2001) evalúan si existe una conexión empírica entre democracia y el programa de seguridad social o su diseño. ¿Afecta el proceso de votación a estos programas? Las bases de datos utilizadas son internacionales y consisten de paneles de países para los estudios econométricos, y también elaboran estudios de casos para América del Sur y el sur de Europa. Estos investigadores encuentran que las políticas de seguridad social varían con factores económicos y demográficos, pero que historias políticas muy diferentes pueden resultar en la misma política de seguridad social. La democracia parece tener un efecto muy pequeño sobre los presupuestos de la seguridad social, o en afectar la forma en que influyen la economía y la demografía. Inclusive, los efectos pequeños que se observan señalan que las democracias gastan menos en seguridad social y ponen límites a los impuestos a la nómina con mayor probabilidad que las no democracias en situaciones económicas y demográficas similares. Tanto las democracias como las no democracias tienen la misma propensión a adoptar fórmulas para inducir el retiro temprano con una prueba de edad y no con una prueba de ingresos.

Similarmente, Mulligan y Sala-i-Martin (2004) observan que los programas de seguridad social en el mundo tienen un número muy grande de aspectos comunes, por lo cual debe haber fuerzas económicas y políticas sistemáticas que determinan que la seguridad social sea un fenómeno de “equilibrio”. Concluyen que las fuerzas políticas deben ser importantes porque la seguridad social redistribuye una gran cantidad de ingreso y no necesariamente en un sentido igualitario: a) obviamente distribuye de los jóvenes a los viejos; b) la redistribución entre generaciones ocurre aun cuando los viejos consumen tanto o más que los jóvenes; y c) los beneficios se incrementan con los ingresos de por vida y generalmente no son sujetos de una prueba de medios (es decir, no son programas para redistribuir de ricos a pobres). Sin embargo, la evidencia no apoya una historia simple en la cual los viejos ganan las votaciones a los jóvenes, ya que: d) las fórmulas de

beneficios inducen el retiro, especialmente en países con los mayores presupuestos de seguridad social, y e) bajo muy distintos regímenes políticos surgen programas similares de pensiones.

CONTROL SOCIAL Y EL ESTADO DE BIENESTAR

En este apartado tratamos dos episodios históricos para discutir la visión del EB como una herramienta de control social. Primero, planteamos que los mecanismos de control social son eficaces en la medida en que la sociedad los acepta como una forma habitual y no violenta para la convivencia, y nos referimos a la hipótesis de debilitamiento de los gobiernos ante la presión de sostener y la dificultad en reformar el Estado de bienestar. Después tratamos el caso del Estado bismarckiano propiamente dicho, en el cual se expresa crudamente un conjunto de motivaciones para lograr un sistema de seguridad social. Finalmente, trataremos el caso del Reino Unido al inicio del siglo XIX, un caso arquetípico que no tuvo la visión centralizadora de Bismarck y en el cual mediante la evolución de coaliciones políticas bajo la inestabilidad social posnapoleónica se llega a un equilibrio en el que deben balancearse visiones de la sociedad que si bien son encontradas, encuentran un símbolo común en la necesidad de favorecer el desarrollo económico.

¿Qué significa el control social?

¿Cuál es la influencia del Estado de bienestar sobre la conducta política de la ciudadanía? Janowitz (1976) analiza al Estado de bienestar desde la perspectiva del control social, definido como la capacidad de una sociedad o grupo social para perseguir un conjunto de valores morales superiores. En su opinión el formato contemporáneo de las instituciones de bienestar ha contribuido al desarrollo de regímenes gobernados por márgenes estrechos o por coaliciones inestables, o aun por gobiernos de minoría. La estructura social contemporánea hace difícil y compleja para los ciudadanos la tarea de calcular su interés propio en la política. El resultado es la transformación de ligas tradicionales estables entre agrupaciones socioeconómicas y afiliación política. El electorado se caracteriza por mayor grado de volatilidad en sus preferencias políticas y por la fragmentación de la elección social, por lo que los partidos políticos son menos capaces de generar mayorías claras que les den poder efectivo en las arenas ejecutiva y legislativa.

El artículo 22 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 señala que todos como miembros de la sociedad tienen derecho a la seguridad social por ser esto indispensable para su dignidad y desarrollo libre de su personalidad.² Como la seguridad social se define por sus objetivos de mantenimiento del ingreso o acceso a servicios, este artículo los supone como indispensables para la dignidad y el desarrollo libre. Esto no es incompatible con la evidencia histórica, la cual indica que para la adopción y mantenimiento de la seguridad social se requiere algo más que altruismo, y que los gobiernos la han visto como un componente estratégico de control social.

“Control social” se entiende como “autorregulación”, la capacidad de una sociedad o grupo social de perseguir un conjunto de valores morales superiores (*i.e.* la dignidad y desarrollo libre a que se refiere la Declaración Universal de los Derechos Humanos). Desde esta perspectiva el Estado de bienestar es más que el gasto público y su administración: contiene la justificación ideológica, moral y política de asistir a las familias a buscar objetivos de su elección, e implica que las instituciones de gobierno deben continuamente tomar acciones para guiar el enfoque, las prioridades y el efecto del gasto en bienestar.

Los científicos sociales incurren en ocasiones en la futurología, que consiste de la aplicación de teorías mecánicas de la historia para determinar la supervivencia o el colapso de una estructura social. Probablemente el caso más famoso en la historia lo sean las predicciones marxistas sobre el fin del capitalismo, pero también se encuentra la predicción de Schumpeter sobre una creciente concentración de la actividad económica como consecuencia de la mayor eficiencia del capitalismo corporativo, y la predicción de Malthus sobre el empobrecimiento al crecer la población por arriba de la producción de alimentos. Un caso más reciente lo conforman las predicciones de desastre ecológico que se dieron en los años setenta bajo la etiqueta del “Club de Roma”.³ Estos influyentes casos parecen sugerir que la mejor forma de saber si una estructura social perdurará (capitalismo, capitalismo competitivo, población en crecimiento perpetuo), es identificar si alguna escuela de pensamiento social ha elaborado una teoría sobre su fin inminente. En esta categoría caben los pronósticos de colapso de los programas del EB. En la realidad, estos programas han probado ser resistentes, pues

²“Artículo 22. Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.”

³Mesarovic y Pestel (1974), Forrester (1971), y Meadows (1974).

la sociedad encuentra la forma de adecuarlos a la realidad financiera; el proceso puede ser ineficiente, y la ausencia de quiebras no significa que no se den pérdidas importantes de valor. La debilidad y los cambios de gobiernos son un reflejo de las dificultades para ajustar los programas y una forma de ir haciendo los ajustes parciales y evolutivos.

En ocasiones se asume que un sistema efectivo de protección social que incremente la igualdad y evite grandes cambios en el bienestar de las familias fortalece a las instituciones democráticas. Sin embargo la extensión del EB no ha sido acompañada por una redistribución del ingreso importante. Una causa de esto radica en que el EB, que postula la igualdad, tiene como elemento definitorio elevar el consumo de acuerdo con patrones que produce la diversidad social. Por ello, los servicios de las instituciones del EB nunca pueden “alcanzar a la demanda”: el EB promete igualdad a partir de un estándar creado por la diversidad.

En los debates sobre el EB aparece el dilema sobre la conveniencia de centrar la política en proveer un consumo mínimo o de proveer transferencias independientes del nivel propio de ingreso o riqueza (“derechos basados en la ciudadanía”). Entre otras expresiones de este debate se encuentran temas como: a) si el sistema de pensiones debe pagar pensiones mínimas o tasas de reemplazo asociadas al nivel de ingreso del trabajador; o b) si los sistemas salud y de educación deben dar servicios sin importar la capacidad de pago de las personas. En la realidad, las transferencias del EB se basan en decisiones políticas determinadas por el conflicto y negociación entre grupos de interés diversos, y el EB es un instrumento de redistribución entre competidores de los recursos, los cuales en general no son los de menor ingreso. En consecuencia, la estratificación social observada no es un efecto directo solamente de la tecnología y la organización de la producción, sino que se determina en forma simultánea con el sistema de transferencias del EB. Janowitz (1976) defiende la hipótesis de que esta competencia entre grupos de interés por los recursos del EB determina patrones de alta volatilidad en la participación política que no llevan a preferencias y alianzas estables y unificadas, lo que ayuda a explicar la emergencia de regímenes democráticos débiles.

La conducta de los ciudadanos del EB ha seguido dos tendencias desde 1945. Por un lado, la creciente riqueza se refleja en un intenso patrón hedonista, y por el otro se incrementan las conductas que se desvían de los estándares morales, culturales y políticos. El EB original buscaba garantizar un nivel mínimo

de consumo para aproximar a las personas a un estándar de vida, mientras que en la actualidad su intervención es, con mayor frecuencia, para integrar a los beneficiarios al sistema de control social ante conductas hedonistas. Para el EB contemporáneo son más importantes las desviaciones del estándar por esas causas. La obesidad es un riesgo social mayor que el hambre, y el consumo de narcóticos (tabaco y otros), estimulantes y alcohol constituyen una mayor causa directa de desintegración familiar, orfandad y pobreza que los argumentos del ciclo económico y el maquinismo que se daban en la fundación del sistema. Muchos más niños son pobres por la acción del llamado "Estado fantasma" del narcotráfico y el alcoholismo que por la recesión económica y el desplazamiento del empleo por el cambio tecnológico.

El EB también ha enfrentado a lo largo de su expansión, que fue a partir de la Segunda Guerra Mundial, una contradicción entre sus objetivos de participación y sus instituciones. Mientras que los teóricos del EB veían a la descentralización y a la participación comunitaria como elementos clave para su funcionamiento (Myrdal 1960), las instituciones se organizaron sobre bases funcionales, generando jerarquías que no se comunican con la población. Esto se debió en parte a las ventajas en costo de organizar al EB como una corporación de servicios, pero también a las dificultades del EB de conciliar objetivos de igualdad, que le son primordiales, con las demandas de libertad que generan otros ámbitos sociales.

En su objetivo regulador, el EB enfrenta su principal reto en la diversidad social, no sólo necesaria para cumplir con ideas de libertad, sino indispensable en una visión evolutiva de la sociedad. Para la prestación eficiente de servicios el EB se ve obligado a mimetizar el comportamiento de las corporaciones privadas, pero al quedar fuera de la esfera de competencia genera conductas burocráticas y monopolísticas. Al no conseguir una base política, social e intelectual para su transformación, los logros del EB no consiguen tampoco una legitimidad autogeneradora y autotransformadora. La expresión de esta situación toma en la superficie una expresión en variables económicas, tales como el desempleo, la economía informal y la burocracia, en el fondo consiste de una desviación de los objetivos de igualdad hacia una contradicción con la libertad necesaria para la evolución social. La libertad genera diversidad, y un EB estático pierde con el paso del tiempo la capacidad de generar equidad y de impulsar un conflicto con la conducta social que en su naturaleza evolutiva demanda flexibilidad. Por ello, Janowitz (1976) considera que los regímenes políticos de Occidente han sido incapaces de gobernar y modificar con efectividad las instituciones básicas del EB, por lo cual la expansión del EB se ha acompañado de regímenes políticos débiles.

Al organizarse corporativamente el EB adoptó los incentivos propios a esa forma social, con la peculiaridad de que la legislación le provee de poder monopolístico, alejando aún más la posibilidad de funcionar descentralizadamente con agencias comunitarias, ya que los principales agentes son las burocracias y sus proveedores, los cuales se benefician de ese poder centralista. Es en este sentido que los movimientos de reforma que promueven la aplicación de la competencia en los servicios que provee el EB pueden fortalecerlo al generar mayor participación y debilitar a las burocracias.

La visión del EB que opera descentralizadamente ha sido compartida por críticos de la intervención estatal y por proponentes de la planificación. Milton Friedman (2002) argumentaba que aun si se aceptaba la intervención estatal para garantizar un ingreso de pensión, no era necesario su monopolio en el mercado de rentas vitalicias, el cual era inseparable a los sistemas de pensiones del EB y que aún se da en la mayor parte de los países (las reformas para generar ahorro individual en América Latina son políticas para romper ese monopolio).

Myrdal (1960) veía, en cambio, una tendencia imparable hacia la planificación como consecuencia de las inevitables crisis económicas que inducían intervenciones acumulativas del Estado. En esa visión, la protección del bienestar implicaba el control del comercio exterior, de los salarios y precios, y en general la coordinación de la actividad económica por el Estado. En opinión de Myrdal, la regulación a gran escala que se había iniciado en la Primera Guerra Mundial y perfeccionado en la Segunda había sido exitosa, logrando además con ésta acostumbrar a la población a una vida bajo el control estatal directo. En esta visión, el EB se fundamentaba en la estabilización de la economía por el Estado, consistente en la regulación extensiva de precios y salarios, y la propiedad estatal de las grandes corporaciones. Incidentalmente, Myrdal veía esta tendencia como una reacción del Occidente a los “valientes esfuerzos de los países soviéticos” (Myrdal, 1960: 41). Myrdal pensaba que en “el EB avanzado con su alto nivel de educación cívica y responsabilidad cívicas, los numerosos funcionarios públicos serían todos «de la gente» y no profesionales a sueldo” (Myrdal, 1960: 87).

La predicción de Myrdal falló cuando el control estatal de las corporaciones industriales y de servicios demostró baja capacidad de transformarse creativamente, mientras que los países que mantuvieron economías más libres han sido a la larga más aptos para generar ganancias en productividad. Junto con Schumpeter, falló también en prever la posibilidad de que las grandes corporaciones privadas se vieran sometidas a presiones competitivas y al proceso de creación y destrucción.

La capacidad del Estado para generar reglas coherentes y evolutivas fue excesivamente limitada a largo plazo, y no fue posible que el EB funcionara descentralizadamente. No deja de ser paradójico que Myrdal compartiera con Friedrich Hayek el Premio Nobel de 1974, ya que el austriaco fue el principal exponente de los argumentos en contra de la economía planificada, precisamente por las dificultades en entender el valor de la evolución del sistema económico descentralizado.⁴

En el EB contemporáneo son pocos los defensores de la visión planificadora de Myrdal, ya que las reformas se inclinan hacia lograr la descentralización en un marco de libertad económica. Esto ha puesto tensión sobre los monopolios corporativos del EB. En el área de pensiones no hay mucha discusión acerca de la importancia de avanzar hacia una mayor participación del ahorro individual en un ambiente de competencia, refiriéndose los debates al grado en que conviene mantener la vieja estructura (Kotlikoff, 2004). En el área de salud el paradigma dominante demanda autonomía de los hospitales y otros proveedores y flexibilización del financiamiento del seguro social, a lo cual avanzan naciones con experiencias históricas muy diversas (Chernichovsky, 2000).

Myrdal (1960) entendía que su paradigma de (EB contenía una contradicción importante, pues era “nacionalista y proteccionista” (p. 162). Pensaba que una profundización de la cooperación entre estados planificados proveería una solución, sin embargo, la historia se ha inclinado hacia mayor movilidad de personas y de capital, y a un sistema internacional basado en acuerdos comerciales en el cual la coordinación es la excepción y está lejos de ser eficaz, pues resulta más de la capacidad de negociación de algunos países que de acuerdos para la división internacional del trabajo (como es el caso, por ejemplo, de las restricciones voluntarias a la exportación que Estados Unidos extrajo de Japón en los años ochenta). Sin embargo, conviene resaltar que Myrdal estaba en lo correcto en un sentido positivo al señalar que los beneficios del EB generan un argumento en favor del nacionalismo y el cierre de fronteras. Para el caso de Estados Unidos, esta posición está ejemplificada por Borjas (2000), quien argumenta en contra de la migración mexicana a Estados Unidos por considerar que genera costos netos para los programas sociales de Estados Unidos.

⁴Una reciente biografía intelectual de Hayek es la de Caldwell (1994).

¿Qué hizo Bismarck?

En ocasiones, las opciones sobre la política de seguridad social se asocian a los nombres de Bismarck y Beveridge. En la práctica esto se refiere a la forma de financiar los programas y a los derechos de acceso a beneficios disponibles para la población: en la opción Bismarck se dan contribuciones de empleados, empleadores y gobierno, y el acceso depende de la afiliación a un “fondo” o “caja”, mientras que en la solución Beveridge el financiamiento es de fondos generales y el acceso es más libre. Desde la perspectiva de la economía política, una visión basada solamente en el análisis del financiamiento es de importancia táctica, pero el control social es el objetivo estratégico. Si deseamos dar valor a un análisis exegético, conviene apuntar que en el caso de Bismarck el objetivo de control social era la razón de ser de la seguridad social, y en el caso de Beveridge, si bien se daban argumentos altruistas, el control social era también una motivación principal.

La hipótesis de control social no tiene mejor defensor que el propio Otto von Bismarck, aristócrata prusiano (*Junker*) que llegó a ser primer canciller del imperio alemán y primer ministro de Prusia. Bismarck es el epítome de la lucha aristocrática contra la revolución liberal europea de 1848, la oposición a la emancipación judía y el Estado de bienestar como instrumento de control social (Taylor, 1967). En esos años, los judíos en Alemania eran confinados a ghettos, y Bismarck, quien había tenido una conversión religiosa y era creyente en un Estado cristiano, se oponía a la liberalización de las relaciones entre religiones. Similarmente, Bismarck se oponía a las ideas liberales de democracia que llevaron a un movimiento revolucionario que infectó a Europa en 1848. Bismarck pensaba que los enemigos de la aristocracia eran la clase media y las clases educadas, las cuales buscaban la expansión del industrialismo con fines egoístas, y para ello estaban dispuestas a sacrificar a las clases bajas de las ciudades y a los campesinos. En su “modelo”, la monarquía podía ganar el apoyo de estas últimas, y eventualmente de las clases medias y educadas, mediante concesiones que permitieran liberar presión social y mantener el gobierno aristócrata.

El mensaje del 17 de noviembre de 1881 al parlamento imperial (Reichstag) fue explícito en los objetivos que se buscaban con la promoción de la seguridad social: “el sanar los males sociales debe buscarse no solamente en la represión de excesos democráticos sino igualmente en forma positiva al avanzar el bienestar de los trabajadores”. Con base en eso en los siguientes años se adoptaron: a) la ley concerniente al seguro de salud para los trabajadores (15 de junio de

1883), que hizo obligatorio el seguro de salud en la industria (incluyendo trabajadores de cuello blanco), se extendió gradualmente a los sectores de transporte, agricultura y silvicultura, y en 1892 se consolidó en la Ley del Seguro de Salud; b) la Ley de Seguro de Accidentes (6 de julio de 1884), para proteger a empleados industriales en establecimientos peligrosos, y que también fue extendida a otros sectores; c) la Ley del Seguro de Invalidez y Vejez para Trabajadores, Jornaleros y Aprendices (22 de junio de 1889). La historia del imperio que Bismarck gestionó es explícita entonces sobre sus objetivos de control social.

La supervivencia de la Ley de Pobres⁵

Otro episodio histórico de relevancia para entender el papel del Estado de bienestar en el control social lo provee la discusión al inicio del siglo XIX en el Reino Unido sobre la Ley de Pobres. Inglaterra fue el primer país de la Revolución Industrial, y el lugar en que surge el liberalismo económico como doctrina, por lo cual este episodio constituye un modelo germinal.

Después de las guerras napoleónicas, y habiendo transcurrido varias décadas de la Revolución Industrial, la nación se debatía por: 1. la necesidad de continuar con la liberalización de la economía; 2. los problemas de los agricultores por los bajos precios de sus productos, y 3. la presión fiscal que grupos importantes del parlamento asociaban a la Ley de Pobres. Este era un ordenamiento surgido en la época de Isabel I (1558-1603; las leyes de pobres se codifican en 1597-1598), que recaudaba contribuciones principalmente de terratenientes, y pagaba subsidios a pobres. Con el paso de los años, el programa (como diríamos hoy) se había ampliado y de dar beneficios sólo a pobres sin capacidad de trabajar, estaba dando apoyo a todo tipo de pobres.⁶ Bajo ese marco y con el fin de disminuir la importancia del apoyo a los pobres se dio una coalición entre terratenientes y liberales (quienes eran enemigos en casi todos los demás temas, como eran la emancipación católica y la apertura comercial). Sin embargo, con memorias frescas de la Revolución francesa y levantamientos sociales que llevaron a legislaciones militaristas y a la limitación de los derechos individuales, al final del episodio pasaron a un muy segundo término las preocupaciones de terratenientes y utilitaristas, dándose en la práctica otro matrimonio implícito de grupos que en otros campos eran contrarios para mantener la Ley de Pobres (cristianos y demócratas).

⁵ Este apartado tiene una fuente principal en Halevy (1987).

⁶ Himmelfarb (1988), contiene una descripción muy útil de este tema.

El problema de la “Ley de Pobres” (Poor Law) ocupaba la atención del parlamento y de las clases gobernantes. La “tarifa de pobres” (*poor-rate*) era un impuesto local, no nacional, y la recesión de 1815 había aumentado en forma importante la tarifa de 5'418,846 libras en 1815 a 7'870,801 en 1918. Esto era pagado principalmente con impuestos a la tierra. Durante los primeros años del siglo XIX, para proveer a los inconformes en las bancas de los comunes con una justificación para su reforma, apareció la teoría sobre población del padre Robert Malthus.

Malthus propuso una teoría que señalaba que la Ley de Pobres llevaría a largo plazo al empobrecimiento precisamente de la clase que trataba de asistir, al promover una tasa de nacimiento imprudente entre las clases trabajadoras. El número de consumidores se incrementaría fuera de proporción a los medios de subsistencia y produciría una caída de los salarios en el intento de mantenerlos a un nivel artificial.

La doctrina de Malthus, quien no era demócrata, era aceptada por David Ricardo, quien sí lo era y además gozaba de una enorme influencia política por el éxito que habían tenido las políticas liberales para el Reino Unido, de manera que Bentham, James Mill, y los utilitaristas en general (quienes también eran demócratas) adoptaron la hipótesis de que los impuestos eran una causa secundaria de los problemas de la nación, y que el empobrecimiento continuaría mientras los trabajadores no aprendieran a limitar su multiplicación indiscriminada. Esta inclinación de Ricardo (“príncipe del industrialismo”) llevó a una alianza política de otra forma inimaginable. Ricardo buscaba mecanismos para extinguir la deuda nacional, mientras que los terratenientes (agraristas) querían reducir la tarifa de pobres, por lo que en la teoría de Malthus encontraron el argumento común para hacerlo. Al disminuir el apoyo a los pobres, tendrían menos hijos, y eso terminaría disminuyendo el gasto, el déficit y los impuestos.

La abolición plena de la Ley de Pobres se percibía como políticamente muy complicada, sin embargo, comenzó un movimiento para regresar a la letra de los estatutos isabelinos, de manera que no se diera apoyo a los pobres con capacidad de trabajar. Pronto se aprobó en el parlamento un sistema de votación para que las tarifas no pudieran elevarse sin el voto abierto de dos terceras partes de los pagadores, en lugar del sistema anterior de voto indirecto mediante consejos previamente elegidos.

A pesar de la influencia del conservador Malthus sobre el grupo liberal de Ricardo, la hipótesis no tuvo aceptación general, probablemente porque comen-

zaba a ser evidente que la capacidad productiva generada por la industrialización había movido radicalmente los límites a la capacidad de consumo. Esta visión fue articulada por Robert Owen. Los antimalthusianos eran cristianos que veían la postura del reverendo como un insulto a la moral, y demócratas, en cuya opinión era un credo egoísta y cruel. Owen expresó que el crecimiento en la productividad industrial invalidaba la hipótesis de Malthus, y que la forma de combatir la pobreza era permitiendo al trabajador apropiarse de esa productividad. Una influencia inmediata fue la Ley de Fábricas de 1815, que si bien era tímida, representó un avance en lograr beneficios mínimos para trabajadores por la vía regulatoria.

En la práctica fue otra la causa de la derrota de la coalición entre agraristas e industrialistas (terratenientes y utilitaristas) en su embate contra la Ley de Pobres con base en la teoría malthusiana. La visión de los demócratas y de los cristianos fue apoyada en la práctica por eventos de revolución social. Después de las guerras napoleónicas se conjuntaron factores que crearon descontento social (la recesión de 1815 siendo una variable destacada). Después de un atentado contra el príncipe regente en 1816 el gobierno expidió las Leyes de Coerción, que fueron aplicadas prontamente y militarizaron al reino. Para el utilitarista Bentham, “las planicies, alturas, o cualquier cosa que sean, de Waterloo serán un día señaladas como la tumba no sólo de las libertades francesas, sino también de las inglesas” (Haley 1987: 25). Estas cuatro Leyes de Coerción suspendieron la Ley del Habeas Corpus, aseguraban la seguridad personal del rey, reprimían los intentos de incitar a la tropa a amotinarse y prohibían la federación de asociaciones políticas y restringían los actos públicos y la venta de literatura blasfema. Tres años después, en 1819, el gobierno expediría las “Seis Leyes”, con las cuales se reforzaron las medidas de control y se autorizó una gran ampliación de las fuerzas del orden.

La lección de este episodio se refiere a las dificultades para limitar el apoyo de la Ley de Pobres a personas en situaciones de difícil mejoría (a los “pobres merecedores”), en una época en la cual se percibía una gran capacidad social para elevar la productividad y transferir al individuo un grado de responsabilidad por encontrar empleo, a pesar de los argumentos económicos liberales y su matrimonio de conveniencia con el malthusianismo y el agrarismo. Ante una situación de riesgo de violencia, el sector político opta por abandonar las ideas de reforma y refuerza las medidas de control militar y policial y evita fortalecer los mecanismos de responsabilidad personal. Simultáneamente, ante la percepción de una gran parte de la población, era injusto disminuir el apoyo a los pobres cuando se observaba un gran incremento de la riqueza.

¿Qué tan similares son las coaliciones políticas contemporáneas? Un cambio importante es que el malthusianismo original era más cercano a las ideas liberales pues predicaba que el apoyo a los pobres generaba más nacimientos y eventualmente más pobreza, por lo cual la Ley de Pobres debería limitar sus subsidios. En la actualidad, el malthusianismo es poco aceptado en círculos de la economía académica pues ha probado tener poca validez empírica, habiendo sido reemplazado principalmente por teorías de capital humano, pero en círculos políticos goza de una vigorosa salud y la mayor parte de los gobiernos del mundo (en especial el subdesarrollado) tienen programas de control natal con subsidios del gobierno para limitar el crecimiento de la población.

Tendencias en la protección social

INTRODUCCIÓN

Entre los ochenta y los noventa los sistemas de protección social fueron cuestionados y sujetos a grandes transformaciones en la mayor parte del mundo. En algunos casos, como consecuencia de transformaciones políticas, el panorama actual de la protección social muestra un cambio radical (Europa del este, China), en otros la presión de la competitividad ha obligado a crear los sistemas (“tigres asiáticos”), en algunos más las crisis fiscales han presionado a la adopción de reformas graduales (Estados Unidos) o radicales (América Latina), y en un grupo importante la presión del desempleo se ha sumado a la fiscal para promover el cambio (Europa occidental). En el nuevo milenio probablemente existen actitudes más conciliadoras, pero la conciencia de la necesidad de reformas es aún mayor.

De esta historia no hay lecciones de consenso. En todas las grandes funciones de la seguridad social se dan divergencias entre los países, y no es claro que los gobiernos puedan lograr mayor claridad al respecto en los próximos años. Esta situación de divergencia la resume el comentarista David Brooks para Estados Unidos, pero parece aplicable a muchos otros países, incluyendo a México:

Si usted quiere imaginar cómo será en la próximas décadas la política Americana, imagínese dos olas rompiendo una sobre la otra en forma simultánea, cada una magnificando el daño causado por la otra.

La primera ola es el costo explosivo de los programas de beneficios. La segunda ola es la polarización siempre creciente de la clase política. La polarización hará imposible alcanzar un acuerdo sobre cómo arreglar el problema de los beneficios sociales. Mientras tanto las opciones virulentas forzadas sobre nosotros por los costos de los beneficios harán la polarización aún peor.

El voto de varios países en 2005 en contra de una nueva constitución europea es curiosamente interpretada por unos grupos, como reflejo de la preocupación por el efecto de la mayor integración sobre el Estado de bienestar, y por otros como muestra de la preocupación porque los costosos estados de bienestar de los países más grandes fueran el modelo a seguir, afectando la competitividad de los demás países. El popular columnista Thomas Friedman expresó al respecto:

...los votantes franceses le están diciendo a sus líderes: detengan el mundo, queremos bajarnos; mientras que los votantes en la India le han estado diciendo a sus líderes; detengan el mundo y constrúyanos una escalerita, queremos subirnos... [L]os votantes franceses están tratando de preservar la semana laboral de 35 horas en un mundo en el que los ingenieros hindúes están dispuestos a trabajar un día de 35 horas. Buena suerte... [I]o siento por los trabajadores de cuello azul de Europa Occidental. Un mundo de beneficios que han conocido por 50 años se está derrumbando, y sus gobierno no parecen tener una estrategia para enfrentar la situación.

Parte de la opinión pública francesa coincidía con esta opinión, y una encuesta realizada por el periódico *Le Monde* atribuía el rechazo a la nueva constitución al temor de la pérdida de empleos (*Le Monde*, 2005).

Para producir esta diversidad se conjugan las diferencias entre los mercados laborales de los países y entre los balances de grupos dentro de sus estructuras de poder, las heterogéneas distribuciones del ingreso, el diferente grado de desarrollo financiero, y otros factores. La investigación debe jugar el papel de dibujar los mapas de opciones disponibles para modelar al sistema de protección social sobre bases realistas, logrando así disminuir la virulencia de los debates. Algunas diferencias tienen un fondo ideológico y serán inevitables, pero otras surgen de la falta de entendimiento de los problemas y de los programas.

La literatura sobre sistemas de protección social crece en forma importante desde los noventa. La misma trata su origen histórico y su marco legal, su relación con el entorno económico, la economía política de los sistemas, y los modelos financieros y fiscales que la sustentan. En este capítulo trataremos el tema de la transferencia de modelos entre países, ya que la seguridad social en un campo en el cual los avances exitosos tienden a propagarse. Este capítulo contiene un subapartado sobre la organización de los sistemas de protección social que describe el concepto de integración vertical, el cual es clave para entender la evolución de la política en programas de salud, pensiones y otros.

ORGANIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL

Las formas que han practicado las sociedades para garantizar un nivel de consumo son variadas al grado de ser poco reconocibles como pertenecientes a la misma clase, y dependen crucialmente del entorno de política económica. En algunos casos, la garantía ha tomado la forma de definición de estándares de ingreso; por ejemplo, típicamente un sistema occidental de pensiones ofrece una pensión monetaria. En otros casos, la garantía de consumo se da mediante la provisión directa de bienes y servicios por el Estado; por ejemplo en la forma de asilos de ancianos, provisión estatal de vivienda o de servicios hospitalarios. En las economías socialistas del área soviética y de China era común que la protección social se proporcionara en forma directa por las empresas empleadoras, y grandes empresas manufactureras en países capitalistas también han ofrecido planes de pensión salud y otros servicios a sus trabajadores (como es el caso de General Motors, Alfa o Vitro).

Clasificar detalladamente los diferentes programas de protección social parece ser una tarea complicada, por lo cual es preferible buscar una aproximación conceptual. Las teorías de organización industrial proveen una forma de visualizar estos programas como realizadores de funciones financieras (de aseguramiento) y operativas (de provisión de servicios). Estas funciones pueden estar integradas verticalmente lo que implica que una misma agencia lleve a cabo todas las funciones o estas funciones pueden llevarse a cabo por separado por diferentes agencias. Haya o no integración vertical de las funciones aseguradora y proveedora, es relevante el grado de integración horizontal.

Entre los casos más estudiados están los programas de pensiones. Éstos tienen como fin primordial proveer una garantía de ingreso, pero históricamente han tenido la función adicional de constituir monopolios estatales en el mercado de rentas vitalicias. La posibilidad de quitar la función de garantía estatal del ingreso al monopolio estatal ha sido la idea básica detrás de las reformas a los sistemas de pensiones entre los ochenta y los noventa en América Latina y el Reino Unido, así como el incrementar el crecimiento del mercado privado de rentas vitalicias en Estados Unidos (que se apoya en forma importante en disposiciones fiscales). Estas reformas pueden interpretarse en el sentido de mantener la garantía estatal del ingreso mediante una funcionalidad de integración nacional de riesgo por parte del Estado (nivel de aseguramiento social), permitiendo la competencia en el mercado de provisión, que en este caso es el de rentas vitalicias (nivel de provisión de servicios, en el de renta vitalicia).

La visión de los programas sociales como una combinación de funciones financieras y operativas que pueden, en forma alternativa contratarse o integrarse verticalmente es aplicable a todos los casos. En ese marco también puede medirse cada nivel del programa por la integración horizontal que presenta. Otro caso de gran importancia es el de la salud. La diversidad de programas es aún mayor en salud que en pensiones. Para el caso de pensiones, es muy común y hasta los ochenta fue casi universal, la estrategia de integrar en un monopolio estatal todas las funciones financieras y operativas: el Estado cobraba las cuotas, administraba los fondos y pagaba las pensiones. En cambio, en salud el esquema más común ha sido el constituir fondos de seguro a nivel de gremio o sector (o empresa en caso de empleadores muy grandes), con el sector público proveyendo una función complementaria ya sea financiera u operativa (para subsidiar o proveer servicio subsidiado a quienes no pueden pagar). Estas diferencias entre los dos grandes programas (pensiones y salud) no son aleatorias, y se asocian a que los primeros son predominantemente financieros, mientras que en los segundos la complejidad de los servicios finales hace muy difícil su control directo por el Estado como agente financiero. Sin embargo, en México se intentó una estrategia de integración tanto vertical como horizontal, resultando en los silos (estructuras independientes) que se describen en el capítulo 4.

Hasta los cincuenta o sesenta, un número de gobiernos intentaron la integración vertical y horizontal de los programas de salud, pero pocos lograron hacerlo, siendo el ejemplo preeminente el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, creado

a raíz del Reporte Beveridge de 1942. En América Latina, hasta los setenta se dio con frecuencia la estrategia de hacer crecer a los grandes institutos de seguridad social que integraban las funciones financieras y operativas, pero en la práctica pocos países de la región cuentan en la actualidad con un control vertical por el seguro social de la atención a la salud para la mayor parte de la población. Algunos países han tenido cambios fundamentales al buscar separar las funciones financieras de la provisión de servicios de salud, estando en este grupo Chile, Colombia, Perú y República Dominicana (con grados de avance heterogéneos). En México se mantiene una fuerte integración vertical al igual que en Panamá, que es uno de los países con mayor cobertura del seguro social en América Latina, pero en México hay además una fuerte separación horizontal de los proveedores de servicios finales.

Los sistemas de protección social integrados verticalmente han enfrentado dos problemas importantes que han motivado reformas. Primero, generan dificultades para la movilidad de trabajadores entre empleos o al momento del retiro, al atar la protección a un empleo determinado. Segundo, han mostrado menor capacidad para enfrentar el incremento en costos de la salud en comparación a los sistemas en que el financiador y el proveedor son distintos, por lo cual tienden a controlar costos mediante el uso de colas y disminución de calidad del servicio.

LA TRANSFERENCIA DE MODELOS ENTRE PAÍSES

Al revisar la estructura de los sistemas de protección social entre países se encuentra que los de menores ingresos tienden a imitar los modelos de los países desarrollados, y aún un grupo más amplio de países con ingreso tardío a la industrialización (y que han alcanzado mayores ingresos) suele imitar a las economías líderes. Así, por ejemplo, América Latina y parte de Asia (notablemente Japón), adoptaron legislaciones de seguridad social inspiradas en los modelos de Europa continental (en ocasiones llamados “bismarckianos”). De la misma forma dentro de Europa también se dio una influencia alemana sobre gran parte del continente.

Europa y Estados Unidos

Aunque el modelo del EB en los países de América Latina haya sido similar al europeo cuando se concibió de los años veinte a cuarenta, en la práctica su de-

sarrollo ha divergido de la experiencia en el viejo continente.⁷ Durante la primera mitad del siglo XX América Latina tomó básicamente los modelos europeos y los adoptó, y es hasta las últimas dos décadas que comienza a divorciarse de esa estrategia. Notablemente en el área de pensiones, ALC ha comenzado a desarrollar soluciones propias. En áreas de salud las reformas aún son incipientes. En los pocos países en donde existe el seguro de desempleo, también se evoluciona hacia modelos distintos a los europeos. En el caso de los seguros de salud, el intento de instalar sistemas europeos ha sido impedido por el crecimiento de la economía informal y la persistencia de grupos marginados, y posiblemente en algunos países se está dando una aproximación al modelo de Estados Unidos. Debo aclarar que estas “aproximaciones” no son deliberadas, sino que resultan de un proceso evolutivo. En particular, el fracaso que han tenido los esquemas de seguridad en AL, derivados de copiar el modelo europeo, se deriva en que estos esquemas generan flujos privados y una oferta privada de servicios que el Estado no es capaz de apropiarse o controlar, y los particulares gravitan entonces hacia las formas de contratación más adecuadas a la tecnología y al tipo de transacciones que se dan en el sector, produciéndose coincidencias entre países (no copias de modelos).

Es así que se plantean las siguientes preguntas: ¿en qué forma y por qué no se consolidó en AL el modelo europeo de pensiones?, ¿qué están haciendo estos países para atender sus nuevas realidades?, ¿se consolidará el movimiento de pensiones resolviendo los problemas propios de la región? ¿se logrará la transformación de los mercados de salud mediante iniciativas adecuadas a las demandas propias?

En el área de salud la iniciativa de reforma más estructurada ha sido la colombiana, que tiene su inspiración en ideas del movimiento de medicina administrada de Estados Unidos y algunos países europeos, aunque es una aplicación original.⁸ Por otro lado, la principal influencia tecnológica sobre la región y la inversión extranjera provienen de Estados Unidos, lo que incide sobre los siste-

⁷Las legislaciones de seguridad social de ALC siguieron inicialmente el modelo europeo de “cajas” o “fondos” de seguridad social, con financiamiento tripartito, pero pronto generaron un factor de divergencia, ya que se fueron consolidando como monopolios integrados verticalmente, controlando directamente los hospitales y clínicas. Con los años, esto generó una fuerte segmentación de la oferta y del aseguramiento (CISS, 2004). En Europa, el sistema de seguridad social tuvo un origen privado, en planes del empleador o gremiales, y la seguridad social fue una política de consolidación, de manera que típicamente existen numerosas cajas o fondos y los hospitales son generalmente descentralizados (Chernichovsky, 2000). En ALC, el modelo europeo se trasladó a un ambiente en que eran pocos los planes de empleadores, y los gobiernos decidieron hacer crecer la cobertura con inversión y control directo.

⁸Enthoven, 1993.

mas de organización y administración. La mayor parte de las naciones de ALC tienen grandes proporciones de población sin seguro de salud, y los segmentos con seguro de salud son de asalariados. También se observa un fuerte crecimiento del gasto privado y de la inversión en hospitales y otras instalaciones, mientras que los sistemas públicos enfrentan restricciones de crecimiento y su calidad es cuestionada por los consumidores. Virtualmente toda la región de ALC ha adoptado estatutos legales concediendo algún tipo de “derecho a la salud” y ha intentado o adoptado políticas que buscan la universalidad de los servicios. En la práctica, los últimos 20 años han sido de crecimiento o al menos permanencia de la “economía informal”, lo que significa que los trabajadores optan por no afiliarse a los sistemas públicos. Sin embargo, el crecimiento del gasto en salud se está dando por arriba del crecimiento de las economías nacionales y cada vez es menos probable que se logren sistemas universales públicos, por lo cual la política se está inclinando a aceptar la necesidad de integrar a los agentes públicos (que son una parte importante de la oferta de aseguramiento y servicios de salud) en un sistema en el cual la oferta privada jugará un papel que no será secundario. Los países con las reformas más avanzadas (Chile, Colombia, República Dominicana) han definido que si bien el financiamiento para salud tiene un componente público dominante, se complementa con el privado, y el sistema de provisión de servicios es descentralizado.

Las reformas que se han dado en países desarrollados

El mapa de la seguridad social en Europa está dominado por sistemas de pensiones-reparto con grandes obligaciones no fondeadas y desequilibrios de largo plazo, pero solamente se han dado reformas modestas para solucionar el problema del déficit financiero de largo plazo (Feldstein y Siebert, 2002). Las reformas que se han adoptado caen en dos grandes categorías. Por un lado se ha buscado reforzar las finanzas de los sistemas dejando intacta su estructura básica, para lo cual se ha elevado la edad al retiro, modificando la fórmula de beneficios (en ocasiones mediante las reglas de indexación), y se han incrementado los impuestos; este tipo de reforma en ocasiones se conoce como paramétrica.

Francia, Alemania y España son ejemplos de países que han seguido reformas paramétricas. Los casos de reformas fundamentales intentan lograr mayor respaldo de las obligaciones (fondeo) mediante la acumulación de activos reales en cuentas individuales. Holanda es un caso que ha operado un sistema fondeado

por largo tiempo, y recientemente las reformas en Suecia adoptaron un componente de fondeo en adición al de reparto. En Europa del este se ha dado un movimiento más agresivo hacia sistemas fondeados con Polonia y Ucrania siguiendo parcialmente el “modelo chileno”, y la República Checa, Rusia y otros al menos adoptando sistemas de ahorro individual complementarios.

El caso de Estados Unidos muestra reformas paramétricas en el área de pensiones desde los años ochenta para mejorar las finanzas del seguro social. De los países de OCDE, el de Estados Unidos es uno de los sistemas más sólidos, pero se plantean en la actualidad reformas importantes que se discuten en el siguiente apartado.

En los seguros de salud el evento más importante de las últimas décadas es el movimiento hacia la “salud administrada”. En espacios ocupados por soluciones privadas, la medicina administrada sustituye el pago por caso y el reembolso por planes integrales de servicios de salud, con el fin de contener el costo al internalizar el control de los médicos y los hospitales, y permitir la administración de largo plazo del estado de salud de las personas. En espacios dominados por soluciones públicas, el movimiento busca la separación de las funciones de aseguramiento social (financiamiento) de las de provisión de servicios, lo cual implica dar autonomía a los proveedores de salud (médicos y hospitales), pero reorganizándolos para que provean planes integrales, y adoptar estrategias de financiamiento compatibles con esa autonomía (presupuestos capitados ajustados por riesgo y pagos por resultados).

Reforma en Estados Unidos y propuesta de Kotlikoff

En la coyuntura actual, un elemento de gran expectativa es la posible reforma al sistema de pensiones en Estados Unidos. Es el sistema nacional más grande medido en personas y más aún en valor financiero, y es generalmente considerado uno de los mejores administrados, con costos de gestión bajos, una historia larga y permanente de pago de pensiones (algo que pocos en Europa pueden presumir por la interrupción de la guerra), un nivel de respaldo financiero y análisis de opciones de política superior al de los demás países de la OCDE, e inclusive sujeto a un ambiente político que ha sido más conducente a aceptar reformas (notablemente la efectuada en 1984 para modificar la fórmula de indexación de beneficios y elevar la edad de jubilación).

Desde hace algunos años se han planteado propuestas para reajustar el sistema, ante la evidencia de que la reforma paramétrica de los ochenta quedó corta en pronosticar el impacto del envejecimiento y de la bondad de los beneficios con relación a las contribuciones, pero especialmente ante un nuevo movimiento político que busca mejorar los incentivos en el mercado de trabajo y elevar la competitividad en el manejo de los fondos. Una referencia de influencia en este movimiento es la provista por Feldstein (1998), quien fue presidente del Comité de Asesores Económicos del presidente Reagan y un actor importante en la reforma de los ochenta. El debate sobre la reforma al sistema de protección social en Estados Unidos comprende varias funciones, incluyendo el seguro de desempleo y los programas de cuidado de niños, los programas de entrenamiento y por supuesto los de financiamiento a la salud y pensiones.

Aun si la administración Bush no logra los cambios, el tema permanecerá en la agenda política. En seguridad social, las propuestas son en el sentido de permitir la inversión en fondos privados de los recursos para el retiro, y hacer crecer el ahorro individual para salud bajo un sistema que combina cuentas individuales más un seguro complementario para gastos mayores. En materia de impuesto sobre la renta, probablemente se quisiera eliminar, o disminuir y simplificar el impuesto al ingreso y adoptar un impuesto nacional a las ventas. La propuesta fiscal está íntimamente ligada a las de seguridad social, ya que un impuesto a las ventas es uno de los instrumentos más eficaces contra el deterioro financiero que provoca el envejecimiento. La propuesta fiscal la expresamos como probable, pues ningún grupo político la ha articulado expresamente.

De darse la reforma al seguro social sin la reforma fiscal, el déficit crecería tanto que los cambios al programa de pensiones se verían amenazados. La propuesta del presidente Bush está probablemente ligada a una estrategia política de pasar primero la reforma al seguro social y buscar (o esperar) la reforma fiscal para después. Como eso es algo que no podemos investigar, conviene estudiar las propuestas integrales de reforma, que proveen una visión más completa y libre de la influencia de estrategias políticas.

La propuesta alternativa que comentaremos es la de Kotlikoff (2004). Este economista ha denominado sistema de seguridad personal (SSP) y sistema de seguridad médico (SSM) a los dos grandes componentes de su iniciativa, que coincide en parte con la del Presidente, pero difiere en el aspecto crucial de eliminar el impuesto a la nómina (y no el impuesto al ingreso), pero también adopta un impuesto a las ventas. Las propuestas de Kotlikoff son en mi opinión un resumen

balanceado de las propuestas de reforma que se han dado a lo largo y ancho del mundo, en países con distintos niveles de ingreso, y consideran la experiencia en la aplicación de las reformas. Por lo mismo, sirven para efectuar una evaluación comparativa con la situación en México, lo cual se hace en las tablas 1 y 2. La conclusión principal de este ejercicio es que las reformas de 1995 al IMSS constituyeron un avance importante, pero quedan algunos pendientes en el área de pensiones; la asignatura pendiente más importante es la reforma de los sistemas para trabajadores del Estado, que están marginados del nuevo sistema. En salud el marcador da un resultado diferente, y prácticamente ninguno de los puntos deseables se ha logrado.

TABLA 1
El sistema de seguridad personal (SSP)

Propuesta Kotlikoff	Comparación con México	Comentarios
Se elimina la acumulación adicional de beneficios de retiro de seguridad social.	Básicamente se aplicó en México en 1997.	Se requiere cortar el flujo de déficit que genera el sistema viejo.
Los retirados actuales y los trabajadores actuales reciben sus beneficios acumulados de retiro de la seguridad social.	Se aplica en México una versión modificada al momento del retiro.	Se reconocen los derechos obtenidos en el régimen anterior.
Se elimina el impuesto a la nómina del seguro social correspondiente al seguro por vejez (OAI por sus siglas en inglés) y se reemplaza con contribuciones obligatorias equivalentes a cuentas del SSP.	Básicamente se aplica desde 1997.	Se trasladan las contribuciones del viejo sistema al nuevo.
Se establece un nuevo impuesto federal a ventas al menudeo para pagar los beneficios por retiro adquiridos bajo el viejo sistema.	No se adoptó. El Congreso ha votado en contra de elevar el IVA. Aun si aprobara esa medida, el Ejecutivo no ha propuesto adoptar una política para garantizar que los recursos se dediquen a cubrir el pasivo histórico del seguro social.	El pasivo histórico del seguro social se deberá pagar de algún lado, y si no se quiere afectar en forma devastadora a las finanzas públicas se tendrán que obtener nuevas fuentes de ingresos. El impuesto a las ventas (IVA) es la forma más equitativa de hacerlo; la opción de cargar el problema sobre la nómina de las empresas no es viable por la informalidad de la economía, además de que afectaría demasiado la competitividad de las empresas.
Las contribuciones a las cuentas del SSP se comparten al 50 por ciento con los cónyuges.	No se adoptó ninguna medida de protección a los cónyuges.	Es necesario que el sistema de protección social comience a reconocer explícitamente los beneficios de cónyuges y niños.

Propuesta Kotlikoff	Comparación con México	Comentarios
El gobierno contribuye a las cuentas del SSP a favor de los discapacitados y los desempleados.	No se adoptó ninguna política de prevención para los discapacitados y desempleados.	La ausencia de un trato explícito a desempleados y discapacitados oculta costos reales y dificulta la reintegración al trabajo.
El gobierno empata las contribuciones al SSP progresivamente.	Se adoptó un sistema de cuota social que cubre este punto.	Dada la tecnología actual y su relación con la sociedad, ésta puede ser la mejor forma de enfrentar el problema de pobreza.
Los saldos de las cuentas del SSP se invierten en un fondo único global ponderado con el mercado de acciones, bonos, y bienes raíces.	En principio, los fondos se invierten en forma competitiva; en la práctica, los portafolios de las administradoras de fondos son similares y con un elevado componente público.	El objetivo de Kotlikoff es evitar los costos de administración de las administradoras de fondos, que son elevados en América Latina. Por otro lado, requiere de eficiencia del seguro social en el manejo de las bases de datos, lo cual es cierto históricamente en Estados Unidos pero no en América Latina. También depende de la consistencia del gobierno como inversionista (honestidad en el sentido de Leonardo Auernheimer, 1974), y de que el fondo único no represente una distorsión importante en el mercado financiero (lo que puede ser difícil por el tamaño del fondo, y por la baja liquidez de los mercados en América Latina). Cabe señalar que la propuesta de Kotlikoff no es el "modelo Sueco", pues los fondos se invierten en el mercado y no son "nocionales".
El gobierno garantiza el principio real de que los trabajadores contribuyan a las cuentas del SSP.	Se cubre este punto mediante el papel fiscalizador del IMSS.	Este punto, importante en Estados Unidos, lo es aún más en las economías con grandes segmentos informales de América Latina.
Los recursos de las cuentas del SSP de los trabajadores de entre 57 y 67 años de edad se venden gradualmente y se transforman en pensiones protegidas de la inflación.	No se adoptaron previsiones de gradualismo para personas cercanas a la edad del retiro cual simplificó la administración pero generó costos de administración de cuentas y fondos.	La Consar está adoptando regulaciones en este sentido al seguir la estrategia chilena de "multifondos", que limita las inversiones en acciones a personas en la edad de retiro.
Si un trabajador muere antes de los 67 años, cualquier remanente en su cuenta del SSP sería transferido a las cuentas del SSP de sus herederos.	Se acepta que los fondos sean heredables, pero no se adoptó una liga con el ahorro para el retiro de los herederos.	La liga entre cuentas de diferentes personas es necesaria para mejorar los objetivos de protección social y disminuir el costo fiscal sin afectar los derechos de propiedad de las personas.

TABLA 2
El sistema de seguridad médico (SSM)

Propuesta Kotlikoff	Comparación con México	Comentarios
Se descontinúa el sistema tradicional de Medicare de pago por servicio.	Los hospitales del seguro social (y otros del sector público) continúan recibiendo presupuestos por línea de gasto.	Es sumamente difícil adoptar mecanismos para incrementar la eficiencia de los hospitales mientras el presupuesto sea controlado centralmente y se fije por línea de gasto.
Los beneficiarios de Medicare reciben vales para comprar cobertura de un seguro de salud.	El acceso a los beneficios es por racionamiento, dominando tres factores: aleatoriedad, oferta local por hospitales del seguro social y costo del tiempo.	El ajuste de la oferta en México es muy lento, tanto en el largo plazo como en el corto (el día a día de la oferta de servicios), por lo cual la recepción de beneficios se desvía del objetivo de trato equitativo. La propuesta de Kotlikoff se aproxima al sistema colombiano.
El monto de los vales es específico a cada participante y depende del estatus de la salud de éste.	El gobierno federal transfiere una cuota por cotizante al seguro social, pero ésta es independiente del estatus de la familia, que además no tiene ninguna opción de elección. Se mantiene que una de las dos principales transferencias favorece a las familias de mayor ingreso (la deducción fiscal).	Se han dado avances en hacer más equitativo el subsidio federal a los planes de salud, ya que la estructura que se aplica en el IMSS básicamente fue adoptada por el Seguro Popular, pero se ignoran problemas generados en situaciones de múltiples empleos o múltiples trabajadores en el hogar.
Se emiten nuevos vales anualmente y los participantes pueden cambiar de planes anualmente.	Los asegurados están atados a un proveedor.	La capacidad de moverse en el mediano plazo entre proveedores mejoraría la capacidad de respuesta, al obligarlos a ajustar sus presupuestos de gasto e inversión de acuerdo con los cambios decididos por las familias.
Los aseguradores/HMO no pueden negar la cobertura o retrasar el servicio.	El seguro social puede negar el aseguramiento a no asalariados.	La integración vertical del sistema impide a un asegurador o a sus clínicas y hospitales ofrecer servicios a quienes provienen de otro segmento.
Los aseguradores/HMO deben de proveer una cobertura básica, incluyendo el beneficio de medicinas recetadas.	No hay definición general de cobertura básica. En el seguro social se funciona sobre la promesa de ofrecer todos los servicios, pero el Seguro Popular si ha adoptado un conjunto básico de atenciones.	Definir una cobertura básica facilitaría la flexibilización para recibir flujos de gasto por las familias y programas complementarios en la forma de presupuestos capitados más pagos por diagnóstico para casos costosos (como el denominado "fondo catastrófico" que define la Ley General de Salud, el cual es una especie de Medicaid de Estados Unidos).
Los aseguradores/HMO pueden ofrecer beneficios adicionales mediante primas adicionales.	La integración vertical del sistema impide a los aseguradores públicos ofrecer beneficios adicionales, y a	En las reformas que se dan alrededor del mundo, es claro que impedir la combinación de las primas para co-

Propuesta Kotlikoff	Comparación con México	Comentarios
El gobierno establece el monto de los vales para limitar crecimiento del gasto por habitante del SSM al de los salarios reales.	públicos y privados les impide ofrecer planes que combinen beneficios. El gobierno carece de instrumentos para controlar el crecimiento del gasto (probablemente ni siquiera tiene una estimación gruesa del monto), con excepción del sistema del IMSS.	berturas básicas con gasto adicional de las familias es una prohibición de prácticas de beneficio colectivo. Aún el Reino Unido, presumiblemente con el sistema de salud más estatizado en la OCDE, se permite complementariedad. En la práctica, el crecimiento del costo público se da por dos vías: para agencias federales mediante negociaciones anuales separadas con el gobierno para ajustar presupuestos históricos, para el sector privado mediante el crecimiento del gasto de las familias que reclaman deducciones.

La propuesta de impuesto plano al ingreso

La propuesta de un impuesto plano e ingreso básico al ingreso que reemplazaría a los programas existentes de seguridad social y bienestar (o pobreza) y al impuesto sobre la renta progresivo ha sido motivo de una discusión amplia, pero en la práctica han sido pocos (¿nulos?) los avances en su adopción. Esta propuesta eliminaría todas las deducciones a la base del impuesto y adoptaría un pago fijo por adulto y una tasa única sobre el ingreso.

Dos explicaciones sobre las limitaciones en la adopción de esta propuesta son provistas por Atkinson (1995), y Becker y Mulligan (1998).

Atkinson (1995) señala que una limitación de los ejercicios usuales de análisis fiscal es que su objetivo es maximizar el bienestar social, siendo que en la práctica en ocasiones la preservación de la libertad es un objetivo importante de la política. Adicionalmente, es evidente que la teoría fiscal no ha incorporado elementos importantes de la realidad, como es la formación de grupos opositores a un cobro por persona (*poll tax*), y el análisis de aspectos corporativos que parecen necesarios para administrar riesgos sociales como el desempleo y la discapacidad (es decir, la simple garantía de ingreso no permite atender problemas de información que generan estos riesgos, siendo necesaria una administración especializada para su gestión a menores costos).

Por su parte, Becker y Mulligan (1998) señalan que la complejidad del impuesto sobre la renta y de otros elementos del sistema fiscal puede ser determinada como un mecanismo para controlar el gasto del gobierno. Encuentran que empírica-

mente, los países con un sistema fiscal que en teoría es más eficiente generan un gobierno de mayor tamaño, y que la causalidad se da del sistema fiscal hacia el gasto del gobierno, y no al contrario, ya que un análisis del resultado de las guerras, los choques petroleros y otros fenómenos temporales pero persistentes (*flypaper effects*) señala a que éstos no generan cambios permanentes en el sistema fiscal y en el tamaño del gobierno.

Un argumento diferente pero complementario es el de Stiglitz (2000) quien señala que el costo de las distorsiones fiscales (el “peso muerto”) aumenta exponencialmente con el tamaño de un impuesto, por lo cual es más eficiente un sistema fiscal con varios impuestos pequeños, que además optimicen entre las elasticidades de oferta y demanda para obtener los recursos requeridos, que un solo impuesto que se coloque a una tasa muy alta.

Tal vez por esas razones es difícil calificar a las propuestas de avanzar hacia un mayor y más generalizado impuesto al consumo o hacia el impuesto plano al ingreso. Para quienes se oponen a la creciente intervención del gobierno en la vida de las familias, el impuesto al consumo o el impuesto plano al ingreso es una opción que tiene como ventaja eliminar la complejidad del impuesto al ingreso, pero por otro lado, las naciones con el EB más grande se basan en el impuesto al consumo para financiarlo. Cualquiera que sea el argumento, el hecho es que las propuestas de impuesto plano no han avanzado y en la actualidad han dejado de ser populares en los medios políticos.

¿Qué va a pasar en Europa?

El bajo nivel de trabajo que se observa en Europa puede constituir un problema a mediano plazo. En el corto plazo, el alto nivel de capitalización de la economía europea evita que el consumo disminuya, pero una pregunta es si esa situación es sostenible a la larga. Si bien algunas voces consideran que el bajo nivel de trabajo es una decisión cultural, los gobiernos europeos en general están buscando soluciones, aunque el proceso no promete ser fácil, como muestra la reciente experiencia alemana y el conflicto por la ratificación de la Constitución de la UE en 2005.

Otro problema que enfrenta Europa es su baja tasa de fecundidad, que afecta directamente al sistema de protección social al disminuir el flujo de nuevos trabajadores que pagan cuotas. Además de otros problemas que puede generar la baja fertilidad sobre la productividad (pues los trabajadores de diferentes edades no se sustituyen perfectamente), la investigación reciente señala a que la causa-

lidad entre fecundidad y protección social es mutua, y que al menos en parte la baja fecundidad es causada por la estructura del sistema europeo de protección social.

Según Boldrin, DiNardo y Jones (2004), la mayor protección en pensiones para la vejez genera menores tasas de fecundidad, siendo la causa de ello que una promesa creíble de compensación en la vejez por parte del gobierno disminuye los beneficios de contar con una familia que garantice el consumo en esa época de la vida. La tasa de fecundidad europea en 2000 fue 1.4, con algunos países cerca de 1, lo que significa que en las siguientes décadas en esos países habrá hasta 10 adultos por cada niño (si tomamos en cuenta que un adulto vive un promedio de más de 60 años en esos países). Los autores mencionados estiman que un incremento de 10 por ciento en el tamaño del programa de seguridad social para la vejez implica una disminución de 0.7 a 1.2 niños en la tasa de fecundidad. De acuerdo con esto, postulan que aproximadamente la mitad de la disminución de la fecundidad en Europa se debe a la generosidad de los programas de pensiones.

Los efectos económicos detrás de estas predicciones son los siguientes: 1. un programa de protección social disminuye la importancia del altruismo de padres a hijos, ya que el esfuerzo paternal (ya sea en herencia de capital o en tiempo dedicado a la educación) se recompensa menos con bienestar de los hijos-vejos (el altruismo hace que los padres se preocupen por los hijos muy adelante en el futuro, pero el programa disminuye la variabilidad entre esos futuros hijos-vejos); 2. cuando la seguridad social se financia con impuestos a la nómina el efecto es opuesto, pues los padres trabajan menos y dedican más tiempo al cuidado de los hijos 3. al contar con una garantía de ingresos en la vejez, los padres tienen menos interés en tener más hijos que puedan transferirles ingreso en el futuro. Los primeros dos efectos son más importantes en el modelo de Barro y Becker (1989), mientras que el tercero es el dominante en el modelo de Boldrin y Jones (2002).

Con base en los mismos argumentos, Boldrin, DiNardo y Jones (2004) también analizan el efecto de un mayor acceso a instrumentos financieros de ahorro para el retiro. La evidencia es también consistente en señalar que un mayor acceso promueve una menor fecundidad, y aun ganancias relativamente menores en eficiencia financiera pueden tener un efecto importante. Estos efectos son más importantes en las partes inferiores de la distribución del ingreso, por lo cual los hogares pobres son los que más disminuyen su fecundidad al recibir una pensión de vejez o mayor acceso a instrumentos financieros de ahorro para el retiro.

La política de la reforma: el caso alemán

Aparentemente, existen consensos amplios en los países europeos sobre la necesidad de reformar los sistemas de protección social por los graves problemas fiscales y por su efecto negativo sobre los mercados de trabajo (y posiblemente sobre la familia a un nivel aún más básico, como acabamos de señalar). Esa preocupación compartida no se ha traducido con facilidad en acciones de política, pues los grupos beneficiados y afectados por las reformas no son en general los mismos. Un ejemplo reciente de lo difícil que ha sido para Europa avanzar en el encuentro de soluciones lo proporciona un episodio en Alemania.

La Comisión Rürup fue designada por el gobierno alemán para presentar propuestas de reforma al sistema de pensiones que garanticen su viabilidad. Un objetivo es que los programas sean menos dependientes de la situación económica y demográfica en general, y que no sean obstáculos al empleo y al crecimiento. La comisión fijó como un objetivo evitar que las contribuciones con cargo al salario excedieran el 22 por ciento, y que los beneficios de las pensiones se estabilizaran en 67 por ciento del ingreso previo. Para ello, la Comisión sugirió elevar la edad de retiro a 67 años, un mes al año comenzando en 2011. Elevar la edad de jubilación requiere abrir oportunidades de empleo a los viejos, mediante esquemas de aprendizaje que implementen los empleadores, así como la abolición de incentivos al retiro temprano.

La segunda gran propuesta de la Comisión Rürup fue la introducción de un factor de viabilidad para determinar los niveles de beneficio cuando varía el cociente de retirados a trabajadores. Con este factor se evitaría sobrepasar el límite de 22 por ciento a las contribuciones al menos hasta el año 2030. Las proyecciones de la comisión señalan que la fórmula mantendría el crecimiento de pensiones un 0.5 por ciento por debajo de la tasa que determina el método actual de cálculo. El efecto de esto sería disminuir las pensiones brutas de 48 a 40 por ciento, pero se estima que sin reforma habría una disminución a 42 por ciento, por lo cual la propuesta determina un ahorro de solamente dos puntos porcentuales.

Para estándares del continente americano, las propuestas de la Comisión Rürup son modestas y de muy largo plazo. Sin embargo, la mañana del día en que se iba a hacer el anuncio del largamente esperado reporte (al inicio de 2003), el primer ministro alemán hizo una declaración a la opinión pública desligándose del reporte y rechazando sus conclusiones. El centro de investigación de temas laborales IZA considera que si bien las propuestas van en el sentido correcto, las pro-

puestas de la Comisión Rürup son modestas e insuficientes, y que se requerirá elevar la edad de jubilación a 70 años en los próximos 20 años, que deben darse incentivos monetarios a quien permanezca trabajando, que debe ligarse el valor de la pensión con el número de niños para disminuir la pensión de personas sin hijos, y que debe crearse una infraestructura amigable a la familia (mejores instalaciones para el cuidado de niños).

Hacia 2005, dos años después del reporte Rürup, el Presidente de la República Federal Alemana, un puesto considerado en ocasiones simbólico en un país donde el primer ministro es el jefe del gobierno, opinó fuertemente sobre la necesidad de reformar el sistema de bienestar para enfrentar el problema del desempleo. Probablemente, Alemania es un prototipo de un país con dificultades para reformar el sistema de beneficios y de generar polarización política en el proceso de intentarlo.

Pero ante la presión de un desempleo de largo plazo de más de cinco millones de personas, en 2005 se adoptaron reformas al sistema de desempleo en Alemania para que los pagos por desempleo de largo plazo se disminuyan a niveles de subsistencia (es decir, que ya no sean una función del último salario). Un año antes, en enero de 2004, Alemania amplió la definición de “empresa pequeña” de cinco a 10 trabajadores para relajar las restricciones a los despidos. Los efectos de estas medidas están por verse, y en general será necesaria una posición más decidida para lograr la compatibilidad del sistema de seguridad social con la competitividad del mercado de trabajo y la disminución del desempleo.

El modelo sueco

Europa no es un bloque nacional, sino que las políticas de seguridad social varían y algunos países destacan por su visión de cambio de largo plazo. Un caso que ha generado atención es el de Suecia, que se define por dos decisiones de política: una fuerte disminución del impuesto a la nómina y un movimiento hacia un sistema de capitalización individual.

La magnitud de la reforma fiscal sueca de 1991 se ilustra por el cambio en el promedio neto de la tasa de impuesto (es decir, la parte de cada corona ganada que conserva el trabajador). La tabla 3 muestra que en comparación con Estados Unidos, en Suecia el cambio fue de 24.6 por ciento, cinco veces más grande que el cambio más grande que ha tenido Estados Unidos.

Adicionalmente, Suecia modificó su sistema de pensiones al adoptar un mecanismo de cuentas individuales del tipo de “contribución definida nacional”.

A diferencia de ALC, Reino Unido y Europa del este, Suecia optó por mantener la gestión de las cuentas individuales en un monopolio estatal. En opinión de Börsch-Supan (2004) un sistema de contribución definida nacional (CDN) es principalmente una herramienta política para hacer posible una reforma paramétrica, pero éstas son necesarias en Europa ya que la CDN facilita llegar a acuerdos de cambio al exponer las opciones y clarificar los conceptos. También opina que si bien con el CDN pueden lograrse los objetivos microeconómicos de ahorro y oferta de trabajo que inspiran a los sistemas privatizados, no se alteran los problemas macroeconómicos, ya que no se introduce un elemento de fondeo en el sistema.

En 2003, se introdujeron en Alemania propuestas para adoptar un CDN pero sin hacer explícita la contabilidad: es decir, se reglamenta en mayor detalle el sistema de reparto para ligarlo a las contribuciones, con el fin de lograr mejores incentivos. Un mensaje de esta discusión es que un CDN es en gran medida un sistema de reparto, pero con mayor información al beneficiario sobre sus derechos y un diseño que disminuye los efectos redistributivos, especialmente los subsidios cruzados arbitrarios que con frecuencia motivan críticas a los sistemas de reparto. En un sentido más positivo, un CDN provee una plataforma administrativa (y probablemente de aprendizaje del consumidor) para evolucionar gradualmente hacia un sistema con las ventajas de competitividad de un sistema privatizado. Por ejemplo, una vez funcionando el sistema de cuentas individuales “nocionales” o virtuales, para Suecia es fácil permitir que aportaciones voluntarias o parte de las obligatorias fluyan a administradores de fondos privados.

TABLA 3
La reforma impositiva sueca en comparación a las reformas impositivas de mayor tamaño de Estados Unidos

País	Año	Cambio porcentual en ingreso marginal ($1-\tau$)
Suecia	1990-1991	24.6
Estados Unidos	1941-1942	-8.8
Suecia	1989-1990	6.9
Estados Unidos	1940-1941	-6.2
Estados Unidos	1947-1948	6.1
Estados Unidos	1943-1944	-5.4
Estados Unidos	1986-1987	4.8
Estados Unidos	1950-1951	-4.8
Estados Unidos	1981-1982	4.5

Fuente: Ljunge, 2004.

Reino Unido: divergencia del camino europeo⁹

El Reino Unido ha llevado a cabo reformas a programas de pensiones que disminuyen el costo de la seguridad social y permiten mayor flexibilidad en la elección individual y en el desarrollo de programas complementarios de pensiones. En 1978 se introdujo el mecanismo de subrogación (*contracting-out*) que buscó integrar esquemas ocupacionales existentes con el nuevo esquema de pensiones estatal relacionado con el ingreso (SERPS). La subrogación significa que los empleados y empleadores pueden obtener parte de su pensión mediante un fondo privado y no del Estado. Al hacerlo, empleadores y empleados pagan un impuesto sobre la nómina menor (la contribución al seguro nacional). Mientras que el programa de seguridad social es puramente de reparto, los sistemas privados son plenamente fondeados, por lo cual las reformas han permitido un mayor respaldo a las obligaciones.

Inicialmente, en 1978, la subrogación se podía efectuar sólo si el empleador contaba con un plan de beneficio definido que pagaba al menos la pensión mínima garantizada del SERPS, pero a partir de 1998, por la reforma de 1986 a la Ley del Seguro Social, se redujo la generosidad del SERPS y se permitió la adopción de planes de contribución definida. Un desarrollo inesperado fue que el crecimiento se dio desde entonces principalmente en cuentas de retiro individuales y no en planes del empleador. Esto generó un mercado importante en el cual el individuo contrata con una compañía aseguradora, el Departamento del Seguro Social (DSS) actúa como intermediario para que las contribuciones sean pagadas por el empleador al seguro nacional mediante la oficina de ingresos (Inland Revenue), y el componente subrogado de rebate se transfiere y paga directamente por el DSS al proveedor de pensión personal elegido por el individuo. La legislación también estableció que la decisión de afiliación al plan estatal, a un plan del empleador o a un plan individual era totalmente personal. Aproximadamente 25 por ciento de la fuerza de trabajo (más de seis millones de empleados) decidió comprar planes individuales de 1988 a 1992, incluyendo un millón que optó por abandonar un plan del empleador. Hacia la mitad de los noventa, tres cuartas partes de la fuerza de trabajo habían optado por salir de SERPS, ya sea a un plan individual o del empleador, de BD o CD. En el Reino Unido se permite a los individuos cambiar su afiliación a lo largo de su carrera, incluyendo el regreso a SERPS.

El gobierno laborista que tomó el poder al final de los noventa, después de un largo interregno conservador, decidió profundizar en la estrategia al crear una

⁹Este apartado utiliza material de Disney *et al.* (2003).

nueva ruta de “pensión participativa” (*stakeholder pension*). Esta será una pensión que las empresas con cinco empleados o más deberán poner a disposición de sus trabajadores, de manera que aquellos que no han logrado la contratación de un plan lo puedan hacer.

Hacia 2005 el Reino Unido tenía una de las menores tasas de desempleo en Europa (4.7 por ciento en el primer trimestre). La menor era la de Suiza (3.9 por ciento), que también utiliza en alta proporción el ahorro individual para el retiro. Francia, Alemania, España y Bélgica tenían tasas de desempleo arriba del 10 por ciento. El grado preciso en que las regulaciones del EB se asocian a este resultado puede ser motivo de debate, pero pocos dudan que las reglas de retiro y ahorro guardan una relación cercana con el desempleo.

Fondeo sin privatización

El modelo sueco lleva a la pregunta de la posibilidad de lograr un fondeo al menos parcial del sistema de seguridad social sin privatizarlo. Al modificar beneficios e impuestos, y promover el ahorro privado, ¿disminuirá el gobierno de Suecia el déficit del sistema? En ese país no se dio un movimiento “tipo latinoamericano” para que el sistema sea predominantemente fondeado, sino que la parte de las cuentas individuales es relativamente pequeña y aún esa no se va en la totalidad hacia fondos de mercado. En esta discusión debe considerarse que los casos de fondeo pleno son excepcionales, especialmente aquellos que se sostienen a largo plazo. Por ello, una opción intermedia puede terminar siendo más realista. Seidman (1999) ha evaluado la transición a un sistema plenamente fondeado, pero su análisis padece el mismo problema que la literatura en general sobre el tema, principalmente, el supuesto de que la transición es permanente (Mulligan y Sala-i-Martin, 1999). Esta es una limitación porque en la historia hay más transiciones de sistemas plenamente fondeados hacia sistemas de reparto que en sentido contrario. Las reformas de los ochenta y de los noventa prometen llegar a sistemas fondeados, pero aún es temprano para asegurar que lograrán hacerlo. Los casos más antiguos son los de Chile y el Reino Unido, pero aún en estos países se mantienen grandes subsidios a los viejos.

Ahora bien, es posible que con un siglo de experiencia, las sociedades hayan aprendido de las ventajas de lograr el fondeo de los sistemas de seguridad social (al menos parcialmente), en forma análoga a como han aprendido las ventajas de mantener un dinero estable y no utilizar al banco central como fuente de finan-

ciamiento inflacionario (hablando optimistamente y también parcialmente). Si esto es cierto, ante la gran crisis fiscal de la seguridad social que se ha hecho evidente en la últimas dos décadas, los gobiernos y las sociedades estarían en disposición de alterar fundamentalmente la forma en que han manejado los programas de seguridad social. Sin embargo, los casos de movimiento hacia sistemas fondeados son aún minoritarios, en general tienen poco tiempo funcionando, y no hay un objetivo claro de evitar un regreso al menos parcial al sistema de reparto. En realidad, el objetivo principal de las reformas ha sido contener el déficit fiscal, y se enfrentan a que los viejos sistemas invariablemente prometieron y dieron beneficios extraordinariamente elevados a las primeras generaciones (o a generaciones anteriores a la de los actuales jóvenes); nunca vemos reformas cuando los sistemas mantienen flujos de efectivo favorables en el mediano plazo.

La complejidad del problema surge de nuevo y encontramos que preguntas importantes no han sido atendidas, que para el sistema político son difíciles de plantear explícitamente: ¿se busca optimizar la utilidad de los actuales o de los futuros ciudadanos?, ¿se busca maximizar el *stock* de capital de largo plazo, el consumo de las familias, o simplemente mantener un balance entre las promesas inalcanzables que se hacen camino al poder y el déficit de efectivo del gobierno mientras se sale del poder?, ¿por qué los ciudadanos no pueden resolver su propio problema de ahorro?, ¿cuál es la lógica de acción colectiva que hace conveniente tener este ahorro obligatorio?, ¿qué tipo de errores cometen los ciudadanos en forma sistemática que requieren la acción pública para ser corregidos? (Mulligan, 2000, plantea algunas de estas interrogantes, algunas de las cuales analizamos en el capítulo 1).

La conclusión de esto es que no existe en general un objetivo bien definido de política que guíe a los gobiernos hacia tener sistemas fondeados de pensiones. La discusión en subsecciones anteriores muestra que hay otros objetivos que permanecen como muy importantes para los gobiernos, y son minoría los casos en que el objetivo de garantizar la solvencia ha tomado preeminencia. La historia latinoamericana de los años sesenta a ochenta es una lista negra de políticas monetarias inflacionarias y reglas impositivas que cambiaban arbitrariamente. Cualquiera que haya sido la causa, es probable que ello haya inducido una desconfianza especial hacia los sistemas de seguridad social, generándose un espacio para las reformas hacia sistemas capitalizados y de cuentas individuales. Pero en países con una política monetaria más honesta en el largo plazo, y un seguro social

menos sujeto al oportunismo, el capital del seguro social en un sistema de reparto no sufrió la depredación observada en América Latina.

La experiencia de las reformas en América Latina

El movimiento de reforma latinoamericano de los ochenta y los noventa es singular por haber generado modelos originales, ya no copiados de los europeos. ¿Cuáles son los resultados? En primer lugar, en el ámbito de los sistemas de pensiones se ha dado una importante difusión, con 12 países de la región operando sistemas reformados, con un componente central de ahorro individual. Una excepción notable es Brasil, que a partir de la reforma constitucional de los ochenta, optó por ampliar en forma muy importante los programas sociales de pensiones y salud, pero en gran proporción bajo modelos de subsidio directo por el gobierno, pero que por otro lado, cuenta con un sistema privado de ahorro importante y no regulado como parte del seguro social (de hecho el más grande de ALC). En segundo lugar, se ha dado un impacto en otras regiones, destacando Europa del este, donde algunos países como Polonia y Ucrania han tomado el modelo de ALC, y otros han avanzado parcialmente a la capitalización individual.¹⁰ Finalmente, en el área de pensiones, destaca la oposición de la Organización Internacional del Trabajo a los modelos reformados, y el tardío apoyo de los organismos financieros internacionales a las reformas. El Banco Mundial adoptó en los noventa la promoción de las reformas sobre un modelo de “tres pilares” que incluyó en las condiciones para créditos de ajuste estructural (la referencia básica es el informe dirigido por Estelle James en World Bank, 1994). Por otro lado, en el área de salud se han dado dos reformas importantes que son cada una de ellas distintas y que no han contagiado al resto del continente, la chilena y la colombiana.

Los organismos internacionales han tenido una opinión no siempre favorable a los procesos de reforma. La OIT (2001) considera que: “[D]esde un punto de vista puramente financiero, no hay diferencia real entre un sistema parcialmente fondeado y un sistema de pensiones que consiste de una parte fondeada y otra no fondeada” (OIT, 2001: 87). La OIT (2001) también considera que la única razón de política para pasar de un sistema de reparto a uno de beneficio definido está en la estabilización de las tasas de impuesto, pero que como los beneficios depen-

¹⁰ La Federación Internacional de Administradores de Pensiones (FIAP) muestra un mapa de sistemas reformados en http://www.fiap.cl/p4_fiap/site/edic/base/port/portada.html

den del resultado de largo plazo de los mercados de capital, la estabilización de los beneficios se logra al costo de beneficios inciertos, “lo cual constituye una reversión completa de los objetivos previos de política” (OIT, 2001: 88). Similarmente, la OIT opina que los sistemas de cuentas individuales “inevitablemente llevan a mayores desigualdades e incertidumbre” (OIT, 2001: 86).

Por su parte, investigadores del Banco Mundial (Gill, Packard y Yermo, 2004) piensan que las reformas han tenido beneficios fiscales, sociales y financieros, pero que no han logrado ampliar mucho la cobertura (aunque encuentran un efecto positivo), porque las comisiones son elevadas, porque se mantiene un riesgo de confiscación por parte del Estado (aunque esto no parece ser mayor que los sistemas que se reemplazaron) y porque los resultados fiscales no son suficientemente favorables (aunque esto ignora el deterioro que se hubiera dado en ausencia de la reforma). La Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL) ha respondido a lo que percibe como críticas básicas a las reformas, pero la realidad es que el reporte del Banco Mundial es favorable a las mismas.¹¹ En este debate es necesario enfatizar el tema de la evaluación de las reformas como tales, en comparación a lo que reemplazaron –¿están los trabajadores, la solvencia del sistema, el fisco, mejor a como estarían en ausencia de las reformas? En los cuatro puntos mencionados, los sistemas reformados pueden mostrar resultados favorables, sin que eso signifique que la política no puede mejorar. ¿Cuál es el resultado en México en esos cuatro puntos? Eso lo trataremos en mayor abundancia en los capítulos posteriores.

Un resumen útil de los problemas que se han enfrentado estas reformas es el provisto por Schmidt Hebbel (1999), y cuyos elementos se comentan a continuación:

- Movimiento solamente parcial hacia el fondeo completo: en la medida en que se mantiene la opción de entrar y salir entre el sistema de reparto y el de cuentas individuales, o que el ahorro individual es demasiado pequeño, las ventajas de la reforma disminuyen. Un caso en el que se permitió ese movimiento es el de Colombia, que ha intentado resolver el problema con reformas adoptadas en diciembre de 2003 (CISS, 2004a).
- Comisiones elevadas, como consecuencia de costos de ventas excesivos y falta de competencia.

¹¹ http://www.fiap.cl/p4_fiap/antialone.html?page=/p4_fiap/site/artic/20050524/pags/20050524145610.html

- Altos costos de las rentas vitalicias. Una causa puede ser la selección adversa al optar los casos de alto riesgo por la opción de retiros programados y dejar los casos de larga duración esperada a las aseguradoras. Sin embargo, los temas regulatorios pueden ser importantes; falta de competencia, limitaciones a la contratación colectiva para favorecer la contratación individual, obligación de adquirir contratos para toda la vida impidiendo la contratación sobre una base anual (*Informe Financiero y Actuarial del IMSS*, 1998).
- Falta de cobertura, ya que las reformas no incluyen esto entre sus éxitos (o entre sus objetivos originales, CISS, 2004).
- Baja elección del consumidor con respecto a la cartera, ya que no se permiten combinaciones de planes de BD y CD.
- Conducta de manada en los portafolios de inversión, al adoptar los administradores virtualmente el mismo portafolio. Esto puede asociarse a los casos de garantía mínima de pensión, pero también a las regulaciones sobre los portafolios.
- Las garantías de pensión pueden generar menores ahorros, especialmente al aproximarse la edad de retiro y al uso de los fondos como financiamiento cautivo para el gobierno (una versión modernizada de los controles al movimiento de capital y al financiamiento subsidiado para el gobierno).
- Otros temas incluyen: extender el sistema a sectores que no se vieron inicialmente beneficiados, revisar la estructura de comisiones (fija-variable, sobre salarios-activos), superar el inmovilismo en casos de reformas incompletas, definir el nivel óptimo de supervisión corporativa, e integrar a los planes de pensión no regulados.

Hablando de casos específicos, Perú y Nicaragua son los países que parecen haber enfrentado las mayores dificultades en implementar el nuevo modelo de pensiones, y en Argentina el sistema sufrió un duro revés con la crisis monetaria de 2001, aunque por tratarse de un efecto general sobre la economía, su interpretación y posible futura evolución serán diferentes a lo ocurrido en los primeros dos países.

Durante 2004, Perú decidió expedir modificaciones a la legislación de seguridad social que revierten parcialmente las reformas hacia un sistema capitalizado (CISS, 2044b).¹² En ese mismo año, Nicaragua decidió suspender la entrada en

¹² La reforma en Perú no da al afiliado un camino fácil para regresar al sistema de reparto, pues se requiere de aprobación previa por una comisión especial. Esa complejidad sugiere que la reforma buscó más dar una señal de reconocimiento a la inconformidad de algunos grupos que realmente iniciar un regreso masivo al sistema de reparto. Sin embargo, es también una señal de que el Congreso reconoce un problema y que en el futuro podría profundizar en ese sentido.

vigor de la reforma hacia la capitalización. Desde la crisis monetaria de 2001, el sistema de cuentas individuales en Argentina ha sido criticado y la popularidad del sistema ha disminuido. En México, a partir de 2002 el gobierno decide suspender el mecanismo de fondear las pensiones de invalidez general y de incapacidad por riesgos de trabajo, y opta por una “retirada estratégica” hacia el sistema de reparto comenzando por el sistema de discapacidad.

Consideremos entonces que de 13 países (12 operando, si se considera que en Nicaragua el sistema no ha iniciado), que reformaron la seguridad social entre los ochenta y los noventa, cuatro han tomado medidas que revierten el movimiento. Esto va de acuerdo con la predicción de Mulligan y Sala-i-Martin (2004), en el sentido de que a largo plazo los sistemas capitalizados son difíciles de sostener en forma integral. No significa esto que habrá una contrarreforma generalizada, pero sí probablemente que se vivirán ajustes importantes que parcialmente revertirán al seguro social hacia el sistema de reparto.

Probablemente la principal noticia sobre la reforma en pensiones en América Latina es que si bien los sistemas parecen haberse estabilizado, hay una crítica substantiva al alto costo de las comisiones. No parece haber nuevos candidatos a adoptar el sistema de cuentas individuales. La reforma que en 2005 se legisló en Panamá no opta por esa estructura y en Nicaragua se suspendió en 2004 la aplicación de una reforma previamente legislada. Una pregunta es el grado en que esas comisiones quitan gran parte del mayor atractivo de un sistema capitalizado, que es la competencia.

En la reforma mexicana destacaron dos problemas que con el tiempo se han acrecentado. El primero fue un énfasis en aspectos financieros, dejando como secundarios los aspectos de protección social y laboral, y el segundo fue dejar de lado los aspectos de competitividad, siendo que el fondo de estas reformas radica precisamente en lograr mayores niveles de competencia. Uno de los objetivos del gobierno con la reforma fue la elevación del ahorro interno y del ahorro financiero, siendo que en general la teoría económica no predice ningún efecto positivo (o negativo) de una reforma de este tipo sobre el ahorro nacional. Esto se expresa como una preocupación por lograr una mayor “profundidad” de los mercados financieros, dejando fuera elementos clave y obvios del tema laboral. Por ejemplo, los trabajadores del sector público quedaron fuera de la reforma y el esfuerzo para incorporar a trabajadores de la economía informal fue limitado (disminución de contribuciones, pero no se planteó qué hacer con otras regulaciones fiscales o laborales, lo que parece indispensable dada la magnitud del

problema). En ausencia de competencia en los mercados de manejo de fondos y rentas vitalicias, y de ajustes a las legislaciones laborales y fiscales y a la administración del seguro social para hacer atractiva la afiliación de las personas en la economía informal, la reforma de 1997 terminará siendo un respiro de tres o cuatro años en una historia de declive de largo plazo.

Asignatura pendiente: el seguro de desempleo

A pesar de todas sus limitaciones de cobertura y potencial de mejoría, los programas del EB mexicano atienden a las principales demandas de las familias, con una gran excepción, el seguro de desempleo.¹³

El seguro de desempleo es una institución considerada de gran utilidad para permitir que una economía competitiva tenga el apoyo de los trabajadores y las empresas, al permitir la rotación en el empleo sin costos inaceptables de pérdida de ingreso de la familia. El costo del seguro de desempleo radica en el alargamiento de los periodos de desempleo y en la elevación de los costos no salariales del trabajo. El desempleo se alarga porque algunos trabajadores que pueden tener empleo deciden no aceptarlo porque el seguro de desempleo les paga, y esto eleva los costos no salariales pues se requieren mayores impuestos para pagar el seguro. Las negociaciones entre empresa (o sindicato) y trabajadores también afectan el funcionamiento adecuado del seguro de desempleo, pues ambas partes pueden transferir al seguro parte de las consecuencias negativas de sus negociaciones. El seguro de desempleo facilita que la empresa desemplee temporalmente trabajadores.

Los países de la OCDE han operado seguros públicos que pagan al trabajador una tasa de reemplazo con respecto a su último salario. Recientemente ha surgido el interés en la reforma chilena, que se basa en el ahorro individual y en una administración privada de los casos (CIEDESS, 2005).

¿En qué medida se pueden resolver los problemas de riesgo moral del seguro de desempleo mediante el aseguramiento privado? El seguro privado podría fortalecerse con cuentas individuales de seguro, de manera que al quedar desempleado un trabajador tomaría recursos de su cuenta para financiar su consumo. Un problema es que el trabajador puede tener recursos demasiado bajos en su cuenta individual, lo que obliga a proveer de nuevo una garantía estatal. Hipo-

¹³ Además de la referencia a Pissarides (2002), este apartado utiliza la discusión en IZA (2005b) y Shneider *et al.* (2004).

tecar la pensión para financiar el desempleo genera el problema de una baja provisión para el retiro. En México, la LSS ya permite al desempleado tomar recursos de su cuenta individual de ahorro para el retiro, pero éstos son muy bajos y no hay elementos de aseguramiento (en ocasiones llamados solidarios). Por lo demás, el EB mexicano no provee protección al desempleado.

Otro instrumento que se debe considerar es el seguro del salario, que se enfoca a los desempleados de largo plazo. Si un individuo recibe una oferta salarial por debajo de su salario asegurado, el seguro paga la diferencia para facilitar el empleo. Esto es importante porque con frecuencia, las personas podrían aceptar un empleo con un salario menor al que esperan tener en el largo plazo, con ganancias para empresa y trabajador, pues con el tiempo y la experiencia la empresa puede reconocer las habilidades y elevar el salario, o el trabajador puede reconocer que sus habilidades ya no son tan valiosas como él piensa y aceptar permanecer en el empleo. La teoría moderna del desempleo es expuesta por Pissarides (2000), y en ella es clave el papel de la información que trabajador y empresa tienen de sí mismos, de la contraparte y del mercado.

El seguro de desempleo óptimo descansa en dos pilares: un componente de solidaridad y la provisión individual vía el ahorro. El seguro debe permitir a los trabajadores seleccionar el peso relativo de cada componente en su plan personal con el fin de lograr una autoselección que disminuya el costo del seguro. En un primer plan, el empleado puede seleccionar un contrato de un conjunto de opciones. Al inicio de su vida laboral el empleado puede elegir un contrato con un beneficio garantizado (paga la cuota por adelantado). Para obtener beneficios más generosos deberá pagar una prima más alta, y si durante un tiempo largo no se reclaman beneficios, el trabajador puede recibir una bonificación. La segunda alternativa (cuota basada en la experiencia) utiliza diferentes escalas de contribución, los beneficios dependen del nivel de contribución y también hay una bonificación por baja siniestralidad. Al reingresar al empleo, se da una reclasificación a una nueva prima que depende del contrato seleccionado (de la amplitud de la cobertura) y de la duración del desempleo (mayor prima para intervalos más largos).

Los contratos también deben incorporar elementos de capital humano, de manera que se recompense el entrenamiento con mayores beneficios. Cuando se da un beneficio mayor durante el tiempo de entrenamiento, los beneficios deben descender más rápidamente después, para logra mayores incentivos a la búsqueda de trabajo y tomar en cuenta las mejores perspectivas laborales (de otra forma, se corre el riesgo de generar programas inefectivos de capacitación sólo para justificar un mayor subsidio al desempleo).

El seguro de desempleo tradicional y las nuevas propuestas enfrentan el problema de la persona que se retira permanentemente de la fuerza de trabajo y que decide cobrar los beneficios del seguro de desempleo. Una posible solución es compensar estos pagos con beneficios futuros de pensión, en especial porque quienes cobran el beneficio del seguro de desempleo acumulan antigüedad para la pensión de vejez durante ese tiempo.

En conclusión, el programa de seguro de desempleo no debe consistir de un simple subsidio, sino que debe incorporar elementos de capacitación e incentivos para la búsqueda y el regreso al trabajo. Para ello debe combinar elementos de seguro y de ahorro.

CAPÍTULO 3

Situación de los seguros para la población en general

INTRODUCCIÓN

El Estado de bienestar requiere de un grado sustantivo de intervención del gobierno en actividades financieras y de provisión de servicios finales. Esta intervención puede ser como regulador o como proveedor directo de servicios. La discusión del grado y forma en que se debe dar esa intervención es importante, pero no la seguimos en este capítulo. La razón es que en cualquier escenario, en el mediano plazo el EB mexicano tendrá un grado elevado de intervención estatal, y aquí nos abocamos a evaluar la forma en que se está dando esa intervención y cómo mejorarla.

Los tres siguientes apartados tratan temas generales del gobierno corporativo del IMSS. Ahí narramos aspectos fundamentales de gestión, y la forma en la que se ha intentado eliminarlas desde los ochenta. En mi opinión, esta misma discusión aplica a las demás instituciones federales del EB mexicano. El último apartado trata la situación de los seguros.

DESCAPITALIZACIÓN DEL SEGURO SOCIAL

La historia financiera del IMSS puede describirse en tres grandes etapas. Cada periodo se identifica con cambios grandes en legislación: la ley fundacional de 1943, y las dos grandes reformas, en 1973 y 1997 (legislada en 1995).

El primer periodo se caracteriza por un crecimiento en la afiliación que estuvo muy por arriba del crecimiento de la población. Durante estos años, se pudo mantener una base financiera relativamente sólida, debido principalmente a que la población no hacía tanto uso de los servicios por ser más joven, y se pagaban pocas pensiones debido al corto tiempo de funcionamiento del programa.

El segundo ciclo tuvo su inicio al comenzar la maduración del sistema de pensiones, a partir de la primera parte de los setenta. Hacia el inicio de los setenta la población urbana crecía y era claro el incremento de la economía informal, que en esos años se identificaba con una hipótesis de “subempleo”. Se consideró difícil llevar a cabo el objetivo de lograr la mayor cobertura posible. En 1973 se modificó la LSS con el fin de otorgar mayores beneficios a los derechohabientes y permitir la afiliación voluntaria y de grupos no asalariados con más facilidad. Se establecieron nuevos servicios como el de guarderías, para apoyar a las mujeres que se estaban incorporando cada vez en mayor número a la población ocupada.

La administración llevó a cabo una estrategia de expansión basada en contratación de personal y déficit financiero que por ser insostenibles desembocaron en una declinación de las finanzas del IMSS, que fue gradual y aliviada por los efectos del *boom* petrolero de 1978-1981 y por la inflación de los ochenta. A partir de la recesión internacional que inició en 1981, se evolucionó hacia una crisis generalizada pues hubo una gran caída de salarios durante los ochenta. Para 1989, se requirió un rescate fiscal y el inicio de reformas estructurales que culminaron con la reforma legal de 1995.

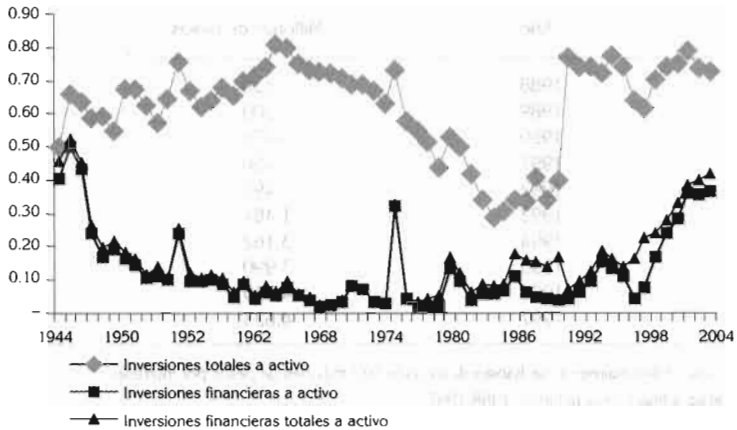
La tercera etapa está definida por una política de desgravación al trabajo y por la creación del sistema de ahorro individual para el retiro.

A partir de un indicador de la capitalización del instituto, que se muestra en la gráfica 1, se ilustran las dos grandes etapas previas a la reforma de 1997. Este indicador de capitalización mide la relación entre las inversiones y los activos, y considera como inversiones al patrimonio (principalmente inmuebles) más las reservas actuariales (que eran pequeñas y no se respaldaban con activos financieros). Desde su fundación y hasta la mitad de los sesenta, las inversiones del IMSS crecieron en forma consistente en relación con los activos, pero a partir de la segunda mitad de los sesenta esa capacidad de ahorro comenzó a deteriorarse.¹⁴

¹⁴Fue hasta los noventa que el instituto comenzó a actualizar los valores de sus inversiones inmobiliarias de acuerdo con la inflación, y apenas en 1997 comenzó a capitalizar su pasivo laboral, estimado en un valor aún mayor que las inversiones inmobiliarias. Financieramente, el IMSS fue el tipo de empresa que a veces se

GRÁFICA 1

Indicadores de capitalización del IMSS



Fuente: Estados financieros del IMSS, 1943-2004.

Durante los setenta y los ochenta, el indicador sufrió una erosión que la ley de 1973 alivió sólo en el corto plazo, hasta llegar al rescate fiscal que se dio a finales de los ochenta. Parte de ese rescate fue el incremento a los impuestos a la nómina en la forma de contribuciones que se inició en 1985, estrategia que continuó hasta 1993-1997.

La situación se agravó a partir de la mitad de los ochenta, pues el instituto comenzó a celebrar operaciones denominadas de factoraje, las cuales consistieron en un endeudamiento contra cuotas por cobrar.¹⁵ Al considerar esto, los fondos financieros netos que apoyaban la reserva fueron negativos durante la segunda parte de los ochenta (véase tabla 4). El endeudamiento vía factoraje equivalía a financiar a la seguridad social con una tarjeta de crédito, era una opción costosísima. También podría cuestionarse la legalidad de gravar las cuotas de empleados y empleadores en vista de que son impuestos y la operación legalmente correcta hubiera sido que el IMSS emitiera bonos.

califica como "vaca de efectivo", pues el impuesto a la nómina provee de un fuerte flujo financiero; sin embargo, la evidencia señala que durante los setenta y los ochenta el IMSS mantuvo su capacidad de gasto con base en la falta de capitalización.

¹⁵ Es decir, no era un factoraje tradicional en el cual se descuentan facturas u otros activos ya devengados, sino que se utilizaba la capacidad de recaudación fiscal futura del instituto. Por ello, esta operación es más correctamente descrita como deuda pública.

TABLA 4
Fondos de las reservas líquidas del IMSS netas de factoraje, 1988-1997

Año	Millones de pesos
1988	-130
1989	-300
1990	-478
1991	-56
1992	491
1993	1,481
1994	3,162
1995	3,990
1996	4,055
1997	4,623*

*Al 30 de junio. Adicionalmente, se habían devengado 567 millones de pesos por intereses.

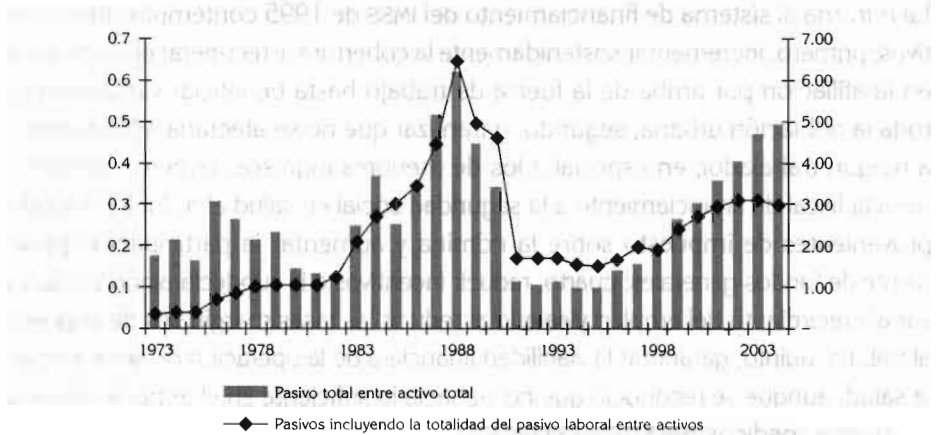
Fuente: Estados financieros del IMSS, 1988-1997.

En 1989 el gobierno federal, al identificar la supuración, promovió reformas legales para mejorar la transparencia financiera del IMSS, pero los resultados fueron limitados, ya que durante cuatro años más se continuó con la práctica del factoraje. Realmente, fue hasta 1993 que se dio un fuerte incremento en cuotas para mejorar la posición financiera del IMSS en forma emergente, y es hasta 1997, con la reforma legal al sistema de pensiones, cuando las cifras de reservas (pasivos) y de los fondos en inversión que las respaldan se transparentaron plenamente en los estados financieros. Sin embargo, esto no significó que se lograra su registro pleno y menos aún su respaldo con activos financieros, pero al menos se comenzó a informar del problema y a cerrar gradualmente la brecha.

Con respecto a las regulaciones contables, en 1989 también se comenzaron a adoptar medidas para evitar que se desviarán administrativamente recursos de los objetivos fijados por la LSS. Para ello se impuso primero la obligación de llevar una contabilidad por seguro (desde 1989), y a partir de 1997 se obligó a que los registros contables y la administración financiera también se dieran por seguro. En la gráfica 2 se observa que la información financiera tenía deficiencias importantes, como por ejemplo la de no actualizar el valor de los activos por la inflación. Entre 2001 y 2004 se imponen regulaciones adicionales sobre la administración financiera. Sin embargo, estas regulaciones contables y de gestión financiera han sido virtualmente ignoradas pues la asignación de recursos es independiente de los resultados financieros. Un resultado favorable que inicia en 1997 es el incremento en pasivos que se debe al registro que se está haciendo de las obligaciones laborales.

GRÁFICA 2

Efectos de las prácticas contables sobre la información financiera



Fuente: Estados financieros del IMSS, 1973-2004.

La descapitalización del IMSS fue enfrentada por el gobierno federal con mayores impuestos a la nómina. En 1985, la aportación federal al SS se redujo de 25 a 12.5 por ciento, lo que representó un mayor impuesto sobre el trabajo al aumentarse las cuotas del empleador en la misma cantidad. Probablemente no se preveía el estancamiento de la afiliación que se daría en pocos años (que es una caída de la cobertura) y se consideraba que continuaría su crecimiento ante una oferta de trabajo que se afiliaba en forma inelástica. Hacia el final de los ochenta la descapitalización era evidente. A partir de 1989 y concluyendo en 1993, el Congreso elevó sustancialmente las contribuciones, y la población respondió con una retirada: hacia 1995 el IMSS tenía aproximadamente el mismo número de asegurados que en 1990, la peor crisis de su historia hasta ese momento y un resultado que ponía en duda su capacidad para cumplir con el fin principal, que es proveer una red general de protección a la población. Cada vez que se elevaban las cuotas del IMSS se obtenían victorias tácticas y derrotas estratégicas, definidas las primeras por un aumento temporal de los ingresos, pero derivando en que las empresas y trabajadores encontraran formas de organización para eludir el pago de un servicio que en el mejor de los casos era de la misma calidad que en el pasado pero que se había hecho más caro (pues los recursos adicionales eran para cerrar el déficit, no para mejorar el servicio).

REFORMA AL FINANCIAMIENTO Y EVALUACIÓN

La reforma al sistema de financiamiento del IMSS de 1995 contempló cinco objetivos: primero, incrementar sostenidamente la cobertura al recuperar el crecimiento en la afiliación por arriba de la fuerza de trabajo hasta beneficiar virtualmente a toda la población urbana; segundo, garantizar que no se afectaría adversamente a ningún trabajador, en especial a los de menores ingresos; tercero, cambiar la mezcla fiscal de financiamiento a la seguridad social en salud al reducir los fondos provenientes de impuesto sobre la nómina y aumentar la participación proveniente de fondos generales; cuarto, reducir incentivos a la subdeclaración y coadyuvar al crecimiento del empleo y salario al reducir las tasas marginales de impuesto al trabajo; quinto, garantizar la viabilidad financiera de la operación de servicios para la salud, aunque se reconoció que no se hacía lo suficiente en el tema de financiar los gastos médicos para pensionados.

El primer objetivo se logró pero sólo durante cuatro años (1997-2000), dándose en 2001-2005 un episodio de estancamiento en la afiliación análogo al vivido en 1990-1995. El segundo, tercero y cuarto objetivos están incorporados en las reglas de cotización y beneficio, así que para la población asegurada se ha dado su cumplimiento. El quinto objetivo de garantizar la viabilidad financiera de la operación de los servicios para la salud tuvo un impulso inicial, pero la evolución de la afiliación en 2001-2005 disminuye los ingresos por derechohabiente (pues cada vez es mayor la proporción de pensionados), acelera el envejecimiento (del subconjunto de la población nacional que protege el IMSS) y hace difícil una evaluación favorable.

La reforma al sistema de financiamiento del IMSS buscó un balance al contar con una mayor participación de los fondos generales del gobierno federal y una menor participación del impuesto sobre la nómina, bajo el diagnóstico de que el impuesto a la nómina era ya demasiado elevado e inducía migración de los trabajadores a la economía informal, dificultaba el crecimiento de la productividad y producía evasión y elusión generalizadas. Por otro lado, al transformar la aportación estatal en un pago por trabajador, se estableció virtualmente un sistema de presupuesto fiscal global que facilita la contención de costos en el largo plazo. De la misma forma en 2004, el gobierno federal impulsó el programa de Seguro Popular y tomó como referencia base para la transferencia de recursos esa misma cuota que aporta al IMSS. Esto significa que la reforma de 1995 adoptó una "arquitectura" que facilita la interrelación con otros programas al definir una base equi-

tativa para las transferencias de recursos por familia, al mismo tiempo que fija un elemento global en el presupuesto de largo plazo de los proveedores de servicios de salud.

El resumen sobre financiamiento público a la salud de la OCDE (2005, recuadro 1.4) señala que a pesar de esos avances, el gobierno federal aún no logra consolidar todos los mecanismos que disparan el gasto público. La operación de diversos “ramos” y “fondos” en el presupuesto federal representa una mayor dificultad en la gestión y genera el riesgo de descontrol hacia el futuro. En la actualidad, el IMSS es la única parte del sistema público que tiene reglas de largo plazo para el financiamiento, lo que permite proyectar en el corto y en el largo plazo el déficit fiscal.

Sobre el tema central de la cobertura del seguro social, la tabla 5 muestra el estancamiento en la afiliación que experimentó el seguro social en la primera parte de los noventa; la cobertura disminuye en forma importante al disminuir la relación de la afiliación al IMSS con respecto a la población total. La tabla 6 muestra que las tasas medias de crecimiento de la afiliación fueron reduciéndose trienio a trienio. El descenso gradual que se observa en las primeras décadas a partir de la fundación del IMSS era normal pues se daban ganancias de cobertura por arriba del crecimiento normal de la población. Sin embargo, para no perder eventualmente la cobertura se debe converger a un mínimo igual al crecimiento de la fuerza de trabajo, situación que no se ha cumplido en general desde 1990. Fue apenas hasta la segunda parte de los noventa que se presentó una recuperación. Esta recuperación en la afiliación durante el periodo 1995-2000 incluye los efectos del Tratado de Libre Comercio entre Canadá, Estados Unidos y México, y del inicio de la LSS de 1997. Probablemente no sea posible precisar en qué grado cada uno de estos factores explica este crecimiento, pero sin duda se dio un marco conducente al crecimiento. De 2000 en adelante se regresa al estancamiento.

TABLA 5
Promedio trianual de asegurados permanentes
del IMSS al cierre del ejercicio, 1944-2005

Periodo	Promedio trianual	Crecimiento entre trienios	
		Absoluto	Porcentual
1944-1946	196,697		
1947-1949	314,997	118,300	60.1
1950-1952	402,653	87,656	27.8
1953-1955	515,630	112,977	28.1
1956-1958	775,991	260,361	50.5
1959-1961	1'167,642	391,651	50.5
1962-1964	1'661,897	494,255	42.3
1965-1967	2'154,318	492,422	29.6
1968-1970	2'629,043	474,725	22.0
1971-1973	3'136,029	506,986	19.3
1974-1976	3'586,499	450,470	14.4
1977-1979	4'244,833	658,334	18.4
1980-1982	5'594,900	1'350,067	31.8
1983-1985	6'354,576	759,676	13.6
1986-1988	7'334,500	979,924	15.4
1989-1991	8'842,540	1'508,040	20.6
1992-1994	9'230,904	388,364	4.4
1995-1997	9'595,867	364,963	4.0
1997-1999	12'341,333	2'745,466	28.6
1999-2001	13'328,333	987,000	8.0
2001-2003	13'782,000	453,667	3.4
2003-2005	14'415,929	633,929	4.6

Fuente: Memoria Estadística, Informe Mensual de Población Derechohabiente, Reporte de Gestión.

Los números revelan así una realidad difícil: el programa social más importante que tuvo el país en el siglo XX tiene 15 años cumpliendo cada vez menos con su objetivo estratégico. No es fácil prever nuevos eventos externos que impulsen al IMSS a ganar participación en el mercado, como ocurrió durante 1995-2000. Como se ha visto, las condiciones para el deterioro de las finanzas del IMSS venían de 15 a 20 años atrás, cuando se había iniciado su descapitalización gradual. El NAFTA puede haber sido un fenómeno de apoyo temporal, pero el EB mexicano no puede depender de ese tipo de reformas para crecer. Estos escenarios llevan a cuestionarnos sobre la necesidad de tener grandes reformas en los programas para aumentar los subsidios recurrentemente con el fin de hacerlos más atractivos.

TABLA 6
Cobertura del IMSS, 1950-2005

Periodo	Total de México (millones)	PEA (millones)	Asegurados permanentes y eventuales (miles)	Derechohabientes totales (miles)	Asegurados entre PEA	Derechohabientes totales entre población
1950	27.3	8.3	374	973	4.5	3.6
1960	36.5	10.2	1,201	3,360	11.8	9.2
1970	50.3	13.3	3,121	9,772	23.5	19.4
1980	67.0	20.2	6,369	24,125	31.5	36.0
1990	83.5	27.0	10,764	38,575	40.2	46.2
<i>Cobertura del IMSS, 1992-1999</i>						
1992	86.8	30.6	11,368	37,464	38.0	43.2
1995	92.0	35.6	10,932	34,323	30.7	37.3
1997	95.1	38.3	12,714	19,462	33.3	38.4
1999	98.1	40.5	14,559	44,557	35.8	45.5
2000	100.6	42.1	15,240	46,534	36.2	46.3
2001	101.8	42.9	15,131	45,872	35.3	45.1
2002	103.0	43.7	15,517	46,199	35.5	44.9
2003	104.2	44.5	15,750	41,851	35.4	40.2
2004	105.3	45.4	16,288	42,993	35.9	40.8
2005	106.5	46.3	17,052	44,961	36.8	42.2

Fuente (panel superior): Censos de población. INEGI. *La participación de la población en la actividad económica de México*, INEGI.

Fuente (panel inferior): *Memoria Estadística del IMSS, 2004. Reporte de Gestión*, IMSS. *Proyecciones de población*, Conapo, 2000. *Enadid 1992*, INEGI. *Encuesta Nacional de Empleo*, INEGI.

La explicación del estancamiento en la afiliación radica en el deterioro en la capacidad de proveer beneficios, tanto en el corto como en el largo plazo. En el corto plazo, los trabajadores valúan las prestaciones del IMSS sólo en una fracción de los pagos por la incertidumbre en su recepción: largas colas, riesgo de no recibir los servicios, cobertura geográfica excesivamente concentrada, deficiencias en la atención por malos horarios y calendarios y en general por un enfoque de servicio a la administración y no de servicio al cliente. Este problema “de corto plazo” se da para los servicios de salud y guarderías principalmente. Para el largo plazo, la historia señala a que los trabajadores tienen razones para dudar que las pensiones serán pagadas con confiabilidad, ya que se han dado decisiones de política que afectan los beneficios, no existiendo garantía (o evidencia) de que se haya disminuido la probabilidad de esas conductas. La virtual devolución al sistema de reparto del seguro de invalidez y vida y la apropiación de recursos del SAR que

se dieron durante la administración Fox señalan a que ante problemas financieros, el gobierno puede preferir estrategias de corto plazo a mantener los instrumentos que garantizan el pago de beneficios en el largo plazo. De no resolverse estas situaciones, es difícil pensar en que se logre un crecimiento sostenido de la afiliación.

Los problemas financieros del IMSS no se derivaron de las crisis cambiarias que vivió el país en 1976, 1982, 1987-1988 y 1994-1995. La descapitalización fue gradual e incluso, la inflación fue un factor de alivio por la falta de indexación de las pensiones y de los salarios utilizados para calcularlas. Sin las crisis económicas, el quebranto del sistema de pensiones hubiera aparecido antes.

La LSS de 1995 mejoró la credibilidad del sistema de pensiones con respecto al impacto de la inflación al obligar al ahorro fuera del IMSS, mejorar las reglas para el cálculo de las pensiones y disminuir la brecha entre los valores de los impuestos y los beneficios al disminuir la carga a la nómina. Sin embargo, el Congreso puede en cualquier momento depreciar las pensiones (lo que puede ser muy difícil por los argumentos de Mulligan y Sala-i-Martin, 2004), o elevar los impuestos (lo que puede ser probable en vista de la experiencia europea), o establecer regulaciones para depreciar el valor del ahorro como sucedió en la crisis argentina de 2001-2002, cuando el gobierno de ese país congeló primero los fondos de ahorro para el retiro para después pagarlos a un valor disminuido.

Para medir el problema fiscal asociado a la seguridad social es necesario distinguir entre los cambios en los flujos financieros del sector público del costo de las reformas propiamente dicho. La adopción del nuevo sistema de pensiones implicó reconocer el pasivo del sistema anterior. El gobierno federal alivió al IMSS de esa deuda, al hacerse responsable del pago de todas las pensiones que se habían otorgado hasta junio de 1997, más las que se otorguen con posterioridad bajo las reglas de la LSS de 1973 —estas últimas son la gran mayoría, pues por al menos 12 a 15 años a partir de 1997, los trabajadores que llegan a la edad de jubilación tienen recursos de valor relativamente bajo en sus cuentas de ahorro para el retiro y optan por los beneficios de la LSS de 1973. Esto significa que el gasto del gobierno federal en pensiones es muy elevado por varias décadas, en una especie de rescate financiero del seguro social. Por otro lado, debe entenderse que este gasto público no es un costo de la reforma, pues se trata de obligaciones que el Estado ya tenía; a menos de que el IMSS renegara el pago de las pensiones, lo que hubiera representado una crisis social mayor, el gobierno federal iba a rescatarlo en algún momento entre los noventa y la primera década

del nuevo siglo. Bajo esa perspectiva, existen dos grandes temas para la programación fiscal en el mediano plazo (aproximadamente los 30 años posteriores a la reforma): el pago de las pensiones en curso de pago, y la forma en que se reconocerán y pagarán los derechos adquiridos por trabajadores afiliados al IMSS en activo. En el largo plazo, el tema fiscal que irá creciendo en importancia será el costo de la pensión mínima garantizada.

El orden total de magnitud de las erogaciones federales derivadas de la reforma ha coincidido con los documentos originales propuestos al Congreso; en IMSS (1996 y 1999) se comentan en mayor detalle las cifras que se presentaron. Esta situación de certidumbre en las estimaciones se compara favorablemente con el proceso de estimación del rescate bancario, ya que según Moreno Pérez (2004), en solamente tres años (de 1995 a 1997) el costo estimado del mismo más que se duplicó, de 5.1 a 11.9 por ciento del PIB, volviéndose aproximadamente a duplicar el valor de la estimación en 1998. La tabla 7 muestra que a partir de las reformas, las transferencias del gobierno federal al IMSS son de aproximadamente medio punto porcentual del PIB, más el efecto por amortización del pasivo pensionario. Como parte de una política social sostenible, es necesario que estas cantidades estén bien definidas en las leyes y se puedan pronosticar con certidumbre, pero desafortunadamente, sólo el sistema del IMSS está en esas condiciones (no aún el del ISSSTE, el Infonavit u otras agencias).

El resto de las instituciones del EB mexicano está sujeto a negociaciones presupuestales anuales inciertas, y las leyes no permiten al gobierno regular en forma sencilla el flujo de gasto o la creación de pasivos, sino que se da multiplicidad de canales de salida del gasto a programas heterogéneos, surgidos a lo largo de los años para atender a grupos especiales o a proyectos personales de políticos, sin una lógica institucional y una estrategia de articulación. El programa de Seguro Popular de Salud ha tratado de atenuar este problema homologando las reglas de transferencia de recursos federales a ese seguro con las del Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS. Una pregunta hacia el futuro se refiere a la posibilidad de lograr reglas de transferencia que den certidumbre a todas las instituciones y que cumplan principios de equidad en la asignación del gasto público a las familias.

Incidentemente, por la importancia que se la ha dado en el debate político, cabe comparar el costo del rescate bancario con los pasivos asumidos por el gobierno federal derivados de la reforma de 1997 y de otros pasivos asociados a la seguridad social. Las estimaciones de las obligaciones no fondeadas de la

TABLA 7
Transferencias del gobierno federal al IMSS, 1992-2003
(Nominal, miles de pesos)

	Total de seguros administrados por el IMSS	Enfermedades y maternidad				Como puntos porcentuales del PIB	Pensiones en curso de pago	Como puntos porcentuales del PIB
		Asegurados	Pensionados	Invalidez y vida	Salud para la familia			
1992	1'369,718	868,516		501,202				
1993	1'574,807	1'003,245		571,562				
1994	1'887,971	1'203,593		684,378				
1995	2'073,563	1'312,289		761,274		0.12		
1996	2'628,896	1'658,101		970,795		0.11		
1997	8'995,593	7'955,168	123,972	287,218	40,211	0.31	8'740,092	0.30
1998	17'896,770	16'937,287	180,201	468,730	310,552	0.51	19'516,000	0.55
1999	21'943,976	20'778,966	221,074	579,701	364,235	0.52	25'033,271	0.60
2000	26'326,896	24'760,764	441,216	714,540	410,376	0.53	30'579,000	0.61
2001	27'819,000	26'447,000	194,000	799,000	379,000	0.53	35'438,000	0.67
2002	29'916,790	28'449,015	194,000	868,883	404,892	0.52	39'374,000	0.69
2003	31'856,000	30'134,000	194,000	722,000	806,000	0.51	42'513,530	0.68
2004	35'565,000	33'521,000	203,000	1'007,000	834,000	0.54	47,433,200	0.73
2005							55,121,000	

Nota: Los seguros de riesgos de trabajo y guarderías y prestaciones sociales no reciben transferencias del gobierno.

Cifras de PIB para 2004 y 2005 estimadas.

Fuente: Memoria Estadística del IMSS y Presupuesto 2005. Cifras de estado de ingresos y gastos operativos para transferencias para seguros administrados por el IMSS (pueden diferir en el corto plazo de las transferencias en efectivo).

seguridad social equivalen a 40 por ciento del PIB, en comparación con probablemente un máximo de 20 por ciento del PIB que terminará costando el rescate bancario. Esta confronta es ilustrativa del tamaño de los flujos financieros, pero en general no es válida por tres razones: 1. el costo del rescate bancario representa una pérdida para el gobierno derivada de la garantía de actividades privadas, mientras que el gasto en seguridad social ya estaba previsto, pero no había sido revelado en las cuentas públicas (és decir, el primero pudo no haber ocurrido de haberse dado una evolución económica y una gestión diferente de la crisis de 1994-1995, mientras que el segundo se refiere a pasivos que ya había adquirido el Estado con los trabajadores); 2. en el rescate bancario el gobierno asume deudas privadas, mientras que el reconocimiento de pasivos de la seguridad social se asocia a flujos de efectivo que el Estado ha utilizado en el pasado (es decir, parte del problema de la seguridad social es que en el pasado el Estado se financió con flujos financieros que debieron ir a respaldar los planes, por ejemplo, cuando depreció el valor de las pensiones mediante la inflación y en general al utilizar el excedente financiero del seguro social para financiar otros programas); 3. el rescate bancario puso presión de corto plazo sobre las finanzas públicas en forma inesperada, mientras que la reforma a la seguridad social determina un financiamiento gradual a lo largo de décadas y en forma predecible. En resumen, en pesos y centavos, la presión fiscal que la seguridad social pone al gobierno es mucho mayor que la del rescate bancario, pero mientras que el gasto del EB es esencial para el cumplimiento de funciones públicas, el rescate bancario fue realizado para dar beneficios privados.

EL GOBIERNO CORPORATIVO DEL IMSS

En la visión administrativa, el gobierno ha decidido a lo largo de décadas que el IMSS se mantenga como una estructura vertical y centralizada, que lleva a cabo todas las funciones requeridas para prestar los servicios finales a las familias. En la práctica, el crecimiento del mercado privado y público de oferta de servicios de salud, y la incertidumbre histórica en el pago de beneficios económicos, significa que exista una elevada sustitución por los servicios finales que el IMSS proporciona.

Esta situación motiva al IMSS a llevar a cabo una estrategia de atraer recursos cada vez mayores y atender cada vez a un promedio de familias menor en número y calidad de atenciones. El escenario en el cual el Congreso decide dar

más dinero al seguro social no es fácil de lograr porque entra en competencia con otros programas que atienden a familias de menores ingresos y con otros objetivos de política, pero principalmente porque ante una sociedad que va encontrando una oferta sustituta de servicios, la presión política para refinanciar al viejo programa va disminuyendo. El gobierno podría intentar una política de restringir la oferta alternativa, pero la probabilidad de éxito es muy baja, debido a que existe una oferta altamente atomizada de médicos, paramédicos, hospitales y clínicas, y el propio sector público es un gran proveedor alternativo. Cabe mencionar que en aquellos casos, como son el francés o el canadiense, en los que mediante regulaciones se establece un sistema de “pagador único”, no se da una integración vertical de lo financiero y de la oferta médica y hospitalaria, como ocurre en el IMSS y en el ISSSTE. Lo más cercano a un sistema integrado verticalmente es el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido, pero aún ahí, no hay control directo de gran parte de la oferta (por ejemplo, los médicos generales son contratistas, no empleados), y en años recientes se ha avanzado hacia la descentralización y subrogación de servicios.

Los temas que generalmente afectan a las corporaciones públicas se presentan en diversos grados en el IMSS: centralismo, conservadurismo en la toma de decisiones, retraso tecnológico, dilución de la responsabilidad (presupuestos blandos, consejos de administración ausentes). Si bien se han dado intentos para mejorar el gobierno corporativo, los avances han sido limitados. Dos cambios principales se refieren a la regionalización y a la función de vigilancia.

La regionalización fue promovida hacia la mitad de los noventa al mismo tiempo que se daban reformas legales para separar la administración y finanzas de los fondos de pensiones, salud y guarderías. Sin embargo, la política de regionalización incurrió en contradicciones con la estructura jerárquica de las oficinas centrales, que mantienen control operativo de procesos clave (tales como la cadena de abasto, recursos humanos e inversión física). En ocasiones, la regionalización era vista como la creación de direcciones generales regionales, mientras que las políticas de autonomía hospitalaria no requieren de una partición del sistema y la creación de jerarquías regionales, sino de una nueva distribución de funciones entre el *staff* y la operación, dentro de la cual el hospital logre autonomía operativa.

En cuanto a la función de vigilancia, el retraso en formular e implementar las decisiones corporativas estratégicas se liga precisamente a que la institución se enfrenta con un exceso de vigilancia, formal e informal. Formalmente, el IMSS

puede ser la corporación más regulada y supervisada del país. Por un lado tiene una estructura definida en la LSS de 1943 que pretende seguir a las corporaciones privadas: hay un consejo de administración (denominado Consejo Técnico), una asamblea general (que también tiene formalmente funciones de decisión), una Comisión de Vigilancia, y un auditor externo. Por otro lado, desde el final de los noventa y a raíz de las reformas al sistema de vigilancia general de la administración pública federal, el IMSS adicionalmente ha estado sujeto a nuevas regulaciones, y tiene un “contralor interno”, que en realidad forma parte de la jerarquía de la Secretaría de la Función Pública (es nombrado por esa secretaría), pero es pagado por el IMSS y tiene funciones de auditor externo (en la práctica, las funciones de contraloría las siguen efectuando las áreas contables del IMSS y hay indefinición entre los objetivos del auditor externo y del contralor interno). El contralor interno puede participar activamente en las funciones administrativas, promoviendo y vetando decisiones, desde las minucias hasta las estratégicas, afectando la selección de personal y las decisiones de compra. Esto genera un conflicto de interés al ser el contralor interno un empleado del IMSS cuyo jefe real está fuera de la corporación, que pretende además ser un auditor externo, así como una autoridad cuasijudicial con facultades para imponer sanciones punitivas. Por ejemplo, la Secretaría de la Función Pública obliga a la administración a expedir “pliegos preventivos de responsabilidades” que llevan sin juicio previo, al “embargo precautorio” por la SHCP de las propiedades y cuentas de los funcionarios. Es así que el funcionario público está virtualmente sujeto a sanciones administrativas que en otros países tendrían un carácter penal. De acuerdo con las regulaciones de la Secretaría de la Función Pública, un contralor de una empresa paraestatal puede determinar una acción de este tipo.¹⁶

Adicionalmente, hay una Auditoría Superior de la Federación controlada por el Congreso. Éste suele designar comisiones especiales para investigar la seguridad social bajo líneas partidistas, como la creada en el periodo 1998-2000, cuyos resultados no se conocen pero que puede determinar una gran incertidumbre para una administración.

Una predicción teórica es que tener múltiples monitores sobre un agente económico, hace que las decisiones tiendan a volverse más conservadoras, y que la administración esté dispuesta a tomar riesgos solamente a un nivel menor al óptimo. El grado de conservadurismo se incrementa exponencialmente con el

¹⁶Estas disposiciones se encuentran en el Reglamento de la Ley del Servicio de la Tesorería de la Federación de 1999 (artículos 15, 162 y 191).

número de monitores, lo que significa que la primera instancia de vigilancia genera un poco de conservadurismo, la segunda tiene un efecto proporcionalmente mayor, e instancias adicionales pueden llevar a la administración a básicamente no tomar ningún riesgo.

El Consejo Técnico es el administrador del IMSS, no es un órgano de consulta o de vigilancia. Sin embargo, no se efectúan auditorías sobre sus decisiones y no se responsabiliza a los consejeros por sus decisiones. No es claro que la solución sea convertir a los consejeros en funcionarios públicos o desaparecer la figura del consejo. La combinación de administrador e interlocutor con la sociedad tiene un rol emblemático de importancia, pues la seguridad social busca con el “tripartismo” tener una relación continua con los contribuyentes y los usuarios. Sin embargo, desde 1943 se han dado cambios en el entorno legal y social que demandan una evolución. Por un lado, la legislación administrativa y fiscal regula el comportamiento del organismo y de sus funcionarios, por lo cual el consejo técnico no debería poder intervenir en estos aspectos. Esto significa que la LSS debería precisar funciones consultivas de alto nivel para el Consejo Técnico, pero no tiene sentido someter a su aprobación presupuestos que en realidad son aprobados por el Congreso de la Unión, o regulaciones y decisiones de recaudación de tipo fiscal en los cuales la confidencialidad y la imparcialidad de la autoridad son indispensables para limitar el oportunismo. Por otro lado, es necesario adoptar mecanismos no discrecionales para optimizar la representatividad del Consejo Técnico y de otros consejos de menor nivel (como los que operan a nivel de delegación). Estos procedimientos deben considerar el acceso de nuevos grupos representativos, pero también de ciudadanos trabajadores y empresarios que no se agrupan corporativamente. Es probable que la mayor parte de los trabajadores y empresas no tengan una afiliación de ese tipo, pero la LSS, generada en la década de los cuarenta (probablemente el apogeo del corporativismo a nivel mundial), supone que sólo grupos organizados por corporaciones deben servir como órganos de representación y controlar en gran medida a las personas y actividades dentro de su jurisdicción –evidentemente, no debe confundirse el “corporativismo” con el “gobierno corporativo”; muy posiblemente, la fortaleza de uno va en contra de la consolidación del otro.

Dado el gran peso del seguro social en el presupuesto federal, es inevitable prever una intención continua del gobierno federal para supervisarlos, y el presupuesto es la herramienta más importante para ello. Como veremos más adelante,

este instrumento ha sido utilizado con apuro, generando incertidumbre y sin que sea claro el objetivo del gobierno.

Una herramienta para mejorar el gobierno corporativo del IMSS sería el presupuesto multianual, herramienta que se implementó en 1998 cuando el IMSS firmó con el gobierno federal el Acuerdo de Fortalecimiento Financiero 1998-2000. Este convenio proveyó un marco de mediano plazo para la planeación de los flujos financieros y la inversión física, así como un conjunto de metas administrativas. Esta herramienta proveyó un marco para facilitar la relación entre el gobierno federal y una gran corporación pública, y fue el primero de su tipo en el sector público mexicano. Primero y último, pues la administración 1994-2000 permitió este tipo de arreglos solamente al final de su operación, y la administración 2000-2006 no consideró importante retomar el tema de la regulación corporativa de largo plazo de las empresas paraestatales. Por lo que el convenio tuvo resultados muy limitados y no se han dado nuevos ánimos al respecto. De esta forma, estas grandes organizaciones deben someterse año con año a un proceso de discusión presupuestal altamente politizado en el Congreso, generando incertidumbre para las organizaciones y careciendo de reglas elementales. Por ejemplo, temas como el manejo de los pasivos de las empresas paraestatales no forman parte de la discusión en el Congreso, asimismo los programas de inversión se someten a aprobación detallada sin criterios útiles, amén de que para una empresa de servicios, los contratos precisamente de servicios son típicamente mucho más importantes en valor e impacto que los de obras y equipamiento. Por otro lado, a falta de un instrumento de evaluación de largo plazo, la relación entre el gobierno y la corporación está destinada a quedar dominada por consideraciones miopes y a la inhabilidad de evaluar resultados sociales estratégicos.

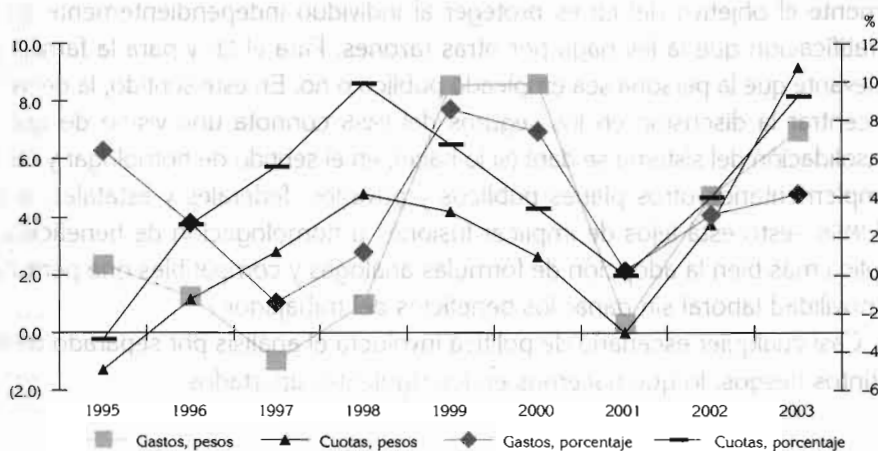
El programa multianual que se menciona en el párrafo anterior tuvo en la práctica un resultado muy limitado. En forma similar a lo que pasa en el ámbito de la auditoría, en el ámbito presupuestal la SHCP interviene en las decisiones administrativas de las paraestatales, pero no lleva responsabilidad sobre los resultados. La gráfica 3 muestra las modificaciones que tuvo el presupuesto del IMSS de 1995 a 2002. Como puede observarse, el escenario usual es el de ajustes al presupuesto de gasto que son superiores al 4 por ciento anual. Esta es una cantidad muy elevada ya que la mayor parte del presupuesto consta de conceptos de una gran inercia y muy poca variabilidad en el tiempo, como son los correspondientes al sistema de pensiones. Es decir, la variación que se muestra año con año en varios capítulos del gasto incide totalmente sobre el presupuesto operativo de salud

y guarderías. Si se considera además que la mayor parte del presupuesto de estas áreas es para pagar la nómina, se tiene que la variación mayor incide sobre los conceptos de inversión, compra de medicamentos y materiales de curación, y contratación de lugares de guardería, lo que se observa en la gráfica 4. Por ejemplo, la cifra que aparece en 1995 de 40 por ciento en materiales y suministros (esto es medicamentos y material de curación) significa que el IMSS inició el año con un recorte presupuestal de ese tamaño y que posteriormente le fueron autorizadas las ampliaciones al gasto. Son excepción los años en que se haya dado un presupuesto sin ajustes grandes. En vista de que los periodos mínimos que establecen las leyes sobre adquisiciones y presupuesto para la compra de bienes son inflexibles, no es sorprendente que la planeación de la compra en las empresas paraestatales sea azarosa. Independientemente de los valores superiores que se puedan invocar para presupuestar de esta forma, las grandes variaciones representan un obstáculo que invalidaría un intento de flexibilizar la estructura de la seguridad social, ya que existe una gran incertidumbre en cuanto a su capacidad de comprometerse con los hospitales y las guarderías para que éstos puedan planear en forma descentralizada. Es decir, de decidir llevar a cabo una estrategia importante como la de dar autonomía a hospitales, financiar a terceros (públicos o privados), evolucionar hacia el financiamiento por diagnóstico y de ajuste por riesgo, y ampliar a su máxima capacidad el sistema de guarderías, el IMSS corre el riesgo de entrar en un estado crónico de violaciones al Presupuesto de Egresos de la Federación y de incapacidad de pago, haciendo poco creíble la estrategia. Este asunto no es menor. A pesar de la complejidad de las reformas requeridas en las áreas de salud y pensiones, la inhabilidad del gobierno para modernizar el gobierno corporativo y la regulación de las empresas paraestatales puede ser el principal problema para modernizar la administración de las instituciones del EB mexicano.

FINANCIACIÓN DE LOS RIESGOS SOCIALES

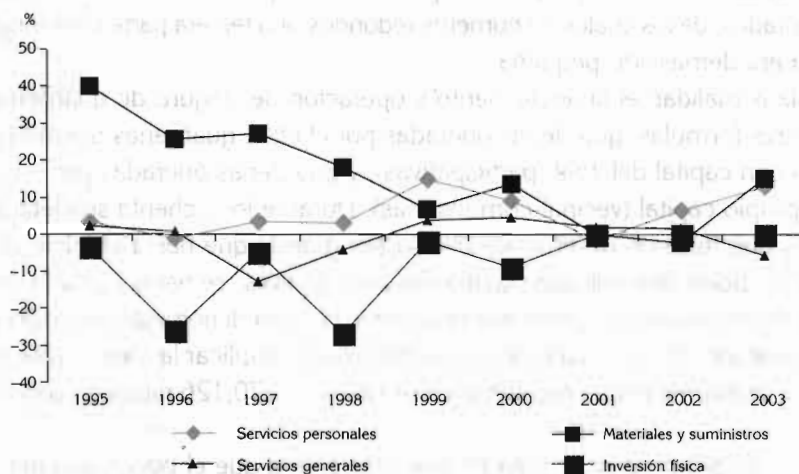
Alrededor del mundo, los riesgos básicos que aseguran los EB son los siguientes: salud, retiro, invalidez, accidentes y enfermedades de trabajo, cuidado de niños y desempleo. En México, no existe el seguro de desempleo. Este apartado presenta la situación de los seguros desde la perspectiva del IMSS. La razón de centrarnos en esta agencia no es sólo que sea la más grande, sino principalmente que es el programa para la población en general. Si bien desde una perspectiva legal en

GRÁFICA 3
Modificaciones al presupuesto del IMSS con respecto al original



Fuente: Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 1995-2003.

GRÁFICA 4
Modificación porcentual al presupuesto del IMSS por capítulo de gasto



Fuente: Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 1995-2003.

México los trabajadores pueden ser de “apartado B o apartado A del artículo 123 de la Constitución” por trabajar en el sector público central o no, social y económicamente el objetivo del EB es proteger al individuo independientemente de la estratificación que la ley haga por otras razones. Para el EB y para la familia es irrelevante que la persona sea empleado público o no. En este sentido, la decisión de centrar la discusión en los seguros del IMSS connota una visión de que la consolidación del sistema se dará (si lo hace), en el sentido de homologar y hacer complementarios otros planes públicos y privados, federales y estatales, a los del IMSS –esto está lejos de implicar fusiones u homologación de beneficios, e implica más bien la adopción de fórmulas análogas y compatibles que permitan la movilidad laboral sin dañar los beneficios del trabajador.

Casi cualquier escenario de política involucra el análisis por separado de los distintos riesgos, lo que hacemos en los siguientes apartados.

Guarderías

El Seguro de Guarderías se crea en 1973, y en 1997 se transforma en Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales. Hacia 1996, a 22 años de creación, el sistema de guarderías cubría un porcentaje muy bajo de la demanda potencial, y estaban inscritos 65,226 niños. Lo que para una población de aproximadamente 11 millones de asegurados, de los cuales en números redondos una tercera parte eran mujeres, la oferta era demasiado pequeña.

En la actualidad el financiamiento y operación del seguro de guarderías se da bajo tres fórmulas: guarderías operadas por el IMSS, guarderías operadas por terceros con capital del IMSS (participativas), y guarderías operadas por terceros con su propio capital (vecinal-comunitarias). Durante los ochenta se efectuaron reformas que tuvieron un error de diseño tan grande que hacia el inicio de los noventa la opción denominada “guarderías participativas” se había agotado. Hacia la mitad de los noventa se promueve un cambio hacia el denominado modelo vecinal-comunitario, con el cual se logra prácticamente duplicar la oferta entre 1995 y 2001, y se mantiene un crecimiento hasta llegar a 170,126 niños en agosto de 2004.

La causa principal de la falta de crecimiento era que el IMSS había definido restricciones a la oferta que implicaban un costo muy elevado del servicio. En los setenta, se estableció que los servicios de guardería operarían bajo la propiedad y control del organismo; hacia 2004, aún operaban 134 de estas guarderías. En los ochenta se crean las guarderías participativas, modelo que consistía de la pro-

visión privada del servicio con pagos por el IMSS vía cuotas mensuales por niño y un financiamiento inicial para obtener las instalaciones. El financiamiento inicial pagaba el terreno y la construcción, y se descontaba de las cuotas mensuales. El modelo se desarrolló con dos grandes errores. Primero, el financiamiento no ajustaba por inflación o intereses, lo que resultó en ganancias para los proveedores y un costo muy elevado para el IMSS (con tasas de inflación de dos y hasta tres dígitos durante los ochenta y el inicio de los noventa, virtualmente se regaló el capital a los proveedores). Otra falla fue la discrecionalidad con que se dieron los contratos, sin ningún plan de cobertura, sin ningún tipo de concurso y permitiéndose negociaciones entre proveedores individuales e IMSS por las cuotas, sin regulación sobre el monto a pagar. Es probable que algunos proveedores hayan participado en este modelo para obtener las ganancias financieras extraordinarias, y que agotadas las mismas se hayan retirado: el modelo participativo alcanza su máximo hacia 1995-1998, cuando atendió aproximadamente a 31,000 niños, y ha declinado desde entonces. Para agosto de 2004 atendía a 21,168 niños.

La reforma de la mitad de los noventa fue una combinación de acciones administrativas y legales. En el ámbito legislativo, el principal cambio fue establecer que al menos 80 por ciento de los recursos cobrados por el seguro de guarderías y prestaciones sociales deben dedicarse a las guarderías. Esta regla parece un sinsentido, pero refleja que de 1973 hasta los noventa la política de la administración era limitar el gasto en guarderías para dedicarlo a otras cosas. Este es otro ejemplo de las deficiencias de los instrumentos de control y gestión corporativa, que permite a la administración actuar con una agenda distinta a la que establece la ley. Mediante la reforma legal de 1997 también se amplió la posibilidad de uso de esta prestación a los viudos o divorciados que conserven la custodia de sus hijos.

Es conveniente ponderar el costo de oportunidad de los recursos porque el de guarderías es un impuesto que compite con otros impuestos y preferencias de la familia. Por ejemplo, en 2004, los ingresos de este seguro por niño atendido eran de 66,000 pesos anuales, cantidad similar al salario promedio de cotización de un trabajador. Los costos de atención se muestran en la gráfica 5. El costo de atención por niño ha ido disminuyendo en forma importante al pasar de 107,000 pesos por niño en 1994 a poco más de 60,000 pesos en 2004; si bien esto es una gran mejoría en comparación con 1994 (aproximadamente 78 por ciento arriba del salario de cotización promedio), permanece la interrogante sobre si preferirían las familias que tienen a niños en guarderías del IMSS recibir ese monto en lugar de mandar al niño a una guardería, posiblemente para utilizar otra solución vía la familia, la comunidad o una escuela. Ese dinero se podría utilizar para que la familia

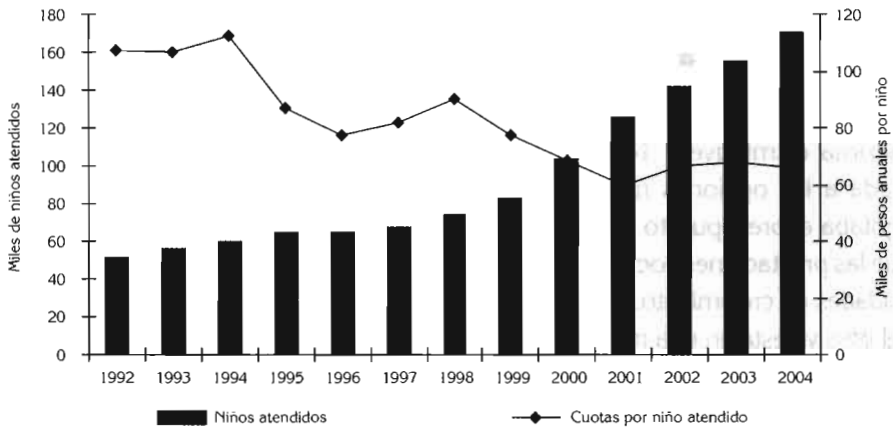
seleccionara un servicio de guardería en un sistema descentralizado al cual se le regularía la calidad y la información a la familia usuaria.

Los cambios administrativos en el seguro de guarderías que se dieron en la segunda parte de los noventa giraron en torno al modelo vecinal-comunitario de guarderías, en el cual se da provisión por terceros (públicos o privados), quienes deben invertir con recursos propios, y reciben un pago mensual por parte del IMSS por niño atendido. Gradualmente se han mejorado las reglas del sistema, adoptándose tarifas generales por región económica y abriéndose convocatorias generales para la selección de proveedores. Sin embargo, a pesar de estos cambios todavía se mantienen reglas que impiden lograr un mejor servicio a menor costo, principalmente al limitarse una integración con otras ofertas que existen en la sociedad y soluciones evidentes de servicio. Se obliga a que las guarderías cumplan con normas definidas por el IMSS, las cuales en general son incompatibles con las del sistema educativo general. Este asunto se ha hecho más importante porque durante la administración del presidente Zedillo se estableció la obligatoriedad de la educación preescolar, y crecieron los programas de apoyo a niños pequeños. Sería natural que el financiamiento del seguro social se combinara con la oferta educativa general, pero ello no es posible ya que el IMSS también requiere que las guarderías atiendan niños con edades de 45 días hasta 4 años. Es evidente que habría ganancias en costo y calidad si se permitiera atender sólo a ciertos grupos de edad, pues tanto la oferta del sector educativo como las prácticas y preferencias de las familias en todo el mundo señalan a la necesidad de esa diversidad de opciones. Sólo como un ejemplo trivial, se tiene que el cumpleaños de los niños no coincide en general con el inicio del año escolar, por lo cual una madre trabajadora cuyo hijo cumple cuatro años enfrenta un periodo de ajuste indebido entre el fin de la elegibilidad de una guardería del IMSS y el inicio del siguiente ciclo escolar. La diversidad social también señala a la necesidad de aceptar oferta propiamente comunitaria, de manera que el seguro social financie el cuidado por familiares y vecinos, centros comunitarios y escuelas bajo condiciones adecuadas de supervisión. Estas reformas, junto con la adopción de nuevas tecnologías de información, pueden significar que se mantenga el crecimiento de la oferta, que continúe la disminución de costos y la elevación de la calidad. Una referencia útil de cómo puede funcionar un sistema más cercano a la comunidad es el que está funcionando en la provincia canadiense de Manitoba.¹⁷

¹⁷ CISS 2005 contiene una descripción del caso. Directamente se encuentra información en <http://direct.gov.mb.ca/cdchtml/html/internet/en/index.html>?

La gráfica 6 muestra el costo mensual por niño atendido bajo los tres esquemas de provisión y resume financieramente el problema del alto costo de la oferta existente. El costo de una guardería operada por el IMSS estaba en torno a los 7,000 pesos mensuales por niño en 2004, mientras que el de los otros tipos de guardería estaba aproximadamente en 2,000 pesos al mes. Por lo arriba descrito, esta cifras subestiman el costo de las guarderías participativas, pues el IMSS asumió el costo de la inversión y no se imputó el costo del crédito en estos casos.

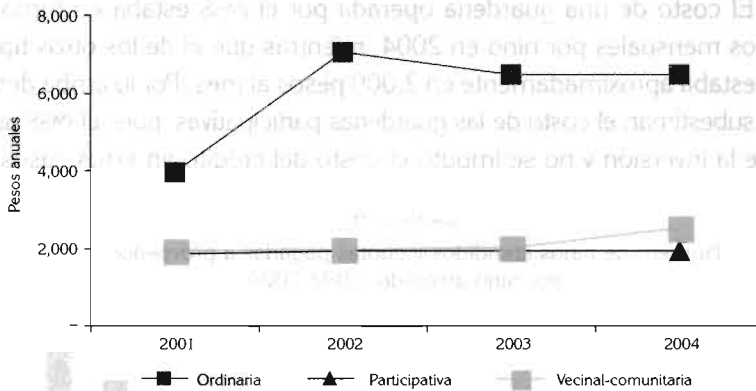
GRÁFICA 5
Número de niños atendidos y cuotas pagadas a proveedores
por niño atendido, 1992-2004



Fuente: Reporte de Gestión, IMSS.

El Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS) operó en 2003 con un déficit de 2,433 millones de pesos, y en 2004 de 2,985 millones de pesos. La suma del déficit en esos dos años es cercano al valor de los ingresos totales del seguro en un año, por lo cual está presente el riesgo de incumplimiento por el IMSS, que podría llevar a una caída abrupta de la calidad o a requerir un rescate del gobierno por la presión social. Utilizando cifras de costo de 2004 (que se encuentran en cifras publicadas por el IMSS en su reporte de gestión), en ese año el número máximo de niños que se hubiera podido atender con la opción más económica del modelo vecinal-comunitario hubiera sido de 248,022 niños (aproximadamente 7,524 millones de pesos de ingresos entre un costo por niño de 30,336 anuales). Por la situación abajo descrita de las prestaciones sociales y con un conservador costo de administración de 25 por ciento, la cifra de oferta

GRÁFICA 6
Costos mensuales por niño en guarderías del IMSS, 2001-2004



Fuente: *Reporte de Gestión*, IMSS.

máxima disminuye a 148,813 niños, pero considerando la oferta que ya está atada a las opciones más caras, la oferta disponible hacia la mitad de 2004 agotaba el presupuesto sin considerar los costos de administración. Si se lograra que las prestaciones sociales no absorbieran nada del gasto, tampoco se dan posibilidades de crecimiento. Es decir, el mecanismo de financiamiento a las guarderías del IMSS ya está en una ruta de colisión con la realidad, y el crecimiento está siendo financiado por los fondos de pensiones, algo que la reforma legal de 1997 buscó evitar.

Por otra parte, en la ley de 1997 se incorporaron las prestaciones sociales al Seguro de Guarderías, que antes operaban con cargo a los recursos del Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía y Muerte (SIVCM). Se constituyó un nuevo seguro denominado “de Guarderías y Prestaciones Sociales”. De esta forma se buscó reconocer legalmente una situación de hecho, ya que si por un lado se establecía que los recursos de cada seguro se podían utilizar solamente para cubrir beneficios del mismo, el IMSS quedaría imposibilitado para hacer los gastos en instalaciones deportivas, tiendas y otros que históricamente había hecho con cargo a los fondos de pensiones. Hacia 2005 el IMSS no había sido capaz de lograr el control del gasto en prestaciones sociales, afectando la capacidad de crecimiento de la oferta de guarderías.

Las prestaciones sociales existentes son básicamente beneficios privados, al constituirse por servicios localizados geográficamente y beneficiando a proporciones pequeñas de la población asegurada a costos elevados. Estas prestaciones

incluyen centros vacacionales, velatorios, tiendas, teatros, centros deportivos y centros de capacitación. El seguro social es una institución cuyo objetivo predominante es asegurar a las familias contra eventos extraordinarios de caídas en el nivel de ingreso o de necesidad de gasto médico, lo que hace difícil justificar la existencia de programas de consumo de servicios deportivos, capacitación u otros que si bien pueden ser de utilidad para el bienestar de las familias usuarias, obligan al seguro social a desviarse de su objetivo. Es por ello que históricamente se ha caído en niveles de servicio que son despreciables para la inmensa mayoría de las familias. Estas actividades absorben recursos que no son nada despreciables para las guarderías.

En la discusión de las prestaciones sociales es conveniente poner en perspectiva dos aspectos. Uno es el objetivo de atención a todos los asegurados, pensionados y sus familias, en contraste con prestaciones que el IMSS puede dar a sus propios trabajadores como parte del paquete de condiciones laborales. Otro es el financiero, y se refiere a enfocar la atención a los temas que por su tamaño realmente tienen un efecto importante sobre la capacidad del IMSS de funcionar como agencia de seguro social.

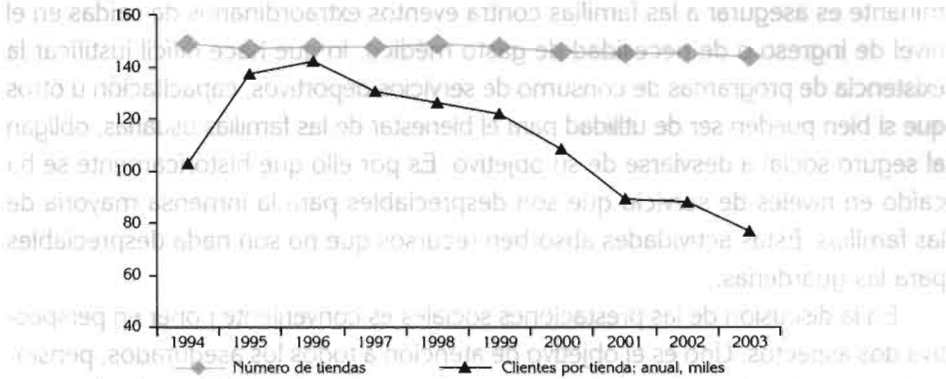
Desde la perspectiva de buscar servicios universales, el sistema de prestaciones sociales funciona sobre bases poco defendibles, por su bajo nivel de servicio y elevada concentración geográfica.

En 2003, las 144 tiendas del IMSS tuvieron un promedio de 211 clientes diarios, para un total anual que tuvo un máximo de 21,000 en 1996 y había descendido a 11,000 en 2003 (véase gráfica 7). Evidentemente, menos de uno de cada mil asegurados asiste a estas tiendas, y la clientela ha declinado año tras año en la última década. El país ha tenido un incremento en calidad y competitividad de la oferta privada a raíz de la apertura comercial, y mantener un sistema de tiendas dentro del IMSS es costoso (las pérdidas en 2001 fueron de 347 millones de pesos).

Para los centros vacacionales el diagnóstico es el mismo, ya que a pesar de un repunte al final de los noventa, en los últimos cinco años se ha reiniciado el camino de declive (véase gráfica 8). Estos centros están concentrados en pocas zonas del país, y en el mejor de los casos asiste uno de cada cien beneficiarios del seguro social.

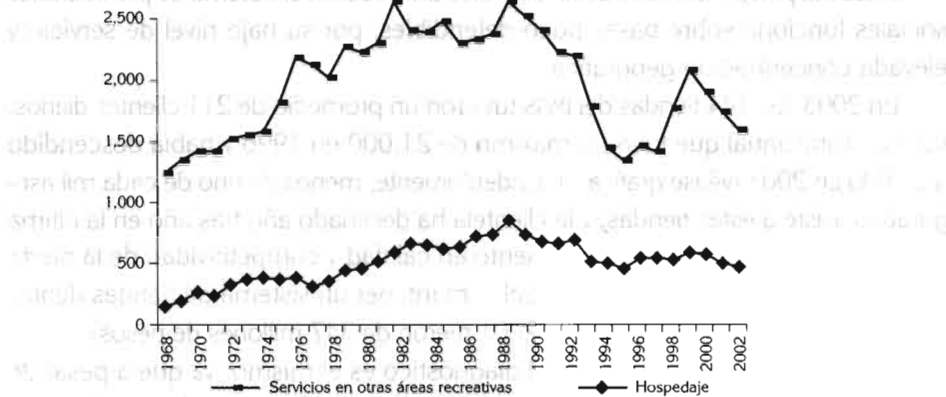
Desde el punto de vista del peso de las prestaciones sociales, son los centros vacacionales y las tiendas las que imponen mayores pérdidas. El diagnóstico para servicios de velatorio, teatros y otros sería similar: muy pocos se benefician y hay deterioro de los servicios.

GRÁFICA 7
 Numero de tiendas y clientes por tienda del IMSS, 1994-2003



Fuente: Reporte de Gestión, IMSS.

GRÁFICA 8
 Población usuaria de los centros vacacionales del IMSS, anual 1968-2003
 (Miles de personas)



Nota: La línea de hospedaje incluye hoteles, albergues familiares, casas, cabañas y campamentos. Otras áreas recreativas se refiere principalmente a entradas a los centros vacacionales sin hospedaje (por ejemplo, a parques acuáticos).

Fuente: Memoria Estadística del IMSS, 2003, cuadro X.26.

La orientación que tienen las prestaciones sociales determina dos problemas grandes de política. El primero es que los recursos de guarderías deben dedicarse a actividades cuyo beneficio público está cuestionado. El segundo es que es necesario desarrollar nuevos programas de la seguridad social que estarán en dos categorías principales: a) programas para atender los problemas de discapa-

cidad y de cuidados de largo plazo, y b) programas comunitarios no médicos, que principalmente se enfocarán a la prevención y tratamiento de adicciones, y a apoyar a las comunidades en el desarrollo de soluciones preventivas no médicas a condiciones de salud.

El IMSS ha intentado estrategias para renovar las prestaciones sociales y disminuir sus pérdidas, pero es cuestionable que el seguro social pueda tener éxito de largo plazo en temas que principalmente son de vocación mercantil. En el pasado se ha hablado de estas prestaciones como parte de “un concepto amplio de la seguridad social”, pero tal retruécano debe ponderarse ante el enorme retraso del país y en particular del seguro social de atender los retos de la discapacidad, de los cuidados de largo plazo, de los padecimientos psiquiátricos, de la educación sexual y del estilo de vida saludable.

Las reformas al programa de guarderías muestran que es posible tener avances importantes y graduales, en el funcionamiento del seguro social. Éstos han sido cambios institucionales, notablemente al margen de la retórica política y de los programas de propaganda del gobierno. Son un ejemplo de cómo debe evolucionar el seguro social: en forma institucional, consistentemente evaluando experiencias para mantener lo positivo y cambiar lo que no funciona.

Una estrategia que serviría para que el seguro social se enfocará a financiar las demandas por prestaciones acordes con su naturaleza y proteger los recursos para las guarderías, y que además potenciaría el servicio en las instalaciones existentes, sería descentralizar las estructuras existentes en los estados y municipios. Para el IMSS éstos son activos muertos, con los cuales es poco probable que logre una explotación comercial satisfactoria, y la transferencia a gobiernos locales permitiría su uso de acuerdo con las preferencias de las comunidades.

Al momento de redactar estas líneas, la cartelera de los teatros del IMSS incluye las obras *La Rock Ola Inglesa*, *El Diablo con Tetas*, *Selena: Queen of Texas* y *Vieja el Último*. La libertad de expresión por medio de actividades deportivas, artísticas o de otro tipo es el valor primordial en una sociedad liberal, pero su garantía no depende de subsidios del seguro social. La promoción de estas actividades con frecuencia emplea frases llamativas como “una visión integral de la seguridad social” o “el tránsito moderno hacia la seguridad social”, pero históricamente han incluido el financiamiento a telenovelas (producidas por familiares de funcionarios), subsidios a equipos deportivos profesionales y otras de cuestionable beneficio colectivo. En 2004, se atendieron con programas de prestaciones sociales sólo a 491,000 personas, de una población de más de 40 millones.¹⁸

¹⁸http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS_SITIOS/DPES/DPES_SER/DPS/Quienes+somos.htm

Pensiones

La reforma al sistema de pensiones que entró en vigor en 1997 busca: 1. hacer real la posibilidad de pensiones adecuadas, protegidas contra la inflación; 2. adoptar elementos transparentes y certeros de subsidio a trabajadores de bajo nivel de riqueza de por vida así como alcanzar un manejo transparente de fondos y reservas; 3. mejorar la relación entre el monto de las pensiones y la carrera salarial de los trabajadores; 4. respetar los derechos de los trabajadores afiliados al momento de expedir la reforma; 5. evitar incrementos en los cargos a la nómina; así como 6. garantizar la viabilidad financiera del sistema en el largo plazo.

Entre 1943 y 1997 el sistema de pensiones se constituyó por el Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en edad avanzada y Muerte (SIVCM) y el Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT). Las primas del SIVCM fueron inicialmente (allá en los cuarenta) del 6 por ciento sobre el salario de cotización de cada trabajador y subieron al 8.5 por ciento entre el final de los ochenta y mediados de los noventa, cuando comenzó a ser evidente el problema financiero de largo plazo. Sin modificar el funcionamiento del sistema regulado por la Ley del Seguro Social, en 1992 se creó un seguro de retiro llamado comúnmente SAR-92 por ser parte del Sistema de Ahorro para el Retiro que incluye a los asegurados del ISSSTE y en principio a cualquier sistema público. El SAR-92 tuvo una cuota patronal del 2 por ciento sobre el salario base de cotización e incorporó un sistema de cuentas individuales capitalizables junto con la aportación del 5 por ciento al Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (Infonavit), siendo esta última una aportación patronal que el trabajador recuperaría al momento de su retiro en un pago único (esto cambió en 1997). Las contribuciones del SAR-92 constituían un elemento disfuncional del sistema de pensiones, ya que no generaban derechos en la seguridad social y no se fiscalizaban.

En la práctica, el SAR-92 fracasó en administrar las cuentas individuales. Parte de la discusión del capítulo 2 y de este apartado se refiere al grado en que los contribuyentes confían en que el sistema respetará las promesas efectuadas. La administración del presidente Fox llevó a cabo dos acciones que cuestionan esa confianza. La primera fue la de apropiarse de aquellos recursos del SAR-92 “que no tenían dueño”, dejando claro que en cualquier momento el gobierno puede tomar los activos sin un contrapeso político o judicial que lo obligue a la compensación; la segunda se discute más adelante y se refiere a que el gobierno y el IMSS pueden

también en cualquier momento cambiar radicalmente los flujos de ahorro, elevando la probabilidad de apropiación futura por el Estado.¹⁹

EL SIVCM y el SAR-92 fueron suplidos en 1997 por los seguros de Invalidez y Vida (SIV) y Gastos Médicos para Pensionados (GMP), administrados por el IMSS, más el Seguro de Retiro, Cesantía en edad avanzada y Vejez (SRCV) que se maneja en el sistema de cuentas individuales.

Seguros para la discapacidad: SRT y SIV

En la ley mexicana, los riesgos de trabajo pueden producir incapacidades temporales, permanentes parciales, permanentes totales y muerte. El asegurado que sufra un riesgo de trabajo tiene derecho a prestaciones en especie y en dinero. De las prestaciones en especie, tiene derecho a la asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica, a los servicios de hospitalización, aparatos de prótesis y ortopedia y rehabilitación. Dentro de las prestaciones en dinero, recibe del SRT una tasa de reemplazo de 70 u 80 por ciento del último salario (en casos permanentes y temporales, respectivamente), ajustada por la gravedad de la discapacidad. El SIV paga en caso de discapacidad o muerte por causas no laborales, una tasa de reemplazo mínima de 40.25 por ciento del promedio real del salario en las últimas 250 semanas cotizadas.

Las reformas de 1997 eliminaron el sistema de clases de riesgo en el SRT, bajo el cual la actividad de la empresa determinaba su prima y sólo se permitía una variabilidad relativamente pequeña en la prima. En la práctica, las tecnologías utilizadas y la seguridad e higiene de las empresas varían dentro de los sectores económicos en forma importante, por lo cual en 1997 se evolucionó a un sistema en el cual la prima cambia año con año de acuerdo con la siniestralidad de la empresa. Las clases se conservan para la entrada de nuevas empresas por conveniencia administrativa, ya que existe en efecto una correlación del riesgo con la actividad económica y por la dificultad inherente a medir el riesgo de las empresas nuevas en forma individual. Al momento de inscribirse por primera vez o al cambiar de actividad, las empresas cubren la prima media de la clase que les corresponda conforme al reglamento respectivo. Sin embargo, al tener la obligación de revisar anualmente su siniestralidad, existe la posibilidad de permanecer con la misma prima, disminuirla o aumentarla lo que se puede hacer hasta en un punto porcentual de los salarios. Como asegurador público el IMSS enfrenta limitaciones legales en su

¹⁹Esta acción se encuentra publicada en el *Diario Oficial* del 24 de diciembre de 2002, como una reforma a la Ley de los Sistema de Ahorro para el Retiro.

capacidad de efectuar inspecciones y ajustes, y no puede rechazar la inscripción de una empresa u obligarla a cambiar sus procedimientos, no importa qué tan riesgosa ésta sea.

Regulación

El análisis de la situación del SRT requiere entender la situación general de la protección a los trabajadores por daños sufridos en el empleo. Esta protección se da en un país con el balance de tres instrumentos de política: la regulación directa y su aplicación por la autoridad laboral, la acción legal ante los tribunales y la seguridad social. En México, la primera opción está manifestada en el Título Noveno de la Ley Federal del Trabajo y su aplicación está a cargo de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS). El segundo mecanismo no está disponible para el trabajador en forma libre, ya que la LFT regula la relación laboral y establece que los casos de accidente o enfermedad laboral se resuelven en sus propios términos, siendo las Juntas de Conciliación y Arbitraje las instancias jurisdiccionales. Finalmente, la tercera herramienta es la establecida por la Ley del Seguro Social.

Cada uno de los tres sistemas que menciona el párrafo anterior se basa en un supuesto de eficiencia de sus correspondientes instrumentos para cumplir con el objetivo. El sistema de regulación busca ser preventivo al obligar a las empresas a tomar acciones previas específicas. Sin embargo, “prevenir” en este caso implica contar con un cuerpo de inspectores técnicamente capaz y no susceptible de corrupción para que el sistema funcione. De acuerdo con la teoría económica del crimen y castigo, un sistema de inspección que funciona con bajas probabilidades de detección de desviaciones de la ley debería tener sanciones elevadas. Sin embargo, el carácter puramente administrativo del sistema impide ese tipo de sanciones. Para lograr mayor eficacia sería necesario que las sanciones fueran más elevadas; por ejemplo, las sanciones podrían ser del triple del daño causado o del valor de la infracción. Probablemente, ese tipo de sanciones requeriría de utilizar a los tribunales para hacer cumplir la ley, opción que no se utiliza en ningún grado positivo en México.²⁰

El segundo sistema parte histórica y conceptualmente de la legislación civil. También en una evolución histórica, para dar seguridad a trabajadores y disminuir los costos de litigio, en México como en virtualmente todos los países se adopta el

²⁰ La regla se utiliza por la Secretaría de la Función Pública para sancionar funcionarios, probablemente un uso equivocado pues no se cumple el supuesto de la baja probabilidad de detección. En la práctica, la secretaría pierde todos los casos en los tribunales, pues en efecto no es papel de una instancia administrativa aplicar sanciones punitivas.

criterio de responsabilidad general del patrón y sólo por excepción se acepta la responsabilidad del trabajador (*e.g.* en caso de alcoholismo). Es decir, en caso de daño al trabajador se presupone la negligencia del empleador, que debe prever los riesgos en el lugar de trabajo. El empleador es responsable de afiliar a sus trabajadores obligatoriamente al seguro social y paga por el Seguro de Riesgos de Trabajo, lo que también significa que queda libre de cualquier responsabilidad adicional. Si las primas del SRT reflejaran plenamente el riesgo de la empresa, esa liberación de la responsabilidad del empleador sería el enfoque correcto, pero el seguro social no lleva a cabo el trabajo de ajuste que haría una aseguradora privada, y las primas del seguro tienen elementos de inflexibilidad. Por otro lado la eficiencia de las inspecciones se ve limitada porque una gran cantidad de empleos se da en sectores informales, y aun en sectores formales las inspecciones laborales son limitadas.²¹ En consecuencia, los empleadores riesgosos son beneficiados al librarse del riesgo de litigios adicionales. Al cerrarse el camino del litigio civil para casos de riesgos de trabajo, en realidad se disminuyen los derechos de los trabajadores. Los empleadores tienen una responsabilidad limitada porque el seguro social se hace cargo de todos los gastos, y las Juntas Federales de Conciliación y Arbitraje (JFCA) no cuentan con criterios punitivos para castigar la negligencia y la culpabilidad.

Finalmente, el sistema de aseguramiento social establece primas asociadas al grado de riesgo. La principal conclusión de Kniesner y Leeth (1995) es que un sistema de compensación al trabajador con cargo a la empresa es la forma más efectiva de promover la seguridad e higiene en el mercado de trabajo. Este es un resultado importante, ya que si bien la LSS establece el pago de las pensiones y subsidios derivados de riesgos de trabajo por el IMSS, el costo es para la empresa mediante la modificación en primas. Bajo el supuesto de que esta es la hipótesis correcta, la legislación vigente es ya un instrumento adecuado, pues establece que las primas son función de la siniestralidad de la empresa. Como hemos comentado, el ajuste de primas es imperfecto, y se ganaría socialmente si los empleadores excesivamente riesgosos pudieran ser llevados a juicio por daños y perjuicios cuando los siniestros se derivaran del incumplimiento de las regulaciones de seguridad e higiene o cuando se diera culpabilidad o negligencia por generar situaciones indebidas de riesgo. Es decir, el seguro social se piensa para proteger a los trabajadores, pero en este caso se protege también indebidamente al empleador

²¹A mi entender, no se publica estadística sobre el número de inspecciones y sus resultados, ni sobre las sanciones aplicadas.

con un local riesgoso. Fortalecer el papel de inspección de la STPS, y adoptar un sistema de castigo vía sentencias judiciales (y no multas) puede ser clave para fortalecer el papel del Estado en garantizar la seguridad e higiene de los locales de trabajo, y en particular para combatir empresas que crean riesgos extremos.

Siniestralidad y aseguramiento

Durante la primera parte de los noventa se hace evidente una declinación gradual de la siniestralidad por riesgos de trabajo e invalidez, es decir, se van dando con el tiempo menos trabajadores inválidos o muertos.²² En la gráfica 9 se presentan tres paneles, mostrando que bajo distintas dimensiones ha disminuido la incidencia de enfermedades y accidentes que generan discapacidad o muerte de trabajadores. A partir de 2002 se da una contracción adicional y muy grande en la siniestralidad, asociada a políticas administrativas.

Las políticas asociadas a la discapacidad de trabajadores deben entender el fenómeno de largo plazo: la población es más sana y las posibilidades de trabajos alternos y de rehabilitación mejoran las posibilidades de reintegración.

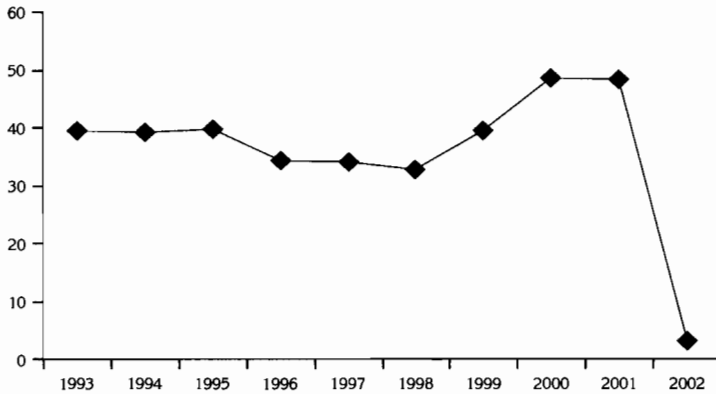
Para un estándar fijo acerca de lo que constituye una enfermedad o accidente de trabajo, la siniestralidad tiende a disminuir por la mayor seguridad e higiene en las empresas, impulsada en el largo plazo porque una fuerza de trabajo más educada tiene menos accidentes y enfermedades y por la apertura comercial que acelera la modernización de las empresas. También juegan un papel en la disminución de la siniestralidad los mejores controles administrativos que permiten limitar casos indebidos o mejorar la rehabilitación, evento que se ha facilitado por la adopción de las nuevas tecnologías de información. Pero probablemente la principal causa de esta mejoría es la mejor salud general de la población, y el mayor capital humano que hace más costosas las lesiones.

Conviene también aclarar que mientras que el SRT tiene estándares basados en el daño al trabajador, los cuales define la Ley Federal del Trabajo, los seguros de invalidez general utilizan una variable endógena para definir la invalidez. Esa variable es la capacidad de generar un ingreso salarial "normal" de acuerdo con la historia de la persona. En este contexto hablamos de que la capacidad de generar ingreso depende en una proporción importante de casos del esfuerzo personal del trabajador, por lo cual un dictamen de invalidez está sujeto a elementos subjetivos.

²²En el lenguaje de la seguridad social, la "incapacidad" genera un pago por el SRT, mientras que dentro del SIV se generan los casos de "invalidez". Esta distinción tiene relevancia administrativa pero no es importante en nuestra discusión.

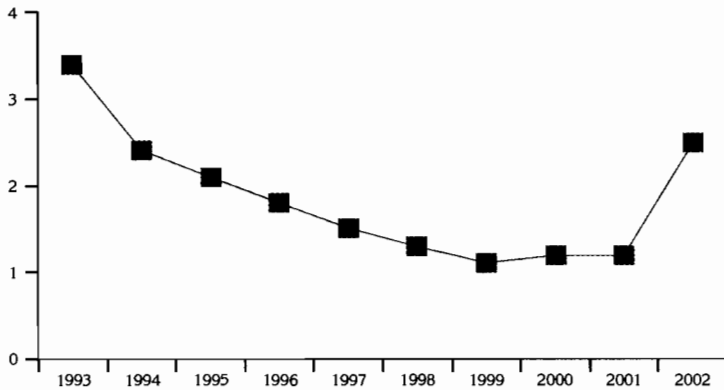
GRÁFICA 9A

Tasas de incapacidad permanente por 1,000 trabajadores, 1993-2002

Fuente: *Reporte de Gestión*, IMSS.

GRÁFICA 9B

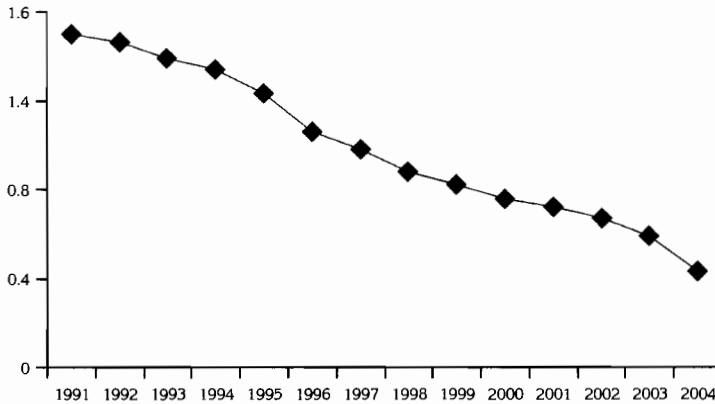
Tasas de invalidez por 1,000 trabajadores, 1993-2002

Fuente: *Reporte de Gestión*, IMSS.

En cualquier caso, es aparente que la declinación en la siniestralidad que se dio en México aproximadamente en la última década y media determina un nivel bajo, que probablemente se elevará en los próximos años. Las comparaciones internacionales son complicadas precisamente porque la discapacidad es en un grado importante un evento social. Entre las personas que tienen un accidente o enfermedad, ocurre un conjunto de daños que van desde casos en que evidentemente el retorno al trabajo es imposible, hasta otros en los que el daño es relativo, ya sea

GRÁFICA 9C

Días subsidiados de riesgos de trabajo por 1,000 trabajadores, 1991-2004

Fuente: *Reporte de Gestión*, IMSS.

porque la persona podría ocuparse en algo diferente, efectuar un esfuerzo para reintegrarse, o porque la dificultad de emplearse se debe a condiciones del mercado y no al daño sufrido. Por ello, como señala la OCDE (2003), las clasificaciones de discapacidad varían entre países, los programas con frecuencia se administran a diferentes niveles de gobierno y en forma descentralizada, y algunos casos de discapacidad pueden estar “ocultos” en otros programas (por ejemplo, de retiro temprano), y viceversa (por presiones políticas puede relajarse el criterio de discapacidad).

A pesar de las dificultades para comparar, sabemos que México tiene el tercer nivel más bajo de pago de beneficios por discapacidad en la OCDE (2003), el cual asciende a 0.09 por ciento del PIB (Corea no pagaba nada hasta hace poco, y Turquía paga la tercera parte, 0.03 por ciento del PIB). Sin pretender emitir un juicio que requiere de información desagregada, la tabla 8 muestra que la lista de lesiones que generan invalidez está en su mayor parte relacionada con diagnósticos específicos. Algunas de estas condiciones están sujetas a una calificación de grado: por ejemplo, una diabetes puede ir desde un padecimiento altamente controlable que no impide el trabajo, hasta un caso grave de dolor e inmovilidad de la persona. Sin embargo, esta tabla sugiere que la reintegración y disminución de los casos existentes puede ser poco probable. Por ello, para fines de política, el sistema debe prepararse para una elevación de los pagos y de la necesidad de financiar tratamientos médicos por discapacidad.

TABLA 8
 Dictámenes de invalidez por sexo, según naturaleza de la lesión*
 (Enero-diciembre de 2004)

Naturaleza de la lesión	Hombres	Mujeres	Suma	%
Total	11,565	3,632	15,197	100
Diabetes mellitus	2,012	313	2,325	15.3
Tumores (neoplasias) malignos	1,115	728	1,843	12.1
Dorsopatías	1,205	410	1,615	10.6
Artropatías	698	405	1,103	7.3
Insuficiencia renal	792	238	1,030	6.8
Enfermedades isquémicas del corazón	505	39	544	3.6
Enfermedades cerebrovasculares	428	98	526	3.5
Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	296	62	358	2.4
Enfermedades del hígado	252	64	316	2.1
Trastornos mentales orgánicos (incluye los sintomáticos)	229	63	292	1.9
Trastornos de la coroides y de la retina	219	56	275	1.8
Trastornos episódicos y paroxísticos	207	46	253	1.7
Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana	228	24	252	1.7
Otras formas de enfermedad del corazón	222	27	249	1.6
Alteraciones de la visión y ceguera	200	45	245	1.6
Otros	2,957	1,014	3,971	26.1

* Con base en la CIE-10

http://www.imss.gob.mx/dpm/dties%5Fnew/dtiesbdV3.aspx?ID=SCo9_02_25_00_01&OPC=opc09

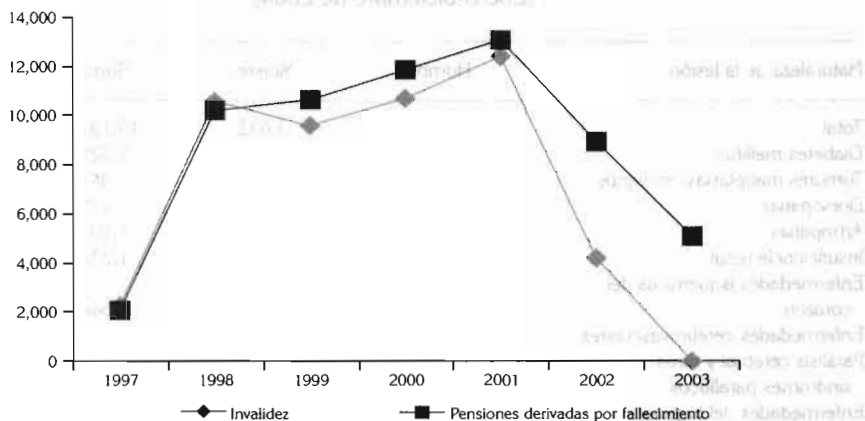
Fuente: IMSS, División Técnica de Información Estadística en Salud. ST-5

Financieramente, el principal efecto de la menor siniestralidad ha sido un excedente de efectivo anual consistente para el SRT y el SIV; es decir, las primas legisladas son suficientes para pagar todos los beneficios, incluyendo el ahorro requerido para pagar pensiones en el futuro, y aún así queda un excedente financiero (IMSS, 2004a). A partir de 2002, este excedente se ha ampliado debido a que se dejan de pagar pensiones permanentes de invalidez, y también dejó de efectuar el ahorro requerido para una parte de los casos de muerte, con lo cual virtualmente se decidió por la vía administrativa el retorno al sistema de reparto, pues no se están pagando sumas aseguradas, sino sólo lo que corresponde al flujo anual de gasto por cada pensión.

La gráfica 10 muestra la caída en el pago de sumas aseguradas; la gráfica 11 muestra que el margen operativo del SIV y del SRT es superior al 50 y al 80 por

GRÁFICA 10

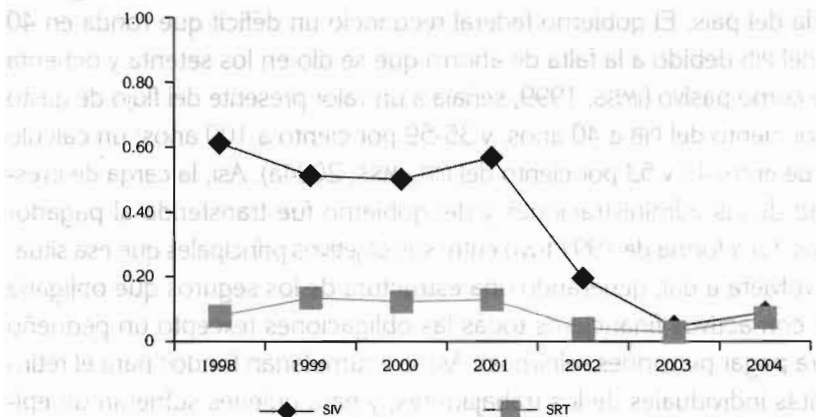
Rentas vitalicias otorgadas en el seguro de invalidez y vida, 1997-2003

Fuente: *Valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida, 2003.*

cientos, respectivamente; y la gráfica 12 indica que se ha dado una sustitución hacia el pago de beneficios por enfermedad. De esta discusión surge una necesidad de diseñar las reglas de los programas considerando los incentivos de la administración para alterar el comportamiento. Esta posibilidad no es en general negativa, pero los incentivos deben darse a favor del ahorro y no del gasto. Un segundo punto es que la separación de los seguros no corresponde a la realidad de cómo se generan los riesgos. Un mismo evento “físico” puede ser clasificado en varios seguros, lo que cuestiona el objetivo legal de una separación contable y financiera por seguro. Por ejemplo, la administración puede decidir que un evento que genera discapacidad es permanente o temporal en forma arbitraria, con el fin de mejorar su posición financiera de corto plazo a riesgo de generar una deuda que será difícil de enfrentar por administraciones futuras. A diferencia del tema de incentivos, esta posibilidad de sustituir un seguro por otro por motivaciones administrativas debe motivar el rediseño para agrupar en un mismo seguro a todos los riesgos similares (*e.g.* todos los daños a la salud, o todas las demandas por mantenimiento de ingreso).

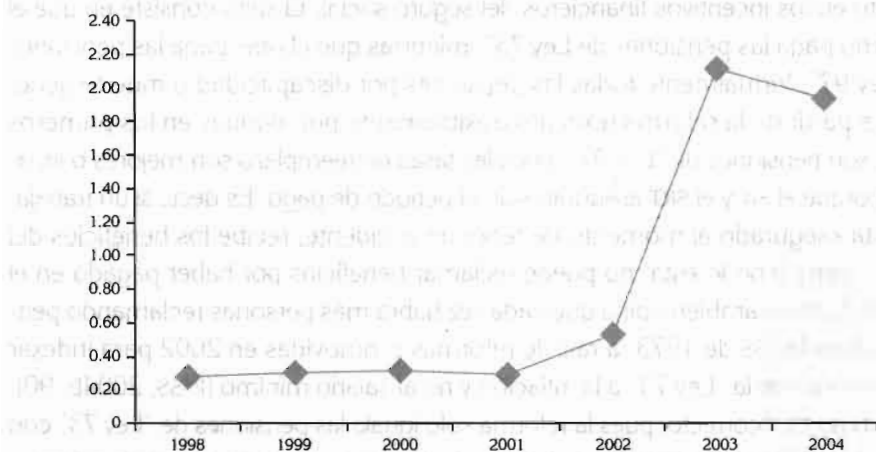
Una pregunta relacionada es si la LSS de 1997 concede mejores tasas de reemplazo que la LSS de 1973, de manera que los trabajadores pierdan por el cambio de política. En el caso de RT, la tasa de reemplazo es igual en las leyes de 1973 y 1997, quedando como problema principal el incumplimiento del objetivo de respaldo de las obligaciones. Como se verá más adelante en este mismo ca-

GRÁFICA 11
Cociente de pago de beneficios a cuotas de empleados y empleadores, SIV y SRT, 1997-2004



Fuente: Estados financieros, 1997-2004, IMSS.

GRÁFICA 12
Prestaciones económicas del SEM entre prestaciones económicas del SIV y del SRT, 1997-2004



Fuente: Estados financieros, 1997-2004, IMSS.

pítulo en el caso de invalidez y muerte la LSS de 1997 otorga siempre pensiones mejores o al menos iguales a las de la LSS de 1973.

La reforma de 1997 se ha constituido como el rescate financiero más grande en la historia del país. El gobierno federal reconoció un déficit que ronda en 40 por ciento del PIB debido a la falta de ahorro que se dio en los setenta y ochenta y lo asumió como pasivo (IMSS, 1999, señala a un valor presente del flujo de gasto de 20-28 por ciento del PIB a 40 años, y 35-59 por ciento a 100 años; un cálculo reciente es de entre 43 y 53 por ciento del PIB, IMSS, 2004a). Así, la carga de irresponsabilidad de las administraciones y del gobierno fue transferida al pagador de impuestos. La reforma de 1997 tuvo entre sus objetivos principales que esa situación no se volviera a dar, generando una estructura de los seguros que obligaría a respaldar con activos financieros todas las obligaciones (excepto un pequeño margen para pagar pensiones mínimas). Así se acumularían fondos para el retiro en las cuentas individuales de los trabajadores, y para quienes sufrieran un episodio de invalidez o muerte, se pagaría de inmediato una suma asegurada, con la cual se constituiría un fondo para garantizar la pensión para toda la vida. A partir de aproximadamente 2002 la constitución de estos fondos se interrumpió llevando nuevamente a otorgar beneficios de forma similar a la de un sistema de reparto. Esto se hizo posible porque al aplicarse la legislación de 1997 se definió un salto en los incentivos financieros del seguro social. El salto consiste en que el gobierno paga las pensiones de Ley 73”, mientras que el IMSS paga las pensiones de “Ley 97”. Virtualmente todas las pensiones por discapacidad o muerte generadas a partir de la reforma (excepto posiblemente por algunas en los primeros años), son pensiones de “Ley 97”, pues las tasas de reemplazo son mejores o iguales, y porque el SIV y el SRT aseguran sólo el periodo de pago. Es decir, si un trabajador está asegurado al momento de tener un accidente, recibe los beneficios del seguro, pero si no lo está, no puede reclamar beneficios por haber pagado en el pasado. El IMSS también opina que cada vez habrá más personas reclamando pensiones bajo la LSS de 1973, a raíz de reformas promovidas en 2002 para indexar las pensiones de la “Ley 73” a la inflación y no al salario mínimo (IMSS, 2004b: 90). Esto último es incorrecto, pues la reforma sólo iguala las pensiones de “Ley 73” con las de “Ley 97” para trabajadores de bajos ingresos, manteniéndose mejores tasas de reemplazo para la mayoría, y porque en cualquier caso, solamente representa una transferencia del pasivo al gobierno, pero el costo del sistema de protección social y la necesidad de ahorro es la misma. Es evidente también que la tendencia de largo plazo es a que haya menos personas con capacidad de reclamar bene-

ficios bajo al LSS de 1973, pues el proceso natural de envejecimiento y muerte hará desaparecer a ese grupo. Este cambio en la forma de pagar beneficios pone en riesgo su pago futuro ya que la historia financiera del IMSS y de otras entidades públicas ha mostrado que la contabilidad del sector público es deficiente en el manejo de pasivos de largo plazo de las empresas paraestatales, abriéndose la posibilidad de que el IMSS cerrara un déficit de presupuesto corriente al alterar el funcionamiento del SIV y del SRT. El aspecto contable se asocia a que, aparentemente, el IMSS ha optado por declarar virtualmente todos los casos de pensión como “temporales” (excepto 11 en 2003; IMSS, 2004a) para evitar el pago de las sumas aseguradas y dedicar los recursos a otros gastos (IMSS, 2004b).

La legislación de 1997 establece una estructura de ahorro para el SRT y el SIV, obligando al IMSS a pagar la totalidad del valor de la pensión al momento de concederla, afectando los incentivos financieros. Cuando este organismo enfrentó una caída en ingresos, primero con la recesión de 2000 y posteriormente con el estancamiento que se ha venido dando hasta 2005, solventó sus problemas financieros con un menor ahorro. La crítica principal a la legislación de 1973 era que el sistema de reparto permitía correr un déficit financiero que se heredaría a generaciones futuras, y al establecer la obligación de respaldar con activos financieros las pensiones, eso se evitaría. Es decir, al momento en que se hace exigible una renta vitalicia, el asegurador debe respaldar con activos financieros la totalidad del valor presente esperado de la misma, usualmente de acuerdo con cálculos actuariales (Black y Skipper, 2000; en American Academy of Actuaries 2005 se encuentra una discusión reciente sobre el tema).

Las proyecciones del IMSS (2004a) señalan a una elevación importante (a modo de “rebote”) en la siniestralidad hacia niveles de aproximadamente cuatro veces mayores a los que se dieron en 2003. Eso significa que si el IMSS decide o es obligado a efectuar el ahorro que demandan la LSS o las prácticas contables, tendrá un gasto aumentado en ese monto (unos 500 millones de dólares al año según el cuadro 5 de la valuación actuarial del SIV de 2003), más el déficit de ahorro acumulado. Hacia 2006, este déficit será de al menos 2,500 millones de dólares (suponiendo que las cifras proyectadas por el IMSS para el gasto de largo plazo son correctas). La cifra podría ser mayor, pues las tasas de reemplazo de la LSS de 1997 son superiores a las de 1973, determinando que la disminución en el pago de pensiones permanentes por muerte no pueda justificarse en la selección por la población de los beneficios de la ley vieja. Esta situación abre la puerta a que se demande el pago de las sumas aseguradas en los casos de muerte ocurridos

aproximadamente de 2003-2004 en adelante que se estén financiando de acuerdo con la LSS de 1973. Independientemente de la versión de la LSS que se aplique a estos casos, el problema de fondo es que no se está efectuando el ahorro financiero para respaldar esas pensiones, a pesar de que el SIV y el SRT cuentan con los flujos de efectivo suficientes para hacerlo.

La tabla 9 muestra los resultados del IMSS por seguro antes y después de reconocer un gasto en pensiones por discapacidad de 500 millones de dólares al año (la cantidad mencionada arriba). El primer aspecto a destacar es que aún sin ese efecto, el déficit es ya de una magnitud tal que es poco probable que un crecimiento de la afiliación al ritmo del crecimiento nacional del empleo logre sacar a flote a la organización. Esto es consecuencia de la caída en la afiliación desde 2000 y del crecimiento en el gasto corriente. No está de más señalar que este déficit del IMSS es independiente del pasivo histórico del plan de pensiones derivado de su negociación colectiva; es decir, si se borrara totalmente ese pasivo, se mantendría el déficit, pues estas cifras se refieren sólo a los resultados operativos del ejercicio.²³

TABLA 9
Impacto sobre el resultado del IMSS de reconocer pasivos
por pensiones de discapacidad, 2004

	Riesgos de trabajo	Enfermedades y maternidad	Invalidez y vida	Guarderías y prestaciones sociales	Salud para la familia	Total
Excedente de ingresos y gastos en estados financieros	6,893	(14,271)	10,886	(2,985)	(282)	241
Impacto de reconocer pasivos por pensiones de discapacidad	560		5,040			5,600
Excedente de ingresos y gastos ajustado	6,333	(14,271)	5,846	(2,985)	(282)	(5,359)

Fuente: Estados financieros del IMSS.

²³El efecto neto de "borrar el pasivo" se daría al disminuir del gasto el pago de pensiones a trabajadores del IMSS retirados, pero reflejando plenamente el costo incurrido en el ejercicio. La afirmación en el texto se mantiene. El plan de pensiones se explica en IMSS, 2004b.

Gastos médicos para pensionados

Desde 1997 el IMSS preveía que el gasto médico de los pensionados se incrementará a un ritmo en las próximas décadas, con una dinámica propia que, como lo señala la experiencia internacional, será aún más agresiva que la del crecimiento del gasto en pensiones monetarias. Si bien se señalaba la necesidad de iniciar una administración especial de este riesgo, a 10 años de haberse legislado la reforma sus limitaciones se han hecho evidentes y el aviso ha sido ignorado, por lo cual debe preverse una situación difícil de resolver en los próximos años. En una publicación del IMSS de 1996, que resumía el material entregado al gobierno federal y al Congreso con motivo de la reforma (IMSS, 1996), se expresaba que:

[E]l gasto médico en pensionados se duplicará cada 10 años...[B]ajo supuestos sumamente conservadores de nulo crecimiento de los costos por razones tecnológicas y cero impacto del incremento de la edad promedio de los pensionados...[E]sta evolución significa que hacia el principio de la próxima década [es decir, hacia 2000], el 1.5 por ciento de la nómina que actualmente se asigna para pagar pensiones será probablemente insuficiente.

Hacia 2005, el financiamiento de los GMP permanece en un sitio muy abajo en la agenda política. El Plan Nacional de Salud 2000-2006 no menciona el tema, y el informe anual del IMSS al Ejecutivo y al Congreso básicamente presenta la misma proyección de 1995 (que consiste en asociar un costo promedio por persona a la proyección de número de personas que provienen de los estudios para el sistema de pensiones).

Las pensiones mínimas

La instrumentación de un sistema de pensiones que garantice una pensión mínima en forma sustentable y equitativa requiere definir tres puntos básicos, que son: el nivel de la pensión mínima y la metodología de indización de la misma para que no se deteriore su poder adquisitivo; el tiempo de cotización requerido para obtener derecho a la pensión mínima; y la forma en que se financia la pensión mínima. Ante el crecimiento de pensiones no contributivas (que comentaremos en otro capítulo), una adecuada definición de la política de pensión mínima es necesaria para un desarrollo balanceado del sistema de protección social.

Es posible que el sistema de seguridad social sea uno de los principales incentivos del gobierno a crear inflación o controles a la inversión para expropiar el ahorro,

por lo que una política fiscal consistente requiere de un sistema de pensiones que no represente una carga creciente para las finanzas públicas cuando se reduce la inflación o se den variaciones en las tasas de interés (desde otra perspectiva: un sistema que no permita al gobierno hacer trampa elevando la inflación u obligando a los administradores a comprar bonos chatarra). La pregunta es: ¿cómo se puede ir formando ahorro sin que existan posibilidades de oportunismo por parte del gobierno para gastarlo? Sin paradoja de por medio, la probabilidad de ese evento se eleva cuando las promesas de pensión mínima han sido demasiado elevadas. Existe el riesgo de que aún en un sistema de cuentas individuales, el gobierno consiga financiarse al regular la cartera de inversión, obligando a la compra de papel gubernamental (un movimiento en el cual el gobierno deja de obtener recursos vía inflación y los obtiene vía bajas tasas de interés sobre los enormes fondos de pensiones). La reforma no debe consistir simplemente en un cambio en el mecanismo de manejar la deuda pública, sino que debe asociarse a un menor déficit público real para tener el efecto de mayor ahorro nacional.

El Estado puede absorber el costo de que una persona no tenga ahorro suficiente para su pensión al final de la vida laboral, pero una pregunta clave es si es posible incentivar el ahorro de las personas de menores ingresos, lo que tiene efectos importantes sobre el diseño social del programa. Los programas sociales que garantizan ingreso tienden a desincentivar el ahorro, especialmente cuando se requiere tener ingresos menores a cierto nivel para poder obtener el apoyo estatal. Por tanto, es necesario tomar en cuenta que un programa que reduzca la probabilidad de que una familia requiera apoyo estatal puede incrementar el ahorro de trabajadores de estratos bajos de ingresos.

La LSS de 1997 hace transparente el objetivo redistributivo de la seguridad social y reduce el problema de creación de reservas asociado al pago de pensiones mínimas mediante un mecanismo de “cuota social”, que es un pago igual para todos los trabajadores, a depositar en cuentas individuales. Esta cuota se financia totalmente por el Estado para tratar de incrementar especialmente el ahorro de los trabajadores de menores ingresos. Consiste en depositar el equivalente a un 5.5 por ciento de un salario mínimo diario a la fecha de la entrada en vigor de la nueva ley, monto que está indexado al índice nacional de precios al consumidor para mantener su valor. La cuota social busca reducir el problema de la “trampa de pobreza” que comparten los sistemas de garantía estatal al ingreso; es decir, atenuar el desincentivo de la familia a ahorrar y a trabajar una vez que se ha logrado el ingreso garantizado. El Estado financia la pensión mínima mediante una transferencia

explícita sólo en la medida en que la cuota social no alcanza a elevar el ahorro del trabajador por arriba de determinado umbral. Se calcula que con un ingreso promedio de por vida de dos salarios mínimos, o incluso un poco menos, la aportación adicional del Estado para asegurar el pago de una pensión garantizada será nula.

El sistema de cuota social podría tener dificultades si la administración de las cuentas individuales no es eficaz y permite a alguna empresa que maneje fondos del SAR crear trabajadores fantasma que cobren la cuota o que un trabajador pueda consistentemente contar con dos o más cuentas, por lo que la regulación y la fiscalización deben prestar atención a estos temas.

El bono de reconocimiento

En México no se adoptó el mecanismo de “bono de reconocimiento” tal como lo hicieron varios países sudamericanos en sus reformas de pensiones. Mediante este bono, el seguro social pagaría a cada trabajador el valor de sus derechos o aportaciones (o una combinación de ambos) al momento de la reforma. Así, al pensiónarse, el trabajador o beneficiario podría financiar su pensión con ese bono más el ahorro logrado bajo la legislación de capitalización individual.

La reforma de 1997 concedió el derecho a decidir al momento de la jubilación entre los beneficios de la LSS-1973 o de la LSS-1997. El primer punto a entender es que el mecanismo utilizado en México equivale a un bono de reconocimiento que se paga al momento del retiro: si la persona opta por el beneficio de la Ley de 1973 entrega su dinero al gobierno y recibe a cambio una pensión, lo que equivale a que se le pague un bono por el monto necesario para financiarla. Financieramente, la forma correcta de pensar en el bono de reconocimiento es como una opción. En Chile y en otros países se puede ejercer desde el momento de la reforma, mientras que en México se puede ejercer hasta que hay elegibilidad para la pensión.

La versión mexicana disminuye la presión de corto plazo sobre las finanzas públicas, ya que no se tienen que pagar los bonos en el corto plazo, y también tuvo la ventaja de reducir los costos de administración, pues todos los trabajadores fueron transferidos al nuevo sistema (aunque una regla *ad hoc* como la adoptada en Sudamérica, de no transferir al nuevo sistema a los trabajadores cercanos al retiro hubiera ahorrado aún más en costos). Un argumento en contra de la opción mexicana es que al no pagarse el bono, se difiere uno de los beneficios de la reforma, que es transparentar (el costo del régimen anterior) en las finanzas públicas.

Relación entre la pensión y el ingreso del trabajador: el valor de las pensiones y la solidaridad

Un tema clave es la comparación entre las pensiones esperadas bajo la ley anterior del seguro social y la que entrará en vigor en 1997. Los dos puntos en disputa son el valor de las pensiones a pagar antes y después de la reforma y si la proporción de pensiones que terminarán en el valor mínimo garantizado es demasiado grande. Estas discusiones deben verse a través del prisma de la credibilidad, no en cálculos hipotéticos. Aunque parezca extraño a nuevos observadores, el tema del valor de las pensiones es sorprendentemente poco conocido.

La tabla 10 muestra la tasa de reemplazo en casos de invalidez, viéndose que las pensiones son mejores bajo la LSS-1997 que bajo la LSS-1973 para todos los niveles de ingreso e inflación. Adicionalmente, la LSS-1973 utilizó la inflación para depreciar las pensiones, opción que está cerrada en la LSS-1997. Para un trabajador con ingresos equivalentes a 10 salarios mínimos, la tasa de reemplazo con inflación cero era de 24.8 por ciento, con inflación de 15 por ciento era de 18.4 por ciento, y con inflación de 50 por ciento era de 9.6 por ciento. Conforme baja el nivel salarial las pensiones convergen al nivel mínimo que se garantiza y las tasas de reemplazo también convergen. Aún para trabajadores de ingresos medios bajos (tres a cinco salarios mínimos), la LSS-1997 paga una mejor tasa de reemplazo que la LSS-1973.

La tabla 10 y la gráfica 13 se basan en el supuesto de 500 semanas de cotización. Para alcanzar la tasa de reemplazo de la LSS-1997, el trabajador con ingresos equivalentes a cinco salarios mínimos tendría que haber trabajado 776 semanas si la inflación fuese igual a cero, y 841 si la misma fuese de 5 por ciento. Con 20 por ciento de inflación, un supuesto aplicable básicamente en los últimos 25 años en México, se requerirían 1,100 semanas para alcanzar la tasa de reemplazo de la LSS-1997. Para la mayoría de los trabajadores que quedaban inválidos la realidad era aún más negativa, pues las cifras señaladas aplican sólo si los periodos de cotización son continuos, pero en la medida en que se den intervalos sin empleo, el deterioro de la tasa de reemplazo es aún mayor.

El porcentaje de trabajadores que terminará cobrando la pensión mínima bajo cualquiera de las dos legislaciones sería similar en el caso hipotético de que cada una corriera por separado, y con tasas bajas de inflación en forma permanente. Las diferencias provendrían en ese caso de variaciones en las tasas de interés y de los costos de administración. En general, las tasas de retorno son más elevadas

TABLA 10
Inflación y tasas de reemplazo en Seguro
de Invalidez y Vida, LSS-1973 y LSS-1997

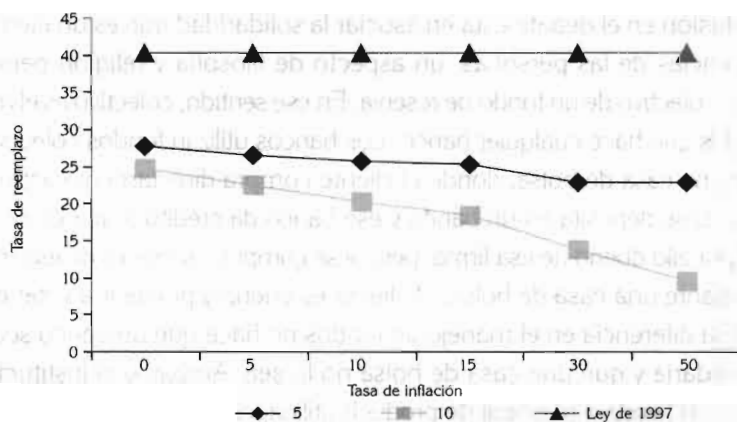
Tasa de inflación anual	LSS-1973 salario en múltiplos del salario mínimo						Ley de 1997
	1	2	3	5	10	25	
0	112.94	57.03	39.89	27.73	24.78	24.78	40.25
5	112.94	57.03	38.6	26.56	22.42	22.42	40.25
10	112.94	57.03	38.02	25.71	20.29	20.29	40.25
15	112.94	57.03	38.02	25.24	18.38	28.38	40.25
30	112.94	57.03	38.02	22.81	13.74	13.74	40.25
50	112.94	57.03	38.02	22.81	9.6	9.6	40.25

Supuestos: 500 semanas de cotización continuas antes del siniestro, tasa de inflación constante.

Fuente: Cálculos propios con base en la Ley del Seguro Social.

GRÁFICA 13

Inflación y tasas de reemplazo en seguro de invalidez y vida, LSS-1973 y LSS-1997
(Para múltiplos del salario mínimo)



Fuente: Cálculos propios con base en la Ley del Seguro Social.

en el nuevo régimen, aun después de incluir el efecto de los costos de administración. Si bien desde un punto de vista numérico la ley anterior y la nueva deben entregar proporciones similares de pensiones mínimas, la nueva legislación plantea la ventaja de abrir la puerta del ahorro voluntario a un bajo costo administrativo para el trabajador.

El tema de la equidad tampoco puede ignorar que el régimen de reparto no daba nada a quien no cotizaba al menos 500 semanas. Bajo el sistema de ahorro

individual todos quienes coticen reciben su ahorro acumulado al final de la vida laboral. Tal vez el aspecto más crítico del régimen de reparto es que son las mujeres y los trabajadores de menos educación quienes con mayor probabilidad están en el caso de una historia laboral y de cotización al seguro social interrumpida, por retirarse al trabajo del hogar, salir del mercado formal o regresar a labores agrícolas.

Para trabajadores que se afiliaron por primera ocasión a partir del 1o. de julio de 1997, se estableció en la nueva ley un requisito de participación en el sistema por 1,250 semanas; esto es, aproximadamente 24 años de la vida activa. Los trabajadores hombres tienen entre 30 y 45 años de vida activa potencial. La nueva ley exige cotizar al menos 24 para tener derecho a la pensión mínima, pero si un trabajador está sólo unos pocos años como cotizante del seguro social, de cualquier forma recibe algo a cambio con la nueva ley. Es decir, las 1,250 semanas son requisito para tener la pensión mínima garantizada, no una pensión o acceso al ahorro. Sin embargo, ambas legislaciones ofrecen protección con menor probabilidad hacia las mujeres, que tienden a tener carreras laborales interrumpidas por las ocupaciones del hogar.

Una confusión en el debate está en asociar la solidaridad que es un elemento de las preferencias de las personas, un aspecto de filosofía y religión personal, con el manejo colectivo de un fondo de reserva. En ese sentido, colectivo es el manejo de los fondos que hace cualquier banco. Los bancos utilizan fondos colectivos, a diferencia de una casa de bolsa, donde el cliente compra directamente activos de una empresa. Si se deposita en un banco y ese banco da crédito a una empresa el cliente no es por ello dueño de esa firma; pero si se compran acciones de esa misma empresa mediante una casa de bolsa, el cliente es dueño y puede ir a votar en las asambleas. Esa diferencia en el manejo de fondos no hace que un banco sea una institución solidaria y que una casa de bolsa no lo sea. Ambas son instituciones capitalistas con el objetivo principal de producir utilidades.

El grado en que la seguridad social es solidaria constituye un elemento clave del debate, pues se asocia a la capacidad para lograr apoyo de largo plazo de parte de la población. Para grupos corporativistas, mantener un sistema discrecional que permita la redistribución de recursos por las instancias políticas es un elemento crucial de control político. Esa es una explicación de la oposición a la individualización de los fondos, pues el control de los recursos por las personas disminuye la necesidad de contar con instancias gubernamentales que asignen beneficios y obligaciones, y disminuye el poder de los líderes políticos.

El sistema de reparto sobrevivió gracias a depreciar las pensiones desde los años cincuenta, haciéndolo a zancadas durante los ochenta. De haberse mantenido el valor real de las pensiones, el sistema hubiera quebrado probablemente durante los años setenta, y seguramente no hubiera llegado ni a la mitad de los ochenta. El sistema de reparto produce grandes déficit fiscales, como ha sucedido en virtualmente todos los países que han dejado correr el sistema. Francia, Alemania, España y casi toda Europa occidental padecen este problema (con la excepción del Reino Unido). En estos países existen déficit fiscales ocultos superiores al 100 por ciento del producto interno bruto. La LSS-1997 disminuye ese problema y eso dará una mayor estabilidad financiera al país a mediano y a largo plazos. Por lo mismo, por ser un sistema más transparente, con la nueva ley las familias vivirán bajo una mayor certidumbre sobre el valor de su pensión.

Otro tema cuya discusión se presta a confusión se refiere a la afirmación de que el sistema de reparto es de “beneficio definido”, mientras que el sistema en la nueva ley es de “contribución definida” y beneficios inciertos. En realidad, los beneficios del sistema de reparto eran altamente inciertos para el trabajador. Por ejemplo, una persona que haya iniciado su vida de jubilado en 1980 vio su pensión reducirse a menos de la mitad en tres años. Con la nueva ley, las pensiones están ajustadas por el Índice Nacional de Precios al Consumidor, es decir, por la inflación. Además, el ahorro del trabajador generará intereses de mercado, que invariablemente son positivos a mediano y a largo plazos, y que en una economía como la mexicana tienden a ser elevados. Por ello, la nueva ley concede mayor certidumbre en términos reales.

Los programas de vivienda y las pensiones

El programa del Fondo Nacional de la Vivienda de los Trabajadores fue creado en 1973 y constituye una de las piezas financieramente más grandes del sistema de protección social de México. Administrado por un instituto (Infonavit), el fondo debería tener como objetivo financiar la vivienda de todos los trabajadores que cotizan en el IMSS y optimizar los rendimientos financieros de la cuenta que todos los trabajadores asegurados mantienen en el organismo. Sin embargo, en sus estados financieros al 31 de diciembre de 2004 declara como objetivo ser el “principal proveedor de créditos para la vivienda” del país, “al tiempo que fortalece su función como administrador de fondos para el retiro”.

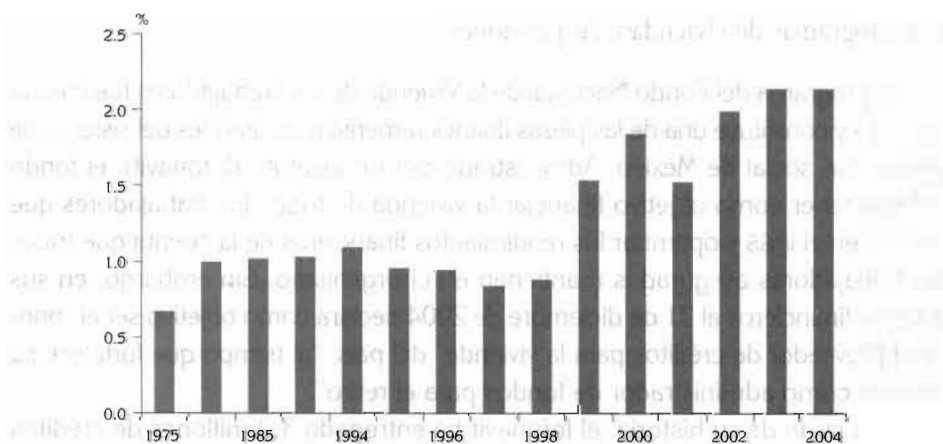
A lo largo de su historia, el Infonavit ha entregado 3.2 millones de créditos (de 1974 a 2004). Como puede verse en la gráfica 14, en sus mejores años ha dado

crédito a 2.1 por ciento de los trabajadores. Suponiendo que nunca da dos créditos a la misma persona y que sólo hubiera una generación de trabajadores (es decir, que nadie naciera o muriera en 50 años), esto significaría que en promedio un trabajador tendría que esperar 25 años a tener crédito del Infonavit en los “años buenos” de 2001 a 2004. En los setenta y ochenta, el promedio era superior a 50 años. Como además continuamente entran nuevas personas a la fuerza de trabajo, el promedio real es aún mayor, de manera que la gran mayoría de los trabajadores espera recibir nada.

Originalmente, este fondo debía devolver el ahorro de los trabajadores que no hubieran obtenido crédito, sin embargo, la ley fue modificada en 1982 para evitar eso (Arellano Bernal, 2001). Posteriormente, el Infonavit eludió la administración de las cuentas de los trabajadores, y apenas con la reforma a la LSS de 1997 comienza a verse obligado a informar a los trabajadores sobre sus saldos. Sin embargo, su situación financiera es débil y representa el principal riesgo sobre el ahorro de las personas.

Infonavit debe pagar al trabajador los fondos disponibles en la “subcuenta de vivienda” al momento del retiro. Año con año debe pagar un interés sobre los saldos en esa cuenta, y en años recientes ha superado la práctica de pagar intereses negativos. Así, en 2004, pagó 8.35 por ciento, aproximadamente la tasa aplicable a bonos del gobierno federal a corto plazo. Sin embargo, al cierre de ese año tenía obliga-

GRÁFICA 14
Cociente de créditos de Infonavit a asegurados y permanentes



Fuente: Infonavit, 2004.

ciones con los asegurados del IMSS por 288,000 millones de pesos, pero apenas 120 millones en inversiones en valores. En números gruesos, esto significa que el Infonavit podía pagar dos días de los intereses que estaba prometiendo. Aquí estamos hablando posiblemente del mejor año en la historia del Fondo de Vivienda.

De estas cifras surgen dos mensajes. El primero es que el riesgo de incumplimiento por el Infonavit no es menor. En 2000 la cartera vencida era del 21.7 por ciento de los créditos, y su disminución en 2004 a 8.7 por ciento se debe al menos en parte a que se han dado muchos créditos nuevos, pero en valor, la cartera vencida creció entre 2003 y 2004 de 193,000 a 197,000 millones de pesos. Las cifras dicen que a pesar de que el 5 por ciento de impuesto a la nómina que se ha cobrado desde 1974, la mayor parte de las familias no recibirán ningún beneficio, y que los intereses son registros contables sin respaldo (Infonavit podría en efecto estar declarando un interés de 100 por ciento sin afectar sus operaciones en el corto plazo). A lo largo del tiempo, los trabajadores querrán cobrar al Infonavit (los recursos para sus pensiones) al mismo tiempo que le cobran a la administradora de fondos para el retiro (Afore), pero hay una probabilidad de que el dinero de la subcuenta de vivienda no esté disponible. Ante esa eventualidad, el gobierno federal tendrá que financiar esos pagos. El impuesto del fondo de vivienda representa una distorsión aún mayor que el pagado al IMSS, por la menor probabilidad de recibir las prestaciones.

Adicionalmente, debe considerarse el peso muerto que genera el monopolio en el mercado de vivienda: los trabajadores no tienen opciones ante deficiencias de la oferta del Infonavit, y si el comportamiento de éste en el aspecto de calidad de la vivienda ofrecida es similar al observado en el aspecto de financiamiento, el costo al consumidor puede ser muy elevado. A pesar de estos problemas, el gobierno federal ha determinado que el Infonavit no es sujeto de los procedimientos normales de auditoría pública y acceso a la información. Esto significa que no está sujeto a la acción de la Secretaría de la Función Pública, ni a la del Instituto Federal de Acceso a la Información (IFAI).²⁴

²⁴ Infonavit siempre ha tenido un estatus diferente al resto de las instituciones públicas, y en abril de 2005 el Congreso confirmó una situación de excepción con respecto a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. A raíz de una reacción negativa del público, el Infonavit y el IFAI firmaron un convenio de coordinación, pero la pregunta es para qué se requiere eso, ya que bastaría con incluir al organismo en la aplicación de la ley (http://www.infonavit.gob.mx/inf_general/cuentas_claras/ifai.pdf). Cabe mencionar que las reformas de abril de 2005 generan una estructura de gobierno corporativo que elevará el conservadurismo de la institución y no atenderá los problemas principales, al ser similar a la del IMSS (véase el apartado de la página 69).

El problema va más allá de tema de transparencia. En el pasado, el Infonavit era visto como un impuesto puro (pues la probabilidad de recuperación del ahorro era cero hasta el inicio de los noventa), y la pérdida de recursos (aproximadamente equivalente a medio punto del PIB) simplemente podía verse como un efecto sobre la productividad del país. Pero ahora se ha generado una expectativa de pago. El Infonavit reporta un resultado financiero en los ejercicios 2003 y 2004 de exactamente cero, ni un peso más ni un peso menos. Eso denota que ante pérdidas muy grandes, básicamente se están llevando las cifras a su límite para cubrir las obligaciones, pero que quedan pasivos muy grandes sin provisionar. Aun los ya reconocidos tienen como respaldo activos ilíquidos y de baja probabilidad de cobro completo. El incumplimiento del Infonavit en los setenta y ochenta, la reforma de 1982 para nulificar la obligación de pago que se daba con el primer decenio de su existencia, son historias no sólo recientes, y no es difícil imaginar escenarios políticos de repetición. Ante esta situación, es difícil pensar que el EB mexicano logre convencer a los trabajadores de la certidumbre de este ahorro.

Pensiones de trabajadores del IMSS y en empresas paraestatales

El IMSS no refleja plenamente en sus estados financieros el costo anual de su plan de pensiones como empleador, aunque desde 1997 comenzó a hacer un registro y un ahorro parcial. La situación del IMSS es similar a la de la mayoría de las grandes empresas paraestatales, organismos descentralizados y otras formas legales que permiten la contratación colectiva de un organismo público pero que dejan la responsabilidad final del pago sobre el gobierno federal (Martínez y Conesa, 2005, contiene una medición del problema).

Para el IMSS es bien conocido que se enfrenta un problema de falta de ahorro histórico para pagar las pensiones de los trabajadores del IMSS (IMSS, 2004b), por lo cual no abundaremos en ese tema aquí. Hasta 1997, el ahorro era sumamente bajo (y se mezclaba con el ahorro existente para el Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte), por lo que es en ese año que comienza a darse un esfuerzo para solucionar el problema.

Así como el IMSS, las administraciones paraestatales han caído en esta situación porque la regulación fiscal que les aplica vigila preponderantemente (casi exclusivamente) sus flujos de efectivo, ignorando los problemas de deuda de largo plazo. Así, mientras que el gobierno dedica grandes esfuerzos a evitar que los aumentos salariales que dan estos organismos a sus sindicatos salgan de las normas

fijadas por los programas de control inflacionario, las administraciones han podido prometer grandes incrementos en pagos futuros. Este tema permanece desatendido, siendo necesaria una acción de los órganos de administración y control para atenderlo. Por ejemplo, podría adoptarse la política de que las administraciones no están facultadas para negociar planes de pensiones, salud, u otro beneficio de largo plazo, sino que estas empresas no puedan dar beneficios adicionales a los de la LSS, con excepciones. En el caso de beneficios económicos, cada obligación debe estar plenamente respaldada. En el caso de salud y otros beneficios, no debería permitirse un beneficio adicional con cargo a la empresa, por lo cual serían válidos planes de ahorro pero no compromisos de gasto indefinidos por las paraestatales. La razón de esto último es que al no poder definirse el monto del beneficio, el riesgo recae indefectiblemente sobre el gobierno. Así, los trabajadores de paraestatales tendrían siempre la protección del GMP del IMSS, pudiendo tener ahorro personal adicional. Algunas de las grandes corporaciones del mundo han debido fallar en el pago de esos beneficios (caso United) y otras enfrentan problemas mayores para hacerlo (caso General Motors). Pero cuando una empresa privada falla el problema es entre su sindicato y sus accionistas; mientras que cuando falla la empresa pública, el supuesto es que el gobierno respaldará las obligaciones. Adicionalmente, hay un argumento de democracia en limitar a las administraciones paraestatales: sus obligaciones deben ser aprobadas previamente por el Congreso.²⁵

Concentración financiera

¿Se dará mayor competencia financiera al avanzar el SAR obligatorio? Es de esperarse un efecto de menor concentración al ampliarse los instrumentos disponibles en el mercado para el ahorro de los trabajadores y el número de instituciones oferentes. Anteriormente los trabajadores sólo tenían a su disposición el ahorro bancario y algunos otros instrumentos de alcance limitado, como los bonos del ahorro nacional. Muy pocos acudían a las aseguradoras y muchos menos a los fondos mutuos. La LSS-1997 abrió el acceso a estos instrumentos para el trabajador. El efecto esperado tiende a ser de menor concentración y mayor competencia financiera.

Sin embargo ese efecto es menos favorable al óptimo si las regulaciones de entrada a los mercados de administración de fondos y cuentas son restrictivas.

²⁵ Algo similar debe aplicar a las cuotas de los comités sindicales. Por ejemplo, la información pública disponible mediante el contrato colectivo de trabajo señala que en el caso del IMSS estas cuotas pasaron de 69 millones en 1996-1997, a 198 millones en el periodo 2001-2003.

La Ley del SAR contiene disposiciones que buscan nulificar la acción de las autoridades de competencia en este mercado. Al hacerlo, establece regulaciones que pueden facilitar la generación de conductas monopolísticas y elevar el costo de operación del sistema en forma indebida.

El artículo 18 transitorio de la ley dio a la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar) la facultad discrecional de definir el número de proveedores (administradores de cuentas y sociedades de inversión) para el “desarrollo eficiente de los sistemas”. También le dio al Comité Consultivo y de Vigilancia la facultad de: “Emitir opinión sobre la aplicación de los mecanismos que adopte la Comisión para evitar que se presenten prácticas monopólicas absolutas o relativas como resultado de la conducta de los participantes en los sistemas de ahorro para el retiro o por una concentración de mercado.” La Consar es la autoridad de competencia, y la ley establece un criterio arbitrario de participación máxima de mercado de 17 por ciento para cualquier Afore.

Esta estructura es ineficaz para lograr un ambiente de competencia. La Consar tiene por un lado una facultad discrecional de decidir sobre la entrada de empresas sobre criterios de eficiencia, pero también es responsable de decidir si se han violado esos criterios, y tiene además que consultar con un comité en el cual participan los presuntos infractores. El criterio de 17 por ciento de participación en el mercado no tiene base en la literatura o en la jurisprudencia sobre competencia. Además, la Consar ha interpretado que el mercado se mide en número de cuentas, lo que ignora también la práctica de política de competencia en cualquier país en que la misma sea aplicada con un mínimo de racionalidad.

Utilizando un criterio elemental de medir el mercado por los fondos manejados, las cifras a febrero de 2005 señalan que dos Afores deberían ser limitadas en su crecimiento. Digo esto no para sugerir una acción de ese tipo, sino para señalar que la política adoptada es discrecional y podría ser fácilmente revertida, generando incertidumbre sobre las administradoras de fondos. Cabe mencionar que el índice de Herfindhal medido en febrero de 2005 con base en los fondos manejados era de 1,321 puntos, de manera que la autoridad de competencia probablemente hubiera permitido fusiones y adquisiciones de casi cualquier Afore, excepto entre las dos más grandes.

La entrada al mercado es la herramienta principal para lograr la competencia, y el trabajo de Consar debería encaminarse a ese fin. Las últimas Afore que han entrado al mercado lo han hecho con niveles de activos fijos muy bajos. Así, mientras que las afores Azteca o Actinver tienen razones de activos fijos a capital de

2 a 3 por ciento, las empresas viejas tienen valores que llegan hasta 24 por ciento (Bancomer) o 31 por ciento (IMSS-XXI). Esta evolución señala a una situación regulatoria que de no ser resuelta, elevará en forma permanente los costos de la oferta y las comisiones.

La organización que definió la regulación para este mercado fue esencialmente copiada del sistema chileno, con empresas administradoras de fondos que en realidad se encargan también de la administración de cuentas. Esta integración vertical (manejo de fondos y cuentas) no es la única que se puede dar, y en mercados competitivos de fondos de pensiones ligados al sistema de protección social (Estados Unidos, Suiza), se observa una separación entre las dos funciones. La separación puede ser además un elemento que se repite en el mercado de tarjetas de crédito que es cercano al de fondos de pensiones por atender básicamente a las mismas personas. También son en general las mismas empresas las que ofrecen a las personas ambos servicios: administración de ahorro para el retiro y crédito.²⁶

El mercado de tarjetas de crédito evolucionó en décadas pasadas por influencia de la tecnología, separándose en dos segmentos claramente identificados: la administración de cuentas y la provisión de crédito. La administración de cuentas es efectuada en forma global por muy pocas empresas (dos principales a nivel mundial), lo cual permite que miles de proveedores de crédito (hasta hace poco predominantemente bancos) ofrezcan sus servicios también sobre base global. Ni el banco más grande del mundo podría dar el servicio de crédito al que están acostumbrados los consumidores actuales de no contar con esta estructura de mercado, y si hubiera integración vertical forzada por la regulación observaríamos mercados restringidos a nivel nacional y aún ahí con menor liquidez a lo vigente. Esta separación de la administración de cuentas y crédito está teniendo un desarrollo que sería imposible de imaginar hace poco tiempo, ya que dentro de las redes de Internet se han generado sistemas monetarios internos que crean dinero y aceptan el uso de tarjetas de crédito para transacciones de individuos ("personas físicas"). Es decir, cualquiera puede vender bienes o servicios y recibir pagos en la red con tarjeta de crédito desde cualquier punto de mundo, logrando la autorización bancaria directamente. El sistema más grande de este tipo se encuentra en [paypal.com](https://www.paypal.com).

La discusión anterior sobre el mercado de tarjetas de crédito señala a la necesidad de que la regulación desempaque las funciones de manejo de cuenta de las

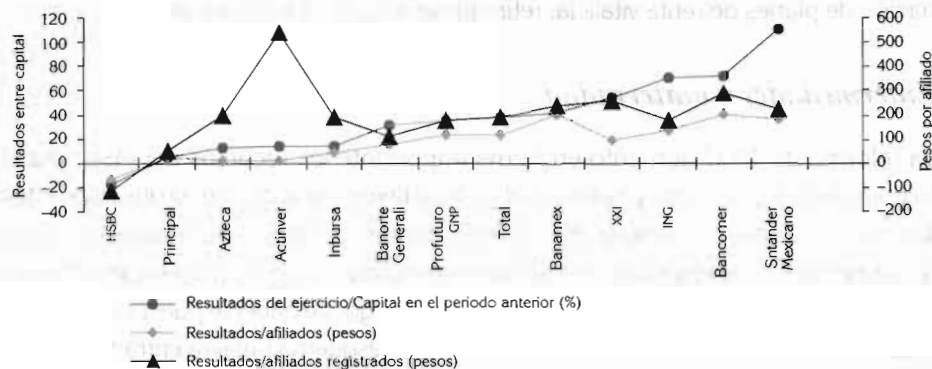
²⁶El caso antimonopolio contra Visa ilustra los conceptos de política de competencia aplicables. Una referencia oficial al caso se encuentra en www.usdoj.gov.

de administración de fondos, permitiéndose la especialización en cada segmento. La forma en que las nuevas Afore están operando con mínimos activos fijos es subrogando servicios, por lo cual el movimiento ya se está dando. Sin embargo, las reglas de competencia de la ley serán incompatibles con la concentración requerida en el manejo de cuentas (también habrá oposición de las Afore viejas que verían un rápido crecimiento de oferta más barata y estarán interesadas en proteger rentas). Esta separación permitiría la entrada al mercado de proveedores de manejo de fondos a un costo sumamente bajo, permitiendo llegar a menores niveles de comisiones.

¿Qué tan baja debería ser la comisión de las Afore?

El tema de competencia representa la principal amenaza al éxito del seguro de retiro con base en cuentas individuales. La gráfica 15 muestra los resultados por afiliado y por capital de las Afore en 2004. Las Afore grandes tienen en general rendimientos arriba de 40 por ciento, y en algunos casos de 100 por ciento, definidas por utilidades de 3,964 millones de pesos en ese año. En un sector regulado como es éste, en el cual la ley establece a la autoridad de velar por la prestación eficiente del servicio, tasas de retorno de largo plazo de 40 a 100 por ciento son seguramente más altas de las compatibles con un ambiente de competencia. Por otro lado, el IMSS mantiene costos de operación superiores al 100 por ciento en el Seguro de Invalidez y Vida (SIV) por lo cual el alto costo de las Afore tiene ahí su mejor defensa (en 2004 se pagaron beneficios del SIV por aproximadamente 5,200 millones de pesos, pero los gastos fueron de aproximadamente 7,595 millones, siendo 6,000 millones gasto corriente). Sin embargo, este no puede ser un consuelo si el objetivo es lograr un sistema de pensiones competitivo. Mientras mayores sean los márgenes observados, se eleva el riesgo de un control directo de las comisiones y de la intervención en la gestión de las empresas (incluyendo la ampliación de la oferta paraestatal). Probablemente será difícil para cualquier gobierno en el futuro liquidar el sistema de cuentas individuales para el retiro, pues las finanzas públicas y privadas del país dependen del mismo para obtener liquidez y estructurar sus deudas, pero una acción de regulación directa se podría dar en forma rápida.

GRÁFICA 15
Resultados por afiliado y por capital de las Afore, 2004



Fuente: www.consar.gob.mx

Para el mercado de rentas vitalicias, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) también optó por un modelo monopolístico, que genera altos costos de administración. En 2004, había sólo 11 empresas proveedoras, y cinco de ellas captaban 72.8 por ciento de las primas del año (CNSF, 2005). A pesar de que el IMSS disminuyó casi a cero el número de casos de invalidez o incapacidad, dejando sólo el mercado de casos de fallecimiento, las aseguradoras tuvieron un crecimiento de primas de 48 por ciento en ese año, y las utilidades llegaron a 3,332 millones de pesos. La única forma de aumentar ventas cuando un mercado se está cayendo es subiendo el precio, lo que es fácil de hacer pues la demanda es perfectamente inelástica en este caso, facilitando la elevación de precios (una vez que se dictamina un caso, el comprador no tiene a donde ir, más que a 11 empresas, y más probablemente sólo a cinco de ellas).

Al 31 de diciembre de 2004, las reservas técnicas de las aseguradoras asociadas al seguro social eran de 69,033 millones, correspondientes a 33 por ciento de todo el mercado nacional. El portafolio de inversión era de 81,515 millones de pesos. La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) no proporciona información sobre los márgenes que obtienen las aseguradoras por los contratos asociados al seguro social. Esta información sería análoga a la provista por la Consar sobre el costo por comisiones de las Afores. Cabe mencionar que las utilidades de las aseguradoras no se deben comparar con los fondos manejados, sino con el capital aportado por las mismas.

La regulación impide diversos contratos que beneficiarían al trabajador y elevarían la competencia. Por ejemplo: la renovación anual de contratos y la combinación de planes de renta vitalicia, retiro programado y ahorro en un solo contrato.

Enfermedades y maternidad

La reforma de 1997 aumentó en forma importante los recursos del IMSS para el Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) al tiempo que disminuyó los impuestos a la nómina. Esto se mostró en IMSS (1996), donde también se presenta el resultado de un ejercicio que responde a la siguiente pregunta: ¿cómo se hubieran comportado los ingresos del IMSS durante un plazo más largo, de haberse puesto en marcha antes una reforma de este tipo? En particular, si el esquema hubiera entrado en vigor en enero de 1991, el instituto hubiera tenido ingresos más elevados en todos los años, y la variabilidad del ingreso hubiera sido menor.

Lo anterior se deriva de que con la reforma, las aportaciones del gobierno quedaron indexadas a la inflación y no al salario; en vista de la política federal de depreciar el salario mínimo a largo plazo esto ha significado una protección para el IMSS. Por otro lado, las aportaciones patronales tienen una parte fija indexada al salario mínimo y una parte ligada al salario. En consecuencia, se da una depreciación gradual de la parte fija que paga el empleador. Estas reglas transfieren el riesgo de una caída grande de salarios reales del IMSS al gobierno federal (como la que se dio en 1995).

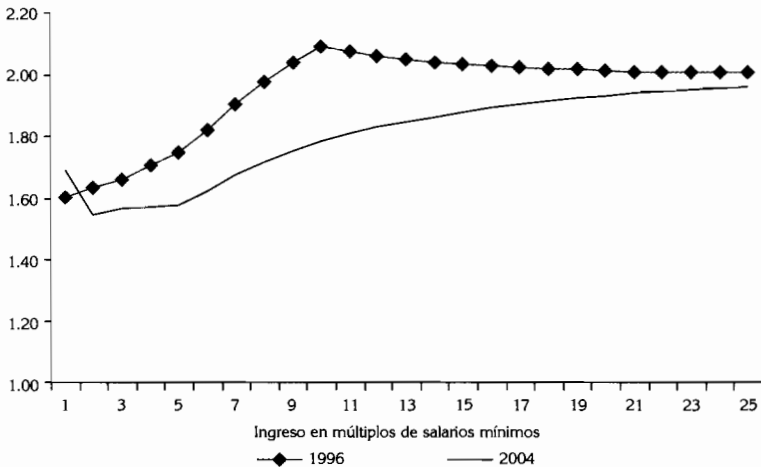
La reforma hizo congruentes las aportaciones estatales tanto como para la incorporación voluntaria como para el régimen ordinario, por lo que hay una aportación fija del gobierno federal más una aportación fija de los asegurados. Anteriormente, la incorporación voluntaria podía significar muchos menos recursos para el IMSS. ¿Por qué se daba esto? En décadas anteriores, el gobierno había utilizado al IMSS como herramienta de negociación para atender problemas políticos, dando entrada a grupos que pagaban muy poco.

La gráfica 16 muestra el efecto de desgravación por la reforma mediante el cociente entre el salario total pagado por el empleador (incluye las aportaciones hechas sólo por el patrón) y el salario neto recibido por el trabajador. La tabla 11 muestra el cambio que se observó en el ingreso promedio diario por cotizante entre los meses de junio y julio de 1997, en el SEM. Es decir, se trata precisamente del último mes de funcionamiento bajo la ley derogada y el primero bajo la nueva, de manera que se utilizan datos reales. Al proyectar el resultado anual con base

en esta información, se estima que la reducción en las contribuciones de empresas y trabajadores fue del orden de 11,000 millones de pesos. Es decir, se dio una fuerte desgravación al salario, que se compensó con mayores aportaciones estatales, las cuales son del orden de un tercio de los ingresos de este ramo de aseguramiento.

Estratégicamente, la pregunta es si esto es el inicio de una tendencia de largo plazo hacia el financiamiento público a la salud con base en fondos generales, lo que podría facilitar la integración financiera de todo el sector público y avanzar hacia la universalización del aseguramiento. El marco financiero del Seguro Popular, adoptado varios años después, apoya esta hipótesis. Una posibilidad diferente es que ante las presiones de gasto de corto plazo, se opte por elevar de nuevo las cuotas, opción que puede terminar siendo elegida si el gobierno decide aprovechar el poder monopólico del IMSS para explotar a contribuyentes cautivos, resolviendo un problema de corto plazo, pero cerrando la posibilidad de convergencia en el financiamiento público a la salud.

GRÁFICA 16
Salario pagado por el empleador a salario recibido por el trabajador



Fuente: Elaboración propia.

TABLA 11
Ingreso promedio diario por cotizante en el SEM, 1997

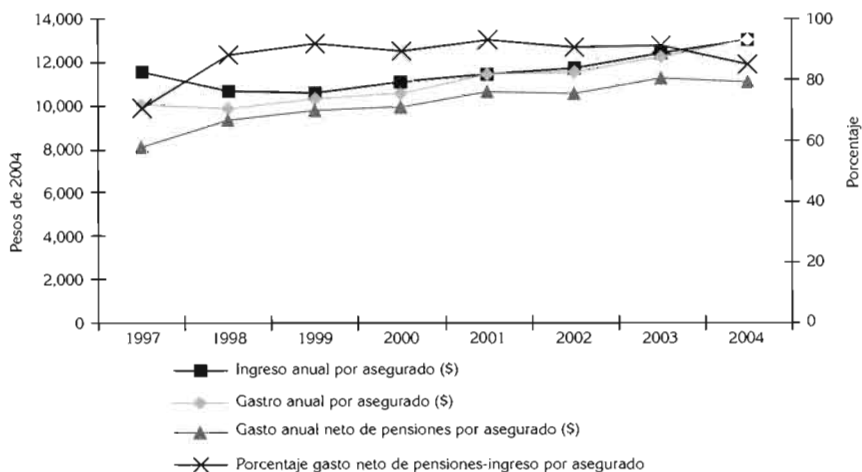
	Junio (pesos)	Julio (pesos)	Cambio %	Impacto anual (miles de pesos)
Nacional	10.34	6.77	-34.53	-11'681,992
Guerrero	11.94	5.52	-53.77	-217,898
Nayarit	10.37	5.19	-49.92	-85,378
Baja California Sur	11.05	6.27	-43.25	-96,610
Veracruz sur	10.79	6.12	-43.22	-212,785
D.F. noreste	14.74	8.48	-42.45	-660,591
Chiapas	9.46	5.47	-42.21	-110,830
Yucatán	9.40	5.48	-41.68	-184,614
Sinaloa	8.94	5.26	-41.21	-295,963
Oaxaca	8.84	5.21	-41.08	-107,152
Colima	9.06	5.49	-39.40	-65,413
Tamaulipas	9.71	5.93	-38.90	-491,894
Veracruz norte	9.22	5.76	-37.52	-215,178
México	11.27	7.08	-37.17	-1'199,318
Tabasco	8.89	5.66	-36.29	-83,099
Morelos	9.89	6.38	-35.55	-141,804
Sonora	8.85	5.71	-35.40	-310,966
Chihuahua	8.95	5.79	-35.32	-617,122
Jalisco	9.39	6.13	-34.79	-774,530
Campeche	9.44	6.16	-34.72	-64,155
Baja California	9.37	6.18	-33.99	-520,803
San Luis Potosí	8.95	6.01	-32.89	-154,893
Coahuila	8.78	5.90	-32.78	-392,614
Tlaxcala	8.58	5.77	-32.75	-54,638
Michoacán	8.55	5.76	-32.64	-167,464
D.F. noroeste	16.54	11.15	-32.57	-1'232,494
D.F. suroeste	13.75	9.35	-32.03	-902,717
Querétaro	10.27	7.02	-31.68	-200,895
Hidalgo	7.83	5.40	-31.12	-93,572
Nuevo León	10.25	7.07	-31.04	-824,367
D.F. sureste	10.06	6.96	-30.79	-410,427
Puebla	8.78	6.29	-28.29	-257,058
Zacatecas	6.69	4.84	-27.63	-46,960
Guanajuato	7.44	5.40	-27.37	-263,342
Aguascalientes	7.81	5.76	-26.22	-88,477
Quintana Roo	7.99	6.00	-24.95	-75,281
Durango	5.84	4.94	-15.49	-46,527

Fuente: IMSS, 1998.

La reforma de 1997 impuso un incremento en las aportaciones federales al sistema del seguro social. Esta solución era ineludible una vez que se introducía el SAR obligatorio, pues el IMSS utilizaba los recursos de las pensiones para financiar el gasto en salud. Esa transferencia de recursos entre seguros se basó en el superávit que aún tenía el sistema de pensiones en los noventa. Si bien la existencia de los seguros desde la fundación del IMSS en 1943, y en particular las regulaciones financieras y contables lo prohibían desde 1989, en la realidad las transferencias se hicieron sin limitación alguna.

Con la reforma, las primas del SEM representan entre 13 y 14 por ciento del salario de cotización del trabajador promedio (incluyendo la aportación estatal). Esta es una tasa entre media y alta en comparaciones internacionales, y resulta en un nivel de ingreso anual para el IMSS por asegurado de aproximadamente 12,500 pesos (1,100 dólares). Estos son los recursos que tiene el SEM del IMSS para atender a un asegurado y a su familia, un promedio de un poco menos de tres personas. ¿Es ello suficiente? En la gráfica 17 podemos observar los recursos que tiene el IMSS en promedio anual para gasto por asegurado. En el eje izquierdo se mide el cociente de ingreso a gasto operativo; contablemente, esto refleja el resultado neto del periodo, independientemente de los pasivos históricos de la corporación. Esta gráfica señala que aun si esos pasivos pudieran eliminarse de un plumazo, el IMSS se hubiera convertido en una organización deficitaria entre 2001 y 2002, y

GRÁFICA 17
Ingresos y gastos de operación por asegurado, 1997-2004



Fuente: *Reporte de Gestión*, IMSS.

hacia 2004 hubiera perdido más de 10 por ciento de su ingreso. Es decir, sin considerar el costo de su plan de pensiones, de acuerdo con los resultados de 2004, el IMSS se hubiera liquidado por completo aproximadamente en el horizonte de la década actual.

Concluimos este capítulo señalando tres grandes temas de la agenda que se derivan de esta discusión: 1. para el sistema de pensiones, se requiere cerrar la puerta a conductas oportunistas que permitan desviar el ahorro, e introducir competencia en los mercados finales; 2. para los seguros de salud los escenarios financieros sólo se han empeorado en la década actual, y de no tomarse acciones se dará un declive cuando se agoten de nuevo los recursos que se están usando de las pensiones para detener con alfileres el gasto corriente; 3. el sistema de guarderías ha evolucionado favorablemente, pero en ausencia de una solución al problema de las prestaciones sociales, también se dará un declive.

CAPÍTULO 4

El sistema mexicano de salud

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos 25 años, el sistema mexicano de salud (SMS) se ha encontrado bajo presión creciente en varios frentes: *a)* fiscalmente, su déficit y sus demandas sobre las finanzas públicas federales y locales se han ampliado, y la disponibilidad de la población para financiarlo no se ha hecho presente (es decir, mientras que por un lado el sector político considera que el crecimiento del gasto del sector público que provee servicios de salud es una prioridad, la población no está dispuesta a pagarlo por la vía de los impuestos); *b)* socialmente, la población es más demandante gracias a la mejor información y a las crecientes expectativas; *c)* administrativamente, las instituciones han crecido y madurado, trayendo al frente los temas de pasivos financieros ocultos generados a lo largo de décadas anteriores y la necesidad de modernizar estructuras inflexibles que no han sido conducentes al aprendizaje y a la creatividad; *d)* políticamente, al menos desde los setenta se han propuesto tímidamente iniciativas sólo para lograr grandes cambios en los flujos de dinero y de servicios tanto en su estructura, como en su origen, destino, regulación y en otros aspectos, con las metas de promover la equidad y de incrementar los recursos presupuestarios públicos y la cobertura de los seguros, controlando la calidad y los costos.

Este capítulo describe las principales instituciones, programas y políticas del SMS, así como también menciona su con-

dición financiera general y las principales políticas del sector. Listamos primero los principales flujos de dinero y servicios en el sistema, y después analizamos los temas fiscales, sociales y gerenciales más importantes.

El mensaje principal en el capítulo es que se dará un gran incremento en el gasto de las familias por servicios de salud, que la regulación y organización vigentes son inadecuadas para acomodarlo, y que las políticas principales que se aplican actualmente lo llevarán en general a dificultades mayores. Si bien el sector público ha avanzado en el diagnóstico de este problema, las políticas que se aplican al sector privado, al seguro social y al resto del sector público están desconectadas e impiden a las familias tomar decisiones adecuadas, tanto en el corto como en el largo plazo.

INSTITUCIONES Y PROGRAMAS

Como en otros países grandes, el SMS es un conjunto que está formado por una variedad heterogénea de instituciones y programas para llevar a cabo las funciones de: *a)* obtener recursos por medio de canales obligatorios y voluntarios para financiar los servicios que proporciona, *b)* desarrollar instalaciones y redes de provisión de servicio, *c)* financiar el cuidado, y *d)* administrar los servicios que provee. En este apartado se identifican los principales elementos de las instituciones y de los programas: su operación, evaluación y financiamiento.

Es conveniente comenzar mencionando los tres principales agentes del SMS: el “sector público abierto”, financiado por el gobiernos federal y los gobiernos estatales y que provee servicios finales gratuitos o a tarifas muy bajas a familias no aseguradas; la “seguridad social”, compuesta por cerca de tres docenas de instituciones, una muy grande que asegura a trabajadores asalariados en general (el IMSS), otro conjunto de instituciones que cubre a trabajadores del gobierno federal y de los gobiernos estatales (el ISSSTE es la mayor de éstas y sirve a empleados federales y varios organismos estatales similares) y otro más que cubre a las fuerzas armadas; y el “sector privado”, compuesto por una colección diversa de aseguradores, planes de salud, hospitales, clínicas, laboratorios, médicos independientes y otros proveedores que sirven a familias de todos los grupos sociales y niveles de ingreso.

En 2000 los gastos totales en salud fueron del orden de 430,000 millones (aproximadamente 41,000 millones de dólares). Considerando el destino de este gasto, las instituciones y programas del SMS se ven así:

- El sector privado recibe aproximadamente el 53 por ciento de los gastos.
- Los programas de salud de la seguridad social gastan 30 por ciento del total del gasto en salud y 63 por ciento de los recursos públicos del renglón.
- Las secretarías federales y estatales de salud, representan 14 por ciento de los gastos totales y 30 por ciento del gasto público.
- Un sector asegurador diferente a los grandes institutos de seguridad social, incluyendo agencias públicas (estatales y federales) y privadas, que lleva el 7.5 por ciento de los gastos totales y aproximadamente 7 por ciento de los públicos.

Breve descripción estadística

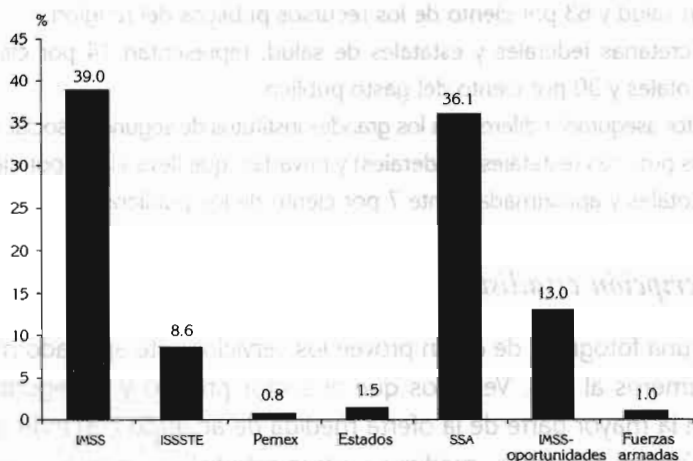
Para lograr una fotografía de quién provee los servicios este apartado muestra en grandes números al SMS. Veremos que el sector privado y la seguridad social representan la mayor parte de la oferta medida de acuerdo con indicadores básicos del número de camas, médicos y otras estadísticas similares de “infraestructura” y recursos. La importancia de estos dos jugadores es más grande una vez que se introducen consideraciones de eficiencia (es decir, medido en términos de servicios finales).

La gráfica 18 muestra que en 2001, aproximadamente la mitad de la población mexicana estaba cubierta por un programa de seguridad social (50.8 por ciento). La otra mitad no lo estaba, recibía servicios del programa IMSS-Oportunidades (que es operado pero no financiado por la seguridad social), del sector privado o de los programas abiertos de los gobiernos estatales o del federal.²⁷ Dos aclaraciones son las siguientes: primero, la cifra en la barra correspondiente a “SSA y sector privado” es en realidad un residuo estadístico, y no proviene de registros actuales; y segundo, la afiliación a un sector no implica que los pagos hechos por la población o los flujos de gasto asociados a las familias tengan lugar exclusivamente bajo esta clasificación, pues muchas familias que gastan dinero en el sector privado para obtener servicios están dentro de la seguridad social.

Para proveer una idea cuantitativa de la importancia actual de cada agente en el financiamiento y provisión de servicios, la gráfica 19 muestra la distribución de cirugías por proveedor de servicios de salud, también en 2001. Puede observarse

²⁷ Puede mencionarse que el programa IMSS-Oportunidades es básicamente un programa de salud para áreas rurales, y comparte el nombre con Oportunidades, el programa federal de transferencias condicionadas para nutrición, salud y educación.

GRÁFICA 18
Distribución de cobertura de cuidados de salud en México, 2001



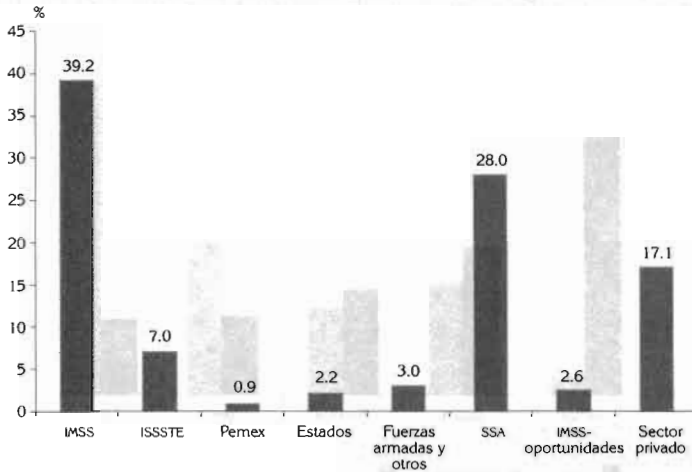
Fuente: Boletín de Información Estadística, Secretaría de Salud.

que la seguridad social aproximadamente conserva la participación que tiene de la mitad de la población asegurada, pero los casos no cubiertos por la seguridad social se distribuyen entre el sector privado con 17 puntos y el sector público no asegurado con 30.6 puntos.

Entre agentes, observamos grandes diferencias en las características de la oferta y en la eficiencia en el uso de recursos. Las gráficas 20 y 21 muestran que en el sector privado trabaja 40 por ciento de los especialistas del país, y hay 3.6 especialistas por cada médico general. La SSA tiene predominantemente una oferta de generalistas, mientras que la seguridad social está en una situación intermedia. Por otro lado, los residentes y pasantes se encuentran en su gran mayoría en los proveedores del sector público, con sólo 7 por ciento de los residentes y 3 por ciento de los pasantes en el sector privado. De estas cifras se señalan tres aspectos sobre la oferta que están determinados por las regulaciones. Primero, el sector público, aun la parte que pretende dar servicios integrales, enfrenta limitaciones para ofrecer servicios de especialidades. Como comentan Chernichovsky *et al.* (2000), el objetivo de integridad de los servicios de salud –la provisión de todos los servicios que permite la tecnología– es irrealizable en cualquier escenario, por lo cual los proveedores sujetos al mismo terminan aplicando un concepto de solidaridad, bajo el cual a todas las personas se les da el mismo servicio, y la oferta se moldea hacia un mínimo común denominador de los

GRÁFICA 19

Distribución de cirugías en el sector salud de México por proveedor, 2001

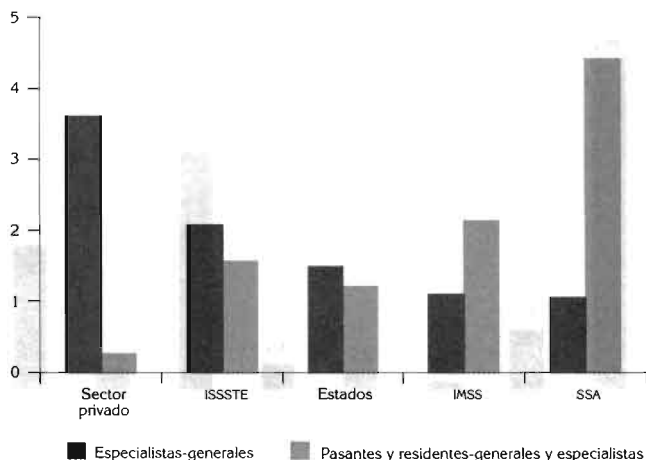


Fuente: Boletín de Información Estadística, Secretaría de Salud.

servicios que se pueden financiar o para los cuales el racionamiento se puede administrar. Segundo, la educación médica es subsidiada por el SMS, y la mayor parte de los pasantes y residentes se encuentran en la SSA y el IMSS en los cuales existen 4.4 y 2.1 pasantes y residentes por especialista respectivamente. Este es un subsidio difícil de justificar para quien piense que el gasto público debe ser progresivo, ya que generalmente los estudiantes de medicina provienen en su mayoría de familias de clase media o más ricas, y es evidente que terminan trabajando en una gran proporción para el sector privado. Inclusive, las cifras de la gráfica 20 deben leerse en el sentido de “tiene un empleo en”, ya que los especialistas del sector público con frecuencia trabajan también en el sector privado y el empleo público puede ser sólo la fuente secundaria de ingreso. Si bien no hay información estadística sobre ese fenómeno, es probable que la proporción de servicios de especialistas provistos por el sector privado sea superior en el orden de decenas de puntos al 40 por ciento que señala la gráfica 21. Una pieza de evidencia de cómo funciona este subsidio lo proveen los resultados del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas en 2004 (éstos se encuentran en www.salud.gob.mx). De las seis escuelas con mejores calificaciones en el mismo, tres son privadas, una es de las fuerzas armadas y dos son públicas (Guanajuato y San Luis Potosí). En universidades públicas los resultados pueden ser de los más bajos. Del Instituto de Estudios Superiores de Chiapas solamente

GRÁFICA 20

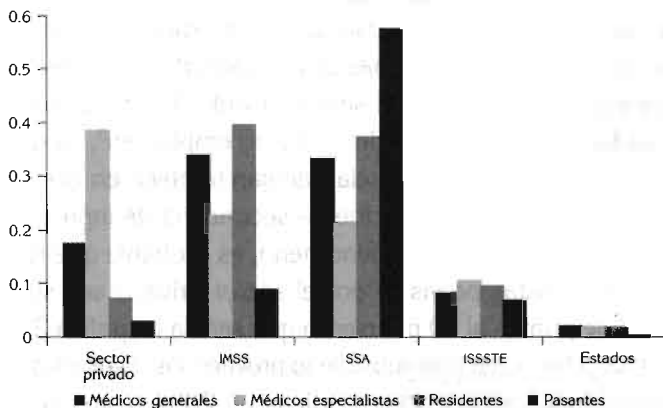
Balances entre especialistas y médicos generales, pasantes-residentes y especialistas-médicos generales en los proveedores de servicios de salud, 2001



Fuente: Boletín de Información Estadística, Secretaría de Salud.

GRÁFICA 21

Proporción de personal médico ocupado por diferentes proveedores de servicios de salud, 2001



Fuente: Boletín de Información Estadística, Secretaría de Salud.

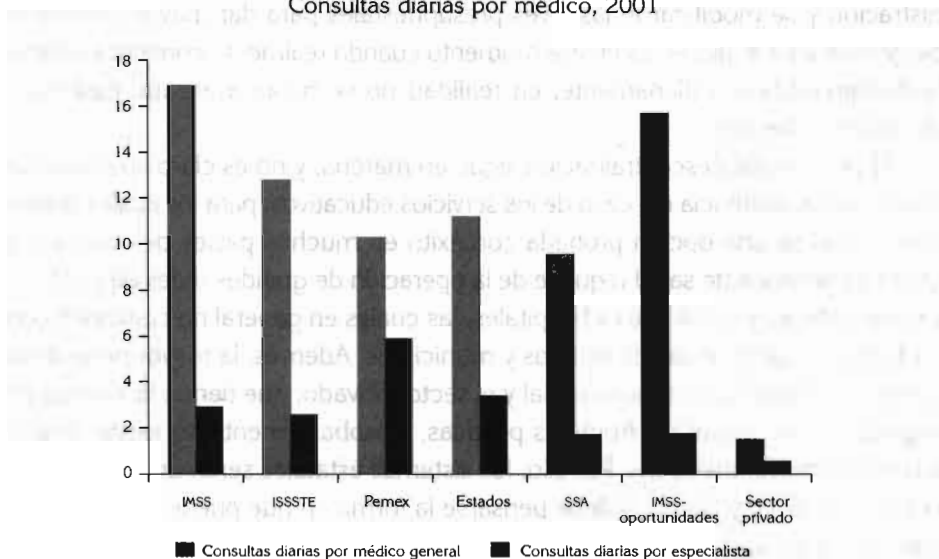
fueron admitidos dos estudiantes de 165, y de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional solamente de 18 de 345. De la facultad de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México fueron admitidos solamente entre 12 y 25 por ciento de los solicitantes (dependiendo del plantel), y de la Universidad de Guadalajara el 25 por ciento. Entre las 21 escuelas públicas con 300 estudiantes o más en el examen, solamente dos tuvieron un porcentaje de aceptación arriba del 30 por ciento (Autónoma de Nuevo León y Autónoma del Estado de México). El esfuerzo para subsidiar las escuelas públicas directamente y a los programas de medicina vía acceso gratuito de estudiantes a los hospitales públicos beneficia a los provenientes de las ciudades más ricas del país, en detrimento de los beneficiarios de la seguridad social.

Tercero, el elevado número de personal médico empleado por la SSA lleva a una reflexión sobre el sentido de la política de descentralización iniciada en los años ochenta. La clasificación de los médicos de los sistemas estatales como empleados de la SSA no es sólo estadística, sino refleja que en realidad se mantuvo un control estrecho del gobierno federal sobre los sistemas estatales, en temas de inversión, manejo de recursos humanos, decisiones de inversión y en general los estados tuvieron posibilidades limitadas de acción de la mitad de los ochenta hasta la mitad de los noventa. Durante la administración Zedillo (1994-2000) se promovió la creación de organismos estatales para la transferencia de la administración y se modificaron las leyes presupuestales para dar mayor capacidad de gestión a los estados. Es en ese momento cuando realmente comienza a darse la descentralización (llanamente, en realidad no se había avanzado casi nada desde los ochenta).

El proceso de descentralización sigue en marcha, y no es claro en dónde va a terminar. A diferencia del caso de los servicios educativos, para los cuales la provisión local es una opción probada con éxito en muchos países del mundo, la oferta de servicios de salud requiere de la operación de grandes redes de médicos y paramédicos, y de clínicas y hospitales, las cuales en general no coinciden con las fronteras geográficas de estados y municipios. Además, la mayor parte de la oferta la conforman el seguro social y el sector privado, que tienen la libertad de organizarse sin seguir las fronteras políticas, y probablemente no existe ningún interés de descentralizarlos. Por ello, los sistemas estatales serán una minoría de la oferta en el largo plazo, y debe pensarse la forma en que pueden coordinarse con el seguro social y el sector privado, que seguirán siendo los proveedores dominantes.

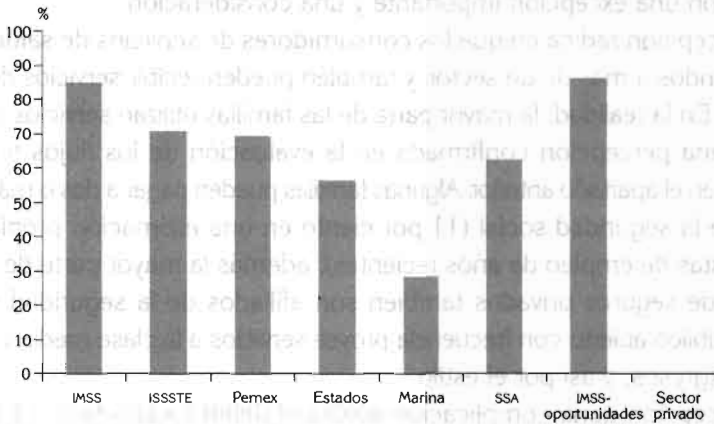
Siguiendo con la descripción de la oferta de párrafos anteriores, la gráfica 22 muestra que los médicos de la seguridad social proveen más consultas por día, y dentro del sector público abierto el programa IMSS-Oportunidades, operado por el IMSS, provee más consultas que el resto del sector público abierto. Esto motiva una pregunta acerca de la eficiencia relativa de diferentes proveedores. Más adelante hablaremos de la forma en que cada uno de estos tres agentes se organiza, pero por ahora mantenemos la atención a las estadísticas, y vemos en las gráficas 23 y 24 que el programa general de seguridad social (IMSS) opera con un nivel de ocupación hospitalaria del 85 por ciento, que para efectos prácticos significa que los hospitales se encuentran llenos la mayor parte del tiempo. El programa IMSS-Oportunidades tiene también tasas de ocupación muy elevadas, pero los programas de seguridad social especializados para trabajadores del gobierno, las fuerzas armadas y trabajadores petroleros tienen hospitales con baja ocupación. Los programas públicos abiertos tienen bajas tasas de ocupación y un bajo número de eventos por quirófano.

GRÁFICA 22
Consultas diarias por médico, 2001



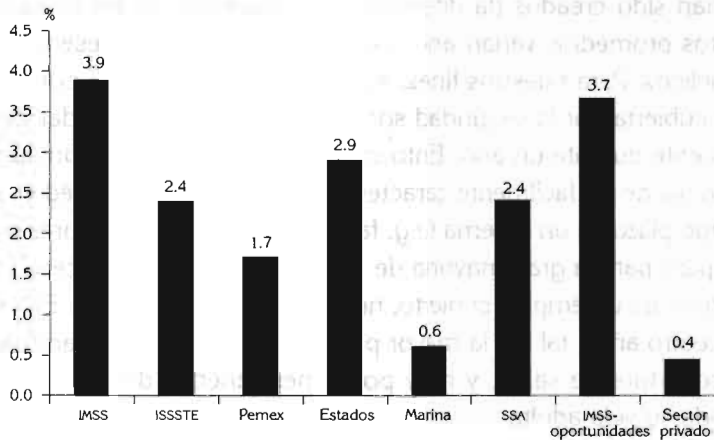
Fuente: *Boletín de Información Estadística*, Secretaría de Salud.

GRÁFICA 23
Ocupación hospitalaria por proveedor, 2001



Fuente: Boletín de Información Estadística, Secretaría de Salud.

GRÁFICA 24
Cirugías diarias por quirófano, 2001



Fuente: Boletín de Información Estadística, Secretaría de Salud.

Cómo funciona el sistema

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 (Secretaría de Salud, 2000), describe el SMS con base en tres “sistemas” dentro del sector salud: el sector público abierto, la seguridad social y el sector privado. Cada uno de ellos financiado con sus propias

fuentes, sus propios administradores de fondos, proveedores de servicios y consumidores.²⁸ Este mapa coincide aproximadamente con lo expuesto en el apartado anterior con una excepción importante y una consideración.

La excepción radica en que los consumidores de servicios de salud pueden proveer fondos a más de un sector, y también pueden recibir servicios de más de un sector. En la realidad, la mayor parte de las familias utilizan servicios del sector privado, una percepción confirmada en la evaluación de los flujos financieros contenida en el apartado anterior. Algunas familias pueden pagar a dos o más “subsistemas” de la seguridad social (11 por ciento en una estimación propia basada en encuestas de empleo de años recientes), además la mayor parte de los compradores de seguros privados también son afiliados de la seguridad social; el sistema público abierto con frecuencia provee servicios a la clase media y a grupos de altos ingresos, y así por el estilo.

La excepción gana complicación adicional debido a la rotación laboral. Se estima que un promedio de 17 por ciento de los empleos son “creados” y “destruidos” en la economía mexicana cada año (Kaplan *et al.*, 2001). Esto significa que de cada 100 empleos que están funcionando al 31 de diciembre de un año, un promedio de 17 ya no están en operación 12 meses después, y 17 a 20 nuevos empleos han sido creados (la diferencia es el crecimiento en el empleo agregado). Estos promedios varían año con año con la tasa de desempleo y otros factores cíclicos. Para nuestros fines, significa que al menos 17 por ciento de la población cubierta por la seguridad social está en riesgo de quedar descubierta temporalmente durante un año. Entonces, la “migración” de la población entre sectores no puede ser fácilmente caracterizada: algunos grupos pueden ser miembros de largo plazo de un sistema (*e.g.* familias indígenas muy pobres en pueblos aislados), pero para la gran mayoría de las familias existe un proceso intenso de movimiento entre un empleo cubierto, no cubierto y el desempleo. En un periodo de tres o cuatro años, tal vez la mayor parte de las familias han cambiado de estatus de cobertura de salud, y muy pocos permanecen dentro de un sistema durante toda su vida adulta.

La consideración a la división del SMS en tres subsistemas es que las funciones no siempre están bien definidas en la práctica, y la integración vertical es la regla en el sector público, permitiendo muy poca movilidad horizontal de fondos (a pesar de que los consumidores se mueven a su conveniencia). De ahí que también se aplique el término “silos” para describir a estos sistemas verticales. Hay “fondos”

²⁸El estudio de la OCDE (2005) también considera adecuada esta caracterización.

propriadamente definidos en pocos casos. Podemos pensar en un fondo en dos formas. Uno es como un conjunto de inversiones con flujos de entrada y de salida bien definidos para financiar los servicios. En esta primera acepción se puede decir que sólo el sector privado tiene fondos, y dentro del sector público, la seguridad social está más cerca de la definición. Pero los fondos de la seguridad social enfrentan una restricción presupuestal suave, con frecuencia toman recursos prestados (temporal o permanentemente) de otros fondos públicos (como son los de guarderías o pensiones), y no tienen una frontera bien definida en su relación con los prestadores de servicio (*e.g.* hospitales), quienes pueden acceder a los fondos a su discreción (es decir, sin control por el fondo). Un segundo concepto de fondo, más débil que el anterior, es como un conjunto de cuentas utilizadas para registrar los gastos de una actividad. Aun bajo este concepto más débil la frontera entre actividades operativas y financieras no siempre está bien definida. Por ejemplo, un estudio reciente intentó medir el costo de los servicios de un grupo de hospitales del sistema abierto, y encontró que en muchos de ellos las cuentas no estaban disponibles en el hospital porque los gastos se registran en una oficina central, como sucede por ejemplo con la nómina del personal (Martínez y Conesa, 2005).

Una deficiencia de la mayor parte (tal vez de todo) el sector público abierto es la falta de contabilidad financiera, debida probablemente a mantener estos hospitales y clínicas como parte de la administración pública central. Las operaciones de la seguridad social tienen una mejor estructura financiera (probablemente porque siempre ha funcionado como empresa paraestatal), pero aun ahí la separación de actividades no es clara aún internamente. No tener contabilidad financiera crea problemas, entre ellos la incapacidad de generar información por centro de costos, de evaluar la evolución del presupuesto a lo largo del tiempo y entre partes del sistema, de ligar información presupuestal y operativa, de operar sistemas para medir la actividad médica y el uso de recursos, y de conocer el costo del abasto de insumos médicos (ya que la información sobre inventarios es pobre).

Cómo se evalúa

La evaluación pública del SMS se hace sobre el sistema público, y se conoce poco sobre el funcionamiento de la parte privada (que como vimos, es la más grande en flujos de dinero). En la parte pública las agencias efectúan evaluaciones operativas (de cantidad y calidad de servicios ofrecidos) con base en indicadores que técnicamente se definen como “cocientes”. A riesgo de redundancia, estos son estadísticos que relacionan el valor de dos variables con el fin de comparar

unidades operativas o contra un estándar. Por un lado, estos indicadores pueden describir aspectos de funcionamiento del sistema, y en ese papel descriptivo pueden tener alguna utilidad. Cuando utilizados con fines de evaluación, su uso debería ser limitado. En los aspectos corporativos, tales como los financieros, presupuestales y de personal, las evaluaciones están a cargo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y de la Secretaría de la Función Pública (SFP), pero estas instancias se limitan a comentar las desviaciones presupuestales sin tener virtualmente ninguna implicación operativa.

El análisis de cocientes es invariablemente inconsistente. Un método que tiene fundamento directo en la teoría económica es el aplicado en la investigación de operaciones bajo el término “análisis de datos de la envolvente” (Data Envelopment Analysis, DEA). El DEA es una técnica de programación lineal basada en la medición de resultados relativos de las unidades de una organización, cuando la presencia de insumos y productos múltiples hace difícil la comparación.²⁹

Avanzar hacia un método correcto de evaluación (modernización no es la palabra aquí) es un esfuerzo que requiere una inversión inicial para planificar el desarrollo de base de datos e iniciar la capacitación de funcionarios en ese sentido. El costo de esto es muy bajo, pues las agencias y la SHCP ya gastan en hacer estas tareas; sólo se requiere reorientarlas. Los avances en tecnologías de la información (TI), en especial la capacidad contemporánea de manejar grandes bases de datos en línea y con una elevada velocidad de procesamiento, y el fundamento teórico sólido del DEA determinan que sea la mejor opción disponible. El DEA puede manejar modelos con múltiples insumos y productos, no requiere suponer formas funcionales que relacionen insumos y productos, permite la comparación de unidades operativas a nivel individual, los insumos y productos pueden tener unidades muy diferentes. Adoptar una metodología correcta no sólo daría una lógica adecuada a la evaluación (lo que es independiente de la TI), sino que permitiría al SMS evolucionar gradualmente al uso de mejores TI. Un proverbio alemán dice que un error viejo es más popular que una nueva verdad, y si bien la teoría económica de la producción no es tan nueva, el crecimiento en años recientes de su importancia como herramienta de valuación de la calidad en las industrias de servicio sugiere que el SMS puede ganar algo al adoptarla.

²⁹En el campo de investigación de operaciones, la referencia clásica a DEA es la de Charnes *et al.* (1978).

Cómo se financia

Los subsistemas del SMS obtienen recursos de formas diversas, correspondientes a sus formas de organización. La tabla 12 contiene un resumen de las formas en que cada subsistema recibe dinero. ¿Qué se ha hecho a las reglas de financiamiento en México para mejorar el desempeño del sistema? Durante los últimos 10 o 15 años, las iniciativas han tomado principalmente dos carriles. Uno es el carril de la relación entre el gobierno federal y los gobiernos estatales, y el otro es el tamaño y estructura de las transferencias federales al seguro social.

TABLA 12
Impuestos y otras formas de generar ingresos para el SMS

	¿Hay un plan prepagado?	Transferencias adicionales del gobierno	Tarifas al usuario
Sector público abierto.	No en general. El nuevo Seguro Popular busca prepago voluntario, incentivos federales a gobiernos estatales para promover el nuevo plan.	La mayor parte del presupuesto proviene de transferencias federales. Estados más ricos y algunos otros también proveen recursos significativos.	Tarifas de uso bajas, gratis en gran parte del sistema.
Seguridad social.	Sí, todas las contribuciones de usuarios por medio de prepago obligatorio en la forma de impuestos a la nómina.	Obligatorias por ley, aproximadamente 30 por ciento del presupuesto.	No hay tarifas por uso, provee cuidado ambulatorio y hospitalario, servicios de diagnóstico, así como medicamentos.
Sector privado.	Sí, participación voluntaria en el gasto total y pequeña de planes prepagados en el total.	Deducción de impuestos de los gastos en salud y del gasto en seguros por empleadores; desde 2003, el gasto privado en seguros de salud por individuos también es deducible.	Deducibles y copagos en planes prepagados, la mayor parte del gasto es de bolsillo.

Para la seguridad social, entre 1989 y 1993 el gobierno intentó una estrategia de elevar los impuestos a la nómina. Durante el periodo 1989-1996 la afiliación al IMSS se estancó en términos absolutos y disminuyó con relación al tamaño de la fuerza de trabajo, a pesar de que hubo un gran crecimiento del empleo. Las ganancias de elevar los impuestos tuvieron una vida corta. En 1995, el Congreso apoyó la reestructuración de las reglas de contribución, la cual entró en vigor en 1997, disminuyendo las tasas promedio y marginales de impuestos a la nómina, e incrementando las transferencias del gobierno federal. Para mejorar el financiamiento del sistema de salud, el gobierno necesita utilizar otros impuestos, y en

el sistema fiscal mexicano el impuesto con el mejor desempeño de largo plazo es el impuesto al valor agregado (IVA). El gobierno federal ha propuesto incrementar las tasas del IVA, y dado el gran tamaño del seguro social en el presupuesto federal, podemos interpretar ese movimiento en la estructura del seguro de salud como una política para disminuir los impuestos a la nómina y compensarlos con un mayor IVA.

La relación entre los gobiernos estatales y el gobierno federal en salud ha cambiado como resultado del movimiento político hacia la descentralización, el cual fue acelerado por el creciente nivel de competencia política en los noventa.³⁰ Esto ha llevado a transferir recursos financieros, humanos y operativos de la oficina federal de salud hacia las autoridades estatales. Esto no implica necesariamente un cambio en la estructura de los impuestos que financian el gasto público en salud, pero en la práctica ha significado un mayor incentivo a los estados para presionar al Congreso por transferencias del gobierno federal a los estados. Aun cuando el Congreso ha votado en contra de iniciativas del Ejecutivo para lograr el incremento al IVA, en el futuro la presión de los gastos en salud sobre los presupuestos estatales será crecientemente importante para determinar un cambio en el voto del Congreso a favor de un mayor IVA. Una decisión clave en ese momento, cuando se aumente el IVA, será la forma en que se permitirá que esos recursos fluyan al sector salud. Una opción será que todo se dedique a elevar el presupuesto del sector público distinto a la seguridad social, lo que mantendrá la integración vertical del sistema y difícilmente servirá para acomodar el crecimiento de la demanda y del gasto de las familias. Otra opción será que esos recursos fluyan hacia todos los proveedores mediante mecanismos innovadores de financiamiento, de los cuales podrá haber dos principales. El primero será aplicable a todos los hogares que paguen impuestos, ya sea ISR, IVA o contribuciones al seguro social; a estos hogares se les podrá permitir compensar impuestos con gasto en salud, preferentemente mediante un marco regulatorio que favorezca a los planes de salud administrada. El segundo mecanismo consistirá en el financiamiento federal a tratamientos costosos, para disminuir el riesgo de las familias y de los planes de salud administrada. De este segundo mecanismo, la administración Fox tuvo un avance al crear el “fondo para enfermedades catastróficas” dentro de la Ley General de Salud, pero será necesario un esfuerzo mucho más

³⁰ Andersson *et al.* (1997) y Auerbach *et al.* (1997) contienen discusiones útiles sobre los temas de descentralización y financiamiento de programas sociales, así como análisis a nivel de país y estado.

ambicioso, que cubra a todos los proveedores y familias. El financiamiento en realidad no deberá ser para catástrofes, sino para tratamientos de alto costo.

En una situación de *statu quo* prevalecerá la primera opción: los recursos fiscales para gasto público servirán para atender cada vez a una proporción menor de familias con servicios de menor calidad. Los escenarios numéricos del siguiente apartado, sumados a un supuesto de dificultades políticas para elevar el IVA y dedicarlo a la seguridad social (dos pasos separados, de manera que el primero no garantiza el segundo) señalan a que este es el escenario más probable para las próximas décadas.

PROYECCIONES CUANTITATIVAS DEL GASTO EN SALUD

Proyecciones

El uso de modelos cuantitativos para medir la conducta de los sistemas sociales es limitado por la complejidad del mundo real. El conocimiento sobre los determinantes de la demanda y los costos de la industria de la salud es relativamente limitado, lo que dificulta la construcción de modelos. Aún en países desarrollados, el conocimiento disponible para predecir gastos de salud, costos e ingresos no es tan extenso como lo es para otras funciones del Estado de bienestar, y los métodos son con frecuencia *ad hoc*. Parte de la explicación de esta deficiencia radica en la complejidad inherente a pronosticar el avance del progreso tecnológico, el cual parece ser el principal motor del costo en el sector salud. Sin embargo, las tecnologías existentes en la econometría y en la ciencia actuarial no se aplican para muchas instancias en las cuales podrían ser útiles para entender las tendencias en este sector. En particular, si bien es experimental y limitado el conocimiento que tenemos para modelar el cambio tecnológico en una forma útil para fines de política, al menos es posible evaluar el potencial de crecimiento de la demanda mediante modelos que consideran los valores probables de la elasticidad ingreso de la demanda por servicios de salud.

Hay dos proyecciones conocidas del gasto en salud a mediano plazo. Una es la elaborada por la OCDE (2005) y la otra por Segundo Tascón y resumida en Martínez y Conesa (2005). Ambas proyecciones tienen una estructura similar del lado de gasto, dividiendo a la población y a la oferta entre cuatro sectores: seguridad social en general, seguridad social para empleados del gobierno, grupos asegurados diferentes a la seguridad social, y los no asegurados. Ambos estudios proyectan el gasto en salud en forma *ad hoc* de acuerdo con supuestos demográ-

ficos y de crecimiento del gasto por grupo de edad y sexo. La segunda estimación tiene como ventajas proyectar también los ingresos del sector y evaluar escenarios de movilidad de las familias entre sectores, y es el que utilizamos para el análisis en el resto del apartado.

Este modelo se basa en la demografía real de estos grupos en 2000, e incluye restricciones demográficas bien especificadas: cada sector evoluciona con base en supuestos de fertilidad específica y tasas de mortalidad por grupo de edad, y se permite la migración entre sectores. La fecundidad y la mortalidad son exógenas, pero la migración es una variable de control para construir escenarios de movilidad laboral. Cada sector se asocia también a funciones de gastos y de aportaciones específicos al grupo de edad, las cuales son calibradas utilizando información empírica para empatar los gastos totales del año base, y evolucionar de acuerdo con supuestos de crecimiento de los costos médicos, así como a los ingresos por transferencias del gobierno por grupo de edad y sexo. El modelo parte de un mapa de gastos en salud, el cual se muestra en la tabla 13; este gasto se descompone con las funciones de gasto antes mencionadas, y los supuestos demográficos y de crecimiento en costo producen los pronósticos de gasto futuro.

TABLA 13
Mapa del flujo de gasto en salud

	Millones de pesos	Miles de millones de dólares	Porcentaje del gasto nacional	Porcentaje del gasto público
IMSS	105,860	10.59	25.28	53.63
ISSSTE	16,757	1.68	4.00	8.49
Otros seguros públicos y privados	14,914	1.49	3.56	7.55
No asegurados	59,875	5.99	14.30	30.33
Federal (Secretaría de Salud)	19,156	1.92	4.57	9.70
Participación estatal en ingresos federales	31,163	3.12	7.44	15.79
Contribuciones estatales	9,556	0.96	2.28	4.84
Gasto privado	221,384	22.14	52.86	112.15
Gasto público	197,405	19.74	47.14	100.00
Gastos nacionales	418,789	41.88	100.00	212.15
PIB en 2003	6'595,600	659.56		
Gasto público en salud/PIB	2.99			
Gasto total en salud/PIB	6.35			

Nota: El gasto público total puede obtenerse como la suma de las primeras cuatro líneas. El gasto privado es una cantidad estimada, utilizando encuestas de hogares. El renglón "No asegurado" es la suma de las tres líneas que lo siguen. IMSS e ISSSTE son parte de la seguridad social.

Fuente: Martínez y Conesa, 2005.

Utilizando supuestos sobre el crecimiento de la población y de los salarios que son básicamente los utilizados en estudios actuariales del sistema de pensiones del IMSS, más supuestos sobre las tasas de crecimiento de los costos médicos, podemos obtener proyecciones de tamaño de la población que se espera que se afilie a cada sector. La principal conclusión es que en cualquier escenario, el sector salud necesitará incrementar sus ingresos de forma sustancial en todos sus segmentos para enfrentar los gastos proyectados.

En un escenario optimista pero poco realista, se requeriría generar flujos equivalentes a 0.12 por ciento del PIB para financiar al SMS, ya que se llegaría hacia el 2023 aproximadamente a 20,528 millones de déficit (esta cifra se interpreta como déficit adicional (véase tabla 14).

TABLA 14
Resultados financieros del SMS en un escenario optimista, 2003-2023

Año	Déficit en millones de pesos	Tasas de crecimiento			Déficit		
		Salario (%)	Asegurados (%)	PIB (%)	Porcentaje del PIB (%)	Porcentaje de los Ingresos	Porcentaje persona
2003	4,615	7.87	0.00		0.07	2.4	44
2004	4,173	2.01	2.00		0.06	2.1	40
2005	3,861	1.54	1.95		0.05	1.9	36
2010	4,202	1.46	1.63	4.76	0.04	1.9	38
2015	7,587	1.35	1.00	4.00	0.06	3.3	65
2020	14,465	1.84	0.77	4.27	0.09	6.0	120
2023	20,528	1.36	0.66	3.67	0.12	8.3	167

Nota: el valor presente se calcula a una tasa del 3.5 por ciento anual.

Fuente: Martínez y Conesa, 2005.

Este modelo se puede utilizar para simular el efecto de tendencias que parecen haber tomado su rumbo en la sociedad: aparentemente personas pertenecientes a grupos medios de edad han estado en el sector asegurado desde la juventud y optan por salir hacia el sector no asegurado, probablemente para eludir los impuestos, porque han resuelto un problema de financiamiento para poner un negocio propio o porque los beneficios ofrecidos por la seguridad social se perciben como poco valiosos en comparación con las contribuciones pagadas, tal vez por una combinación de todos esos factores. Este efecto de mayor informalidad de la fuerza de trabajo al aumentar la edad se presenta en países de todos los niveles de desarrollo en diferentes regiones del mundo (Blanchflower, 2004; CISS, 2004;

muestran evidencia adicional de esta tendencia en muchos países y en particular en México). También parece que las personas que se aproximan a la edad de retiro tienden a regresar a trabajos cubiertos por la seguridad social para completar los requisitos para obtener una pensión y tener derecho a los gastos médicos para pensionados. Cuando se simulan estas tendencias, se obtiene un déficit mayor para la seguridad social, pero los resultados no son diferentes en forma importante. Es decir, el IMSS no va a caer en problemas sustancialmente mayores por aceptar a personas con padecimientos preexistentes o por el crecimiento de la economía informal. La gran diferencia se da cuando se considera la posibilidad de que el gasto por persona aumente como consecuencia de la adopción de nuevas tecnologías, sustentada en el mayor ingreso de las familias. En ese caso, el déficit del SMS llega aproximadamente a 400,000 millones, en lugar de los 20,528 millones que muestra la tabla 14 y hacia 2023 eso representa un déficit adicional de 2.1 por ciento del PIB (promedio de 1.2 por ciento en las dos décadas).

A continuación exponemos una estimación alternativa muy gruesa del gasto futuro en salud, pero que tiene la ventaja de basarse en un modelo de demanda por gastos de salud. Este enfoque es más económico y se basa en la idea de que la menor mortalidad refleja el mayor gasto en salud, el cual se determina por el deseo de las personas de vivir mejor y durante más tiempo. Cuando su ingreso se eleva, las sociedades (o personas) más pobres gastan una parte en salud, y conforme ganan más, esa proporción crece, llegando un momento en el que el gasto en salud crece más en proporción que el ingreso. La intuición es que cuando la sociedad (o persona) es suficientemente rica, ya ha cubierto sus necesidades de alimentación, vivienda, y otros bienes y servicios en forma cercana a la saciedad, y entonces está dispuesta a dedicar mucho de su riqueza adicional a ser más sana y a vivir más.

Los esfuerzos de la teoría económica para responder a esa pregunta se basan en las valuaciones estadísticas de la vida (VEV) con base en la teoría de las diferencias equalizadoras (Rosen, 1986). Dos estudios recientes siguiendo esta metodología son las de Hall y Jones (2004), y Becker, Philipson y Soares (2005). A partir de un modelo económico bien especificado, este enfoque sirve para calcular la elasticidad ingreso de la demanda por servicios de salud y el valor de las mejoras en la calidad de vida por el mejor estatus de salud.

Este tipo de modelos utiliza métodos de programación dinámica para su solución. De las condiciones para optimización del bienestar con base en el gasto en consumo de bienes y servicios en general, y en servicios de salud se obtienen expresiones para el VEV. Dos de estas expresiones son las siguientes:

Fórmula para valorar un incremento en el número de personas vivas

Valor social de tener una persona viva adicional mañana	más	Valor de la calidad de vida adicional disfrutada hoy como consecuencia del mayor gasto en servicios de salud
	es igual a	Costo marginal de salvar una vida hoy
Valuación del consumo en bienes y servicios (hoy)	más	Valor social de tener una persona viva adicional mañana (descontado subjetiva y financieramente por el costo del tiempo)
	más	Costo sobre los recursos de la sociedad del consumo de la persona adicional hoy
	es igual a	Valor social de una vida (VEV hoy)

En estos modelos el costo de salvar una vida y la calidad de vida son una función del gasto en salud, por lo cual estos modelos generan una elasticidad ingreso de la demanda por servicios de salud. Esta elasticidad es pequeña cuando los niveles de ingreso son bajos porque las familias prefieren gastar ingresos adicionales en consumir otros bienes, pero conforme se hacen más ricas, están dispuestas a dedicar recursos a disminuir la mortandad, en parte porque vivir más tiempo es en sí mismo un evento valioso, y en parte porque al mejorar la calidad de vida también se eleva el valor de la vida futura. En los modelos, esto significa que al elevarse el nivel de riqueza, la elasticidad ingreso de la demanda por salud se eleva, eventualmente es mayor a la unidad y durante un largo periodo crece la participación del gasto en salud en el total. Alternativamente, familias o países más pobres ven crecer lentamente su gasto en salud, posiblemente a un ritmo incluso inferior al crecimiento del gasto total, pero eventualmente el crecimiento de ese componente se acelera.

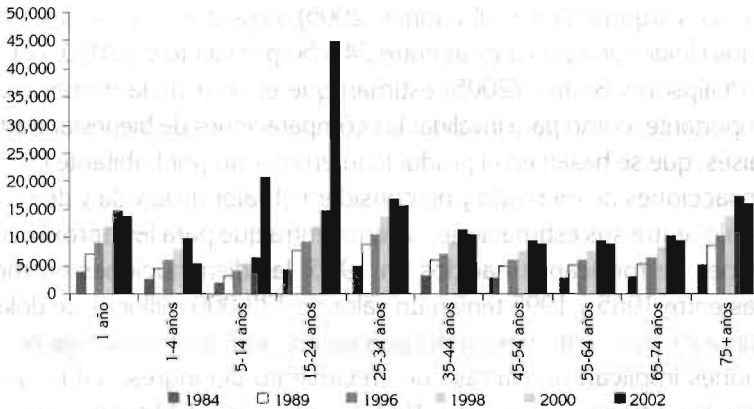
Con estos argumentos, Hall y Jones (2005) proyectan que los gastos en salud en Estados Unidos llegarán a estar entre 34 y 50 por ciento en 2050. Por su parte, Becker, Philipson y Soares (2005) estiman que el valor de la menor mortandad es tan importante, como para invalidar las comparaciones de bienestar tradicionales entre países, que se basan en el producto interno bruto por habitante (el cual mide sólo transacciones de mercado y no considera el valor de la vida y de su calidad). Por ejemplo, entre sus estimaciones se encuentra que para los aproximadamente 2.3 millones de mexicanos nacidos en 1995, las disminuciones en mortalidad obtenidas entre 1965 y 1995 tenían un valor de 133,000 millones de dólares, que equivalían a 27 por ciento del PIB del país en ese año. En forma más general, sus estimaciones implican que la tasa de crecimiento del ingreso en los países desarrollados fue 140 por ciento entre 1965 y 1995, y no el 114 por ciento que indicarían las cifras de PIB; para los países en vías de desarrollo el impacto es aún

mayor, ya que el crecimiento del PIB fue 137 por ciento, pero al considerar las ganancias en bienestar por menor mortandad la cifra aumenta a 192 por ciento. Para México, las estimaciones señalan a crecimientos de 75 y 143 por ciento; es decir, el crecimiento de la economía mexicana entre 1965 y 1995 fue del doble de lo que señalan los cálculos basados en transacciones de mercado.

El punto básico para nuestros fines es que la regulación vigente del SMS no será capaz de acomodar en forma satisfactoria el gran incremento que se dará en el gasto. El mayor componente de la provisión lo constituye la seguridad social, que se financia con impuestos al salario, los cuales difícilmente se podrán elevar por razones discutidas en otro apartado. La oferta pública en general está dividida en silos y es difícil asegurar que se logren los cambios políticos para flexibilizar a las burocracias de cada institución. En ese marco, el escenario más probable es el de un crecimiento aún mayor del gasto privado.

Del mismo modelo, aprovechamos para presentar la gráfica 25, la cual muestra una estimación del “valor de salvar una vida” a lo largo de las últimas décadas para diferentes grupos de edad (Hall y Jones, 2005). Estas cifras se derivan de combinar la disminución en mortalidad con los gastos en salud y en consumo en general: al hacerse más rica, la sociedad gasta más en salud para obtener una misma disminución en mortalidad, lo que se refleja en la tendencia creciente en el valor de salvar una vida para personas de todas las edades. Análogamente, una sociedad es más rica usualmente porque tiene más capital humano, lo que eleva el valor de salvar una vida.

GRÁFICA 25
Valor de salvar una vida entre 1989 y 2002, Estados Unidos



Fuente: Hall y Jones, 2005.

Cómo interpretar el déficit

¿Es el déficit del sector salud público un pasivo del gobierno? Esta es la visión presentada por el IMSS en su informe al Congreso (IMSS, 2003). Para el caso de los beneficios de pensión que paga la seguridad social, el *Manual sobre Estadísticas Financieras de los Gobiernos* del Fondo Monetario Internacional (IMF, 2002) propone que no sean contabilizados como deuda los déficits actuariales proyectados, pues su pago no representa una obligación contractual para los gobiernos. No es difícil estar en desacuerdo con el fondo pues suspender el pago de pensiones es una de las acciones realmente difíciles de hacer para los gobiernos contemporáneos, y el criterio de no registrar esas obligaciones distorsiona fuertemente las cuentas públicas. ¿Es lo mismo cierto para el gasto en salud?

Para responder esa pregunta, es útil distinguir entre dos aspectos en los cuales difieren los modelos actuariales para pensiones y el modelo para salud cuyos resultados se muestran aquí. Los modelos de pensiones usualmente suponen un beneficio monetario, y las principales fuentes de error son la variación futura en las tablas de supervivencia y retiro, y los cambios en la legislación y en las variables macroeconómicas (principalmente la inflación y las tasas de interés). La primera diferencia es que para el modelo de salud en esta sección el principal motor del déficit es el patrón supuesto de costos futuros de procedimientos médicos y de medicamentos, los cuales se determinan principalmente por el cambio tecnológico (pues eso es lo que ha sucedido en las últimas décadas). La segunda diferencia es que la obligación de los gobiernos de proveer servicios de salud no está tan claramente definida como en el caso de las pensiones, y a diferencia del caso de pensiones, este modelo acepta desarrollos sociales y económicos consistentes con el crecimiento del gasto nacional sin generar gasto público. Específicamente, el crecimiento del gasto privado es elevado, y un posible escenario tiene al sector público en un declive gradual, con las familias acudiendo en forma creciente y es paulatinamente mayor a los canales privados de financiamiento y provisión. El crecimiento del gasto público en el largo plazo está restringido por el crecimiento de los salarios, y siendo la salud un bien superior (o al menos normal), en ausencia de reformas para hacer a los proveedores públicos más eficientes y orientados al consumidor, la pregunta relevante puede no ser cómo financiará el déficit de las instituciones públicas, sino cómo facilitar el crecimiento ordenado del sector privado.

Persistencia de la enfermedad, organización para enfrentar el riesgo y portabilidad

Cualquiera de las propuestas de política mencionadas más adelante requiere de estimaciones de costo fiscal, y éstas dependen de una cantidad difícil de medir y más aún de proyectar, que es la demanda y los costos de los servicios de salud. Además de los problemas generales anteriormente mencionados, anticipar el crecimiento agregado del gasto simplemente al ritmo de la inflación puede llevar a errores importantes. La demanda crece principalmente por el mayor ingreso de la población y por el envejecimiento. Los costos crecen principalmente por el cambio tecnológico.

El tema principal es el de los costos de salud, ya que el cambio tecnológico ha determinado la mayor parte de la variabilidad de los mismos y define la presión sobre el gasto público y las finanzas de las familias. Berndt, Cockburn, Cocks, Epstein y Griliches (en Garber, 1998), muestran que la inflación de los medicamentos es similar para la población vieja y para la no vieja, en un punto temprano de la cadena de distribución, pero a lo largo de la cadena aparecen diferencias importantes para ciertas clases de medicinas. Encuentran, por ejemplo, que una regla de política que se basara en la inflación general de los medicamentos, hubiera beneficiado en los noventa a los usuarios de antidepresivos, pero hubiera beneficiado a los usuarios de antibióticos.

En México, la inflación de medicamentos ha sido sustancialmente superior a la de bienes al consumidor en general desde los noventa. De 1990 a 1995, la inflación en medicamentos fue más del doble que la general, y el mayor crecimiento se dio tanto antes como después de la devaluación de 1994-1995. Los servicios médicos se habían encarecido en la primera parte de la década, con alta probabilidad por el fuerte incremento en salarios que documentaremos más adelante, pero por la misma razón bajaron en el segundo lustro de la década, al caer los salarios reales. En cambio, los precios de los medicamentos pueden mostrar un crecimiento que parece excesivo por la relajación de los controles de precio en la segunda parte de los noventa.

La heterogeneidad de tratamientos, el rápido cambio tecnológico y la diversidad de necesidades de la población hace difícil definir reglas simples para canalizar el financiamiento público. A la fecha, ninguna institución pública en México cuenta con capacidad para medir la inflación de sus precios o el costo por diagnóstico, lo que seguramente complica un problema de por sí difícil.

El gobierno corre el riesgo de proyectar cierto nivel de costo fiscal y de gasto a partir de esas cuentas, y encontrar en algunos años una presión por insuficiencia de los recursos para financiar el gasto. Las aseguradoras privadas resuelven este problema trabajando con poblaciones cerradas, es decir, seleccionando a sus clientes y ajustando beneficios; si se encarece la medicina, le elevan la prima al cliente. Esa opción no está disponible al sector público.

Cualquier sistema que permita a los particulares financiar su propio seguro en el mediano plazo, pero regresar a las instituciones públicas en caso de agravamiento, está condenada a afectar las finanzas de las segundas. En este contexto, es crítico el problema de definir la persistencia de las enfermedades y su tratamiento por la regulación. Similarmente, las propuestas para impulsar la prestación indirecta de servicios deben atender este asunto. Garber, MaCurdy, y McClellan (en Garber, 1998), muestran que el cálculo del costo de la persistencia de la enfermedad no es simple. En ocasiones, pacientes de alto costo mueren rápidamente y en otros casos permanecen vivos por varios años, con frecuencia con complicaciones que no son fáciles de ligar “técnicamente” a la enfermedad original.

Otra dificultad en planear el costo del sistema de protección es que el costo parece depender de la forma de organización. Los principales eventos en la evolución del financiamiento a la salud en Estados Unidos durante los noventa son los siguientes: crecimiento de planes con fines de lucro y disminución de planes sin fines de lucro, evolución de modelos integrados verticalmente hacia modelos de integración virtual vía redes, consolidación vía fusiones y adquisiciones, participación de costos y evolución a sistemas capitados en el cuidado primario (Gabel, 1997). ¿Cómo se compara esto con la evolución en México? En México, la provisión pública se da por planes sin fines de lucro, pero a diferencia de Estados Unidos, la provisión es por grandes organismos integrados, lo que facilita el desarrollo de redes de atención y hace más fácil la adopción de sistemas capitados en organismos grandes y zonas urbanas también grandes. Bajo esta perspectiva, las instituciones de salud (principalmente los grandes institutos de seguridad social), tienen más capacidad de evolucionar a una organización moderna si abandonan su visión de simples monopolios estatales.³¹ Sin embargo, la organización actual establece restricciones a la provisión de servicios a personas que participan en otros sistemas, lo cual reduce la eficiencia del sistema en forma innecesaria. Así, por ejemplo, el asegurado de un sistema (digamos, el ISSSTE) no puede ser atendido en un hospital de otro sistema (digamos, el IMSS o un ISSTE estatal).

³¹ Inclusive, en salud, a diferencia del caso de energía, el Estado mexicano nunca ha tenido un monopolio legal en sentido estricto, sino sólo un control sobre una gran parte del financiamiento.

Los problemas de medición del crecimiento del costo y de la persistencia de la enfermedad derivan en un problema regulatorio que ha demostrado ser de solución complicada: cómo garantizar la portabilidad de derechos. Es decir, cómo permitir a una persona migrar de un sistema a otro sin que ello implique pérdida de derechos de aseguramiento. Será difícil mejorar el marco para el financiamiento a enfermedades de alto costo y duración, como son el SIDA o los padecimientos renales de no atenderse este problema. La razón es que los sistemas existentes (incluyendo a los públicos) tienden a rechazar a estos enfermos, pero por otro lado es con frecuencia inoperante una política de rechazo abierto por presiones sociales o por la dificultad de medir la persistencia de la enfermedad (es decir, su preexistencia o su correlación con otros diagnósticos).

EL RETO DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

En opinión del economista británico Nicholas Barr (2000), la variable clave en una reforma de pensiones es el gobierno efectivo, mientras que los temas de diseño financiero son de importancia secundaria. Para la política de salud la observación puede ser aún más importante. Sabemos de sistemas de salud bien administrados, y de otros que han corrido graves problemas debido a la pésima administración. Las estructuras de la seguridad social que integran funciones de pensiones y servicios de salud pueden ser un campo particularmente fértil para el amiguismo, debido a que el uso de los fondos de pensiones para actividades políticas o a sostener una operación ineficiente es factible por un largo tiempo antes de que los beneficios se hagan exigibles. El sistema de salud es por su naturaleza un espacio para el contacto diario entre el ciudadano y las instituciones, por lo que es un campo político sensible. Adicionalmente, las instituciones de salud pública pueden enfrentar los problemas generales de las corporaciones estatales, es decir, restricciones presupuestales suaves, uso excesivo de mecanismos de supervisión, falta de instrumentos de gobernabilidad bien definidos, y visión miope de administradores con términos definidos políticamente.

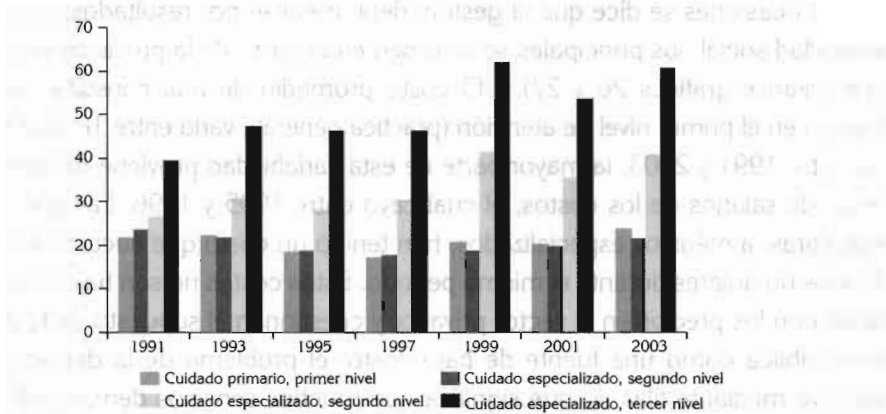
El SMS está compuesto en su lado público por instituciones creadas principalmente en los cuarenta y los cincuenta. El crecimiento fue sustancial en los sesenta, los setenta y aún en los ochenta, pero en los noventa se hizo evidente que el costo de expandir aún más estas instituciones públicas no se puede resolver de una forma sencilla. Las instituciones de seguridad social se estancaron después de haber sido el principal vehículo de crecimiento en décadas anteriores. Los programas públicos

abiertos no crecieron más rápido que la seguridad social, y el sector privado comenzó a recibir más de la demanda por servicios.

En ocasiones se dice que la gestión debe medirse por resultados, y para la seguridad social, los principales se resumen en el costo de la provisión de servicios (veáanse gráficas 26 y 27).³² El costo promedio de una consulta con un médico en el primer nivel de atención (práctica general), varió entre 18 y 22 dólares entre 1991 y 2003; la mayor parte de esta variabilidad proviene del componente de salarios de los costos, el cual cayó entre 1995 y 1996. Las consultas más caras, a médicos especializados, han tenido un costo que fluctuó entre los 40 y los 60 dólares durante el mismo periodo. Estos costos no son bajos comparados con los precios en el sector privado, y cuestionan el supuesto de la provisión pública como una fuente de bajo costo: el problema de la demanda se resuelve mediante filas, lo que significa que muchos servicios demandados no son entregados nunca. Algunas veces las colas son vistas como un mecanismo efectivo de suavizar la variación en la demanda y disminuir los costos promedio, debido a que los costos marginales en el sector salud son más estables a lo largo del tiempo que las fluctuaciones de la demanda. Por ejemplo, la mayor parte de los procedimientos son electivos o al menos pueden ser cambiados de fecha sin imponer un costo de dolor significativo para el paciente, por lo cual la demanda es mayor en ciertos días, meses y horarios por conveniencia de los pacientes. Un sistema de filas puede redistribuir la demanda sin utilizar el precio como instrumento (una restricción para el sector público, ya que aun si se introducen copagos y deducibles, es poco probable que éstos alcancen los niveles requeridos para evitar el racionamiento por cantidades). Sin embargo bajo una oferta monopólica pública, el resultado puede ser de racionamiento sin disminuir el costo: para un hospital público el objetivo del racionamiento no es ampliar la oferta de atenciones, sino disminuir el esfuerzo, aun si se tienen costos medios elevados. Es decir, en un sistema competitivo el racionamiento juega el papel de redistribuir la demanda para bajar el costo marginal promedio de cada atención (y en consecuencia el costo promedio total), mientras que en un sistema monopólico el racionamiento es una forma de restringir la oferta.

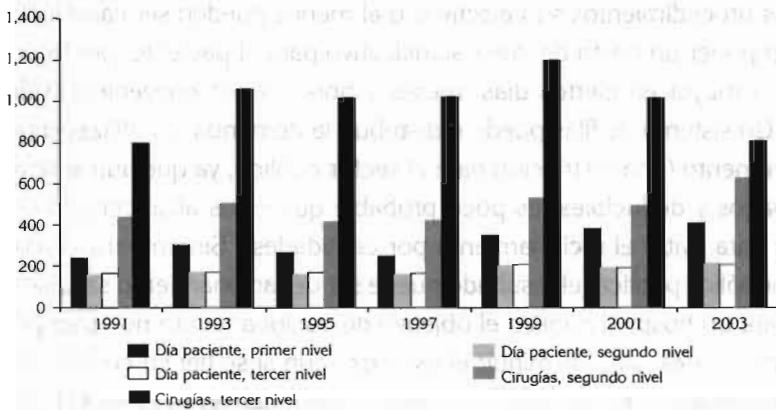
³²La medición de costos unitarios promedio en el sector salud no es simple por la heterogeneidad de los servicios. Sin embargo, el IMSS ha aplicado la misma metodología durante todo el periodo, por lo cual las cifras mostradas son consistentes. Las cifras mostradas corresponden a una distribución de los gastos totales, por lo cual son una medición correcta del costo promedio; si se lograra una mejor medición de costos unitarios (e.g. por GRD), el costo ponderado promedio sería el mismo.

GRÁFICA 26
Costos unitarios de las consultas, IMSS 1991-2003



Fuente: Boletín de Información Estadística, Secretaría de Salud.

GRÁFICA 27
Costos unitarios de cirugías y días paciente de hospital, IMSS 1991-2003



Fuente: Boletín de Información Estadística, Secretaría de Salud.

La seguridad social ha efectuado varias propuestas durante los últimos 10 años para mejorar el desempeño y disminuir los costos. En algunas áreas se pueden reportar avances. Por ejemplo el IMSS está enfrentando activamente el problema de sus pasivos laborales que lo ha afectado por un largo tiempo. La principal obligación del IMSS es un contrato colectivo cuyo costo se estima conservadoramente en 17 puntos porcentuales por arriba del costo de trabajo similar en el resto del

país, solamente por componente de pensiones, más probablemente otros 20 puntos porcentuales por el resto del contrato (reglas de antigüedad, horas cortas de trabajo, vacaciones, falta de supervisión).³³ Al ser un proveedor de alto costo, el IMSS es un candidato improbable para acomodar un gran crecimiento futuro del aseguramiento: es difícil que las familias acepten más impuestos para alimentar los beneficios de la administración, y aun si el gobierno logra elevar los ingresos del IMSS, una parte grande no logrará ampliar la oferta (por los altos costos medios).

Otros organismos de seguridad social enfrentan problemas similares. En algunos casos, se han logrado reformas para disminuir el costo de largo plazo, pero éstas son de un peso relativamente pequeño, si bien de gran importancia para el plan específico, como son los casos de las logradadas en los institutos de seguridad social de Guanajuato y del Estado de México (ambos casos reformados en 2002; en Guanajuato no se proveen servicios de salud mediante el Instituto de Seguridad Social de Guanajuato, sólo pensiones). El IMSS mismo ha intentado reformas, pero aún en las evaluaciones más optimistas, las disminuciones de costo tomarán un largo tiempo en tener efectos, debido a que se conservan los derechos de los trabajadores antiguos, y el tiempo de reemplazo es mucho más largo que lo requerido para lograr una expansión de la oferta en, digamos, las próximas dos décadas.

El IMSS no ha sido mucho más exitoso en reformar los servicios, aun manteniendo el mismo costo laboral. Entre las iniciativas de reforma, dos conjuntos de especial importancia se relacionan con la medicina de familia y los hospitales.

La medicina familiar o primer nivel de atención es provista por el IMSS mediante clínicas denominadas unidades de medicina familiar (UMF), que pueden ser pequeñas (uno o dos consultorios en el inmueble), pero con mayor frecuencia son grandes (cinco, 10 o hasta 60 consultorios trabajando dos turnos). El sistema es caro e inflexible. Por ejemplo, los pacientes pueden ver a un médico solamente en horas de oficina y días de trabajo entre semana, los médicos tienen una relación débil con el paciente y pocos incentivos para proveer esfuerzo adicional, tienen incentivos para enviar a los pacientes a los hospitales para evitar responsabilidades y

³³ El Congreso aprobó en 2004 una reforma a la Ley del Seguro Social para modificar el RJP, pero sus resultados son inciertos pues depende de acciones administrativas que la ley no acota. Específicamente, la reforma no modificó las edades de jubilación, tasas de contribución al plan, ni otras cantidades que afectan los ingresos y beneficios del mismo. Simplemente establece que no se podrán utilizar recursos de las cuotas de empleados y empleadores para pagar beneficios a trabajadores. Interpretada literalmente, esto significa que no se pagará una pensión más de RJP, por lo cual la reforma incluyó disposiciones transitorias para pagar las pensiones de trabajadores en fechas previas. Eso podría significar que el RJP dejó de estar en vigor al siguiente día de la reforma, pero eso tampoco es claro, pues el contrato colectivo del IMSS sigue en vigor. Aparentemente, esta reforma dependerá de la interpretación que se haga, la cual se dará en la mesa de negociaciones colectivas y no en un tribunal.

esfuerzo, el trabajo en equipo no es permitido sino que se funciona con base en una jerarquía, y los médicos de especialidades no participan en este nivel. Estos problemas resultan en un exceso de demanda por los servicios de emergencia y los hospitales, y en menor calidad de servicio. Los servicios de apoyo también son provistos con falta de flexibilidad, debido a que el concepto de UMF, diseñado en los setenta y antes, incluye modelos estándar de equipo de laboratorio y diagnóstico y no se adapta a las formas actuales de organización. Por ejemplo, el mercado de pruebas de laboratorio ha evolucionado sustancialmente debido a economías de escala que promueven la concentración de la producción, al recolectar muestras de muchas unidades descentralizadas, pero el IMSS ha sido incapaz de avanzar en esa dirección. Los médicos de primer nivel tienen acceso limitado a recursos de cómputo y comunicaciones (hasta 1993 las reglas internas impedían la adquisición de computadoras personales), y las iniciativas de promover el uso de expedientes clínicos electrónicos apenas están dejando en 2005 el estatus de piloto (el mismo estatus que en 1995). Otra muestra de la inflexibilidad está en que el personal requerido para que funcione un consultorio de primer nivel es de 20 trabajadores. Dos de ellos son médicos titulares, mientras que el resto son reemplazos, asistentes, enfermeras, secretarías, asistentes, personal de limpieza, personal administrativo y jefes. Ante la diversidad de condiciones urbanas y rurales en el país, el IMSS ofrece un modelo al cual se deben adoptar todos, elevando innecesariamente los costos. Cabe subrayar que esta discusión no tiene nada que ver con la privatización de servicios, sino simplemente con la dificultad de operar eficientemente cuando se fija la oferta en forma jerárquica y centralizada.

La reforma a la medicina familiar debería permitir a los médicos formar equipos balanceados en su perfil profesional, con capacidad interna del equipo para decidir horarios e incentivos en forma flexible. En los noventa el IMSS anunció un programa en ese sentido, pero no tuvo éxito en la instrumentación. En la actualidad no hay ninguna iniciativa para reformar la medicina familiar y los programas principales se basan en la instalación de redes locales de cómputo para manejar la agenda médica y el expediente clínico. Esta modernización no disminuirá costos ni permitirá mejorar el servicio al cliente más allá de las ventajas de mejorar la programación de citas y dar un estado más sólido al expediente clínico.

Una debilidad del sistema es la falta de un enfoque de servicio al cliente capaz de llevar a cabo un conjunto mínimo de funciones; por ejemplo, el IMSS –y menos aún otras instituciones del SMS– no tiene una base de datos de usuarios, y por lo tanto con frecuencia no conoce siquiera la dirección o el número de teléfono

de los pacientes. Como consecuencia, se proveen servicios con poca retroalimentación de los usuarios, usualmente recibéndola por medio de la prensa o mediante su oficina de atención y orientación al derechohabiente. Esta oficina trabaja principalmente como una oficina de quejas y tiene una influencia muy baja sobre las áreas operativas, a las que en ningún caso están ligadas. Un enfoque contemporáneo de atención al cliente implica la relación directa entre usuario y operador, y un conocimiento detallado a nivel individual de las necesidades. Es difícil para las instituciones del SMS permitir una relación directa entre áreas operativas y los usuarios dada su estructura jerárquica actual, que promueve y obliga en casos importantes a que la solución de los problemas sea centralizada.

Otro ejemplo de la debilidad del sistema en planear sus servicios lo provee el número de identificación. Idealmente, los usuarios contarían con un número que les serviría para acceder a los servicios, pero en la actualidad, un estado de cuenta de ahorro para el retiro muestra tres números: el del IMSS, la Clave Única del Registro de Población de la Secretaría de Gobernación, y el número en el Registro Federal de Causantes que expide la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Sin temor a exagerar, el costo de expedir y administrar estos números ha sido del orden de algunas decenas de miles de millones de pesos durante los últimos 10 años, y ninguno de ellos es en realidad un número que sirva para la identificación de personas, ya que la banca, la policía, los notarios y otras instancias que requieren certificar la personalidad utilizan el registro electoral para ello.³⁴ La ausencia de una base de datos de personas significa que las diferentes áreas de servicio de la seguridad social no comparten información con facilidad, y el usuario debe gastar tiempo y esfuerzo en identificarse.

Los hospitales de la seguridad social también han sido objeto de propuestas de reforma, centradas en este caso en promover la independencia de la administración con respecto a las oficinas centrales. El motor de estas iniciativas es la visión de que el sistema está excesivamente centralizado, produciendo retrasos en la toma de decisiones, así como decisiones equivocadas debido a la gran brecha en información entre la realidad operativa y las oficinas centrales. La descentralización coincide además con tendencias importantes en sistemas que históricamente fueron centralistas, como el español y el británico.

³⁴La credencial del Instituto Federal Electoral es la única forma de identificación aceptada generalmente en el país. Aún ésa tiene un número mal definido, y con frecuencia para identificar a una persona con un número no se utiliza el número de registro, sino un número de folio que aparece en las credenciales. En vista de este equilibrio probablemente convenga al gobierno abandonar el proyecto de Clave Única de Registro de Población y obligar a la SHCP y al IMSS a adoptar el número del registro electoral (corrigiendo sus errores). Cabe la posibilidad de que el objetivo no expresado sea precisamente evitar que se consolide la base de datos, en cuyo caso se vive un equilibrio costoso pero duradero.

Grandes procesos enfrentan deficiencias similares en información. Por ejemplo, el IMSS ha desarrollado sistemas de clasificación de pacientes basados en grupos relacionados de diagnóstico (GRD). La evidencia muestra que los hospitales del IMSS han operado prácticas correctas en la clasificación de pacientes, lo que permitió una adopción relativamente rápida de la clasificación por GRD. Sin embargo, esta información es de poca utilidad, ya que la centralización de las decisiones es incompatible con sistemas de financiamiento con base en el desempeño hospitalario. Una iniciativa denominada Unidades Médicas de Alta Especialidad lista entre sus objetivos la autonomía de algunos hospitales, pero sólo una pequeña fracción del presupuesto podrá ser operado por el hospital, y aún en esa estará sujeta a criterios centrales; no se prevé el uso de mecanismos prospectivos de pago o ajustes presupuestales siquiera graduales en función de la producción.

Por otro lado, el IMSS tiene ventajas al contar con un sistema más desarrollado de contabilidad financiera que el resto del sector público, y al funcionar como asegurador tiene mejor información sobre empleados y empleadores, y una fuerza de trabajo más profesionalizada que el resto del sector. ¿Por qué si el IMSS tiene una fuerza de trabajo de mayor calidad es tan importante el problema de administración? Una razón es que el sistema ha crecido demasiado y tiende a trabajar como un monopolio, con las rentas siendo apropiadas en la forma de empleo, salarios y beneficios no monetarios para funcionarios y empleados. Una explicación relacionada es que el nombramiento de los funcionarios del IMSS es altamente politizado, proveyendo muy pocas oportunidades para que ejecutivos profesionales alcancen los niveles altos y aun medios de la administración.

En resumen, el reto administrativo no es menor para el SMS.

LOS PRINCIPALES ESFUERZOS DE REFORMA: QUÉ HA AVANZADO Y QUÉ NO

Los esfuerzos para reformar al SMS han seguido la distribución institucional. La SSA y el IMSS tienen cada uno de ellos programas de reforma, y no es clara la manera en que, de ser exitosas, estas iniciativas se acomodarán para lograr un SNS más efectivo. En este apartado describimos los principales aspectos de los programas de estos dos grandes jugadores. Después, intentaré identificar el potencial para convergencia y divergencia de este tinglado.

Políticas de la Secretaría de Salud

Seguro Popular

El Congreso adoptó en 2002 una reforma a la Ley General de Salud que contiene el principal objetivo de reforma de la administración federal 2000-2006. La meta declarada es garantizar los cuidados de salud de cada residente, independientemente de su nivel de ingreso, ubicación, etnicidad y estatus laboral. La reforma se basa en las ideas de Enthoven (1993), y la aplicación de éstas en el contexto latinoamericano (Londoño y Frenk, 1997).³⁵ La meta específica es “integrar horizontalmente” al sistema de salud, el cual es considerado como desconectado, formado por instituciones verticales que cobran y atienden a grupos específicos, tales como los trabajadores asalariados, trabajadores del gobierno y otros grupos.³⁶ Adicionalmente se subraya la idea de que el gasto de las familias es en sí mismo ineficiente, y que la mejor situación transferiría las decisiones de gasto hacia intermediarios.

En esta concepción se identifican cinco “desequilibrios fiscales” que deben ser corregidos: 1. el bajo nivel de gasto; 2. la dependencia del gasto de bolsillo para financiar los servicios de salud; 3. la desigual distribución de recursos entre familias en el seguro social y las no aseguradas; 4. la desigual contribución de gobiernos estatales; y 5. los niveles decrecientes de la inversión física.

El “problema del gasto de bolsillo” se define mediante la probabilidad de caer en tensión financiera debido a la enfermedad. Esta probabilidad se define como mayor para familias de bajos ingresos y la reforma busca crear un sistema en el cual las transferencias federales y las contribuciones familiares sean utilizadas para financiar una relación “prepagada” con el sistema de salud. Para tratar ese problema, así como el de la distribución desigual de los recursos públicos entre asegurados y no asegurados, el gobierno federal transferirá al nuevo programa de “Seguro Popular” un monto anual por familia equivalente a la transferencia hecha desde 1997 al seguro social, que en 2004 fue equivalente a aproximadamente 15.5 por ciento de un salario mínimo (245 dólares al año).

³⁵Una exposición útil de la economía del seguro de salud está en el capítulo 4 de Barr (2001).

³⁶Cabe aclarar que la Ley General de Salud no es la legislación principal del SMS. Ésta es una ley cuya finalidad principal son la seguridad y la higiene. Las principales regulaciones sobre organización y financiamiento son los presupuestos federales y estatales y las legislaciones de seguridad social (federales y estatales). Sin embargo, la administración Fox intentó utilizar la Ley General de Salud como base legal para tratar la política de organización y financiamiento. En consecuencia, las reformas tienen limitaciones en su alcance

El problema de la “desigual contribución de los gobiernos estatales” significa que algunos estados dan pocos recursos para programas de salud para suplementar transferencias federales. Para tratar con este tema, se utilizará una fórmula para promover la presupuestación por medio de la capitación. Finalmente, un “Plan Maestro de Infraestructura” se utilizará para controlar el gasto operativo y las inversiones.

El plan de reforma incluye instrumentos específicos para alcanzar las metas. La principal nueva institución es el Seguro Popular, el cual busca cubrir hacia 2010 a todas las familias no aseguradas por el IMSS. El Seguro Popular recibirá financiamiento federal por medio de capitación, a un nivel igual a las transferencias del gobierno al seguro social. Adicionalmente, el gobierno federal transferirá recursos sobre la base de una fórmula que provee más recursos a estados pobres, y las familias pagarán por anticipado para estar afiliadas. La tabla 15 resume la visión de la administración Fox desde el punto de vista del financiamiento. En este plan, la seguridad social para el sector privado permanece como ha existido a lo largo de los años, la seguridad social para los trabajadores del sector público converge a la estructura del programa más grande para trabajadores del sector privado, y el financiamiento para el sector público abierto se transforma en el Seguro Popular. Todos los sistemas recibirán la misma “cuota social” del gobierno federal, equivalente a 13.9 por ciento de una cantidad basada en 1997 (el salario mínimo de esa fecha, cuando la LSS entró en vigor, lo cual en 2004 es equivalente a 245 dólares). Para las primeras dos líneas de la tabla 15, todas las contribuciones serán obligatorias (solamente la primera está actualmente en la ley; la segunda requiere de un acto legislativo). El marco legal para la tercera línea ya está en su lugar, pero no es obligatorio: las familias o los gobiernos locales deben decidir su participación, y el gobierno federal espera que las nuevas reglas sobre transferencias federales a los estados promuevan ese crecimiento (OCDE, 2005, explica en detalle cómo se combina el financiamiento federal con el de los estados).

La reforma de 2003 también crea un “Fondo de Servicios Comunitarios”, el cual financiará actividades estatales en áreas de salud, y un “Fondo de Gastos Catastróficos”, el cual financiará los tratamientos de diagnósticos de alto costo.

Para el primer trimestre de 2005, el Seguro Popular estaba cubriendo a 1.7 millones de familias, con 5.8 millones de personas (Secretaría de Salud, 2005). La política descansa en la expectativa de que los recursos federales adicionales y la voluntad de las familias para pagar anticipadamente por protección llevarán a un crecimiento importante en los años venideros.

TABLA 15
Estructura de las contribuciones para garantizar la protección social universal

Esquemas públicos de seguro	Contribuciones		
	Beneficiario	Cocontribuyente	Gobierno federal
IMSS (trabajadores del sector privado)	Empleado	Empleador privado	Cuota social
ISSSTE (trabajadores de Federación y estados)	Empleado	Gobierno federal como empleador público	Cuota social
Seguro Popular de Salud (economía informal, autoempleados y familias que están fuera del mercado de trabajo)	Familia	Contribución solidaria	
	Gobierno local	Gobierno federal	Cuota Social

Fuente: Secretaría de Salud, 2003.

El Seguro Popular (SPOP) busca incorporar a un concepto de medicina administrada a la población de menores ingresos, mientras que la reforma a la legislación de aseguradoras en la administración Zedillo buscó impulsar el aseguramiento para familias de mayores ingresos, creando instituciones de seguros especializadas, tema que se comenta más adelante. Ambos casos han enfrentado problemas, sustantivos.

La reforma del SPOP ha enfrentado dos problemas principales, uno de política y otro que cuestiona el concepto mismo de incorporar a la medicina administrada a la población de bajos ingresos. El problema de política radica en que el programa está desligado del financiamiento y de la oferta de servicios de seguridad social, siendo administrado como un programa tradicional de gasto. Es decir, el programa de Seguro Popular no cuenta con herramientas básicas que definen a un seguro como administrador de riesgo, sino que simplemente financia gasto en un paquete de intervenciones definidas por la autoridad. Con el SPOP se ha dado un aumento importante en el gasto público en salud que beneficia a poblaciones de bajos ingresos. Este último resultado es favorable bajo el objetivo de resolver problemas básicos de salud, pero no es necesario el andamiaje del SPOP para llevarlo a cabo. El problema de más fondo radica en que la medicina administrada tiene su origen en el objetivo de contener el crecimiento del gasto en salud. Las organizaciones de administración de la salud (OAS) funcionan sobre la base de ofrecer servicios integrales a sus clientes a un costo relativamente bajo a cambio de renunciar parcialmente a la capacidad de elegir médicos, hospitales, circunstancias de tiempo y calidad de las intervenciones. En la práctica, las OAS limitan el acceso a tratamientos (consultas de especialidades, hospitales, medicamentos) al canalizar a una

mayor proporción de pacientes a la medicina general que la que se daría de haber elección irrestricta. Es decir, la salud administrada ha florecido en ambientes de alto nivel de gasto en los cuales cierta racionalización del uso de tratamientos caros se justifica sin dañar a la salud. Claramente, este es un ambiente muy diferente el que sirve de terreno al SPOP, que va dedicado a familias de bajos ingresos con acceso muy limitado a tratamientos de especialidades. El principal argumento utilizado a favor del SPOP es como una herramienta de protección contra gastos demasiado elevados e inesperados (catastróficos) por eventos negativos sobre la salud. En este sentido, el SPOP puede jugar un papel de administrador del acceso de familias de bajos ingresos a tratamientos costosos, pero en vista del bajo nivel de gasto que se aplica a estas familias, probablemente el beneficio de aplicar la restricción es limitado.

Otra reforma interesante de la administración del presidente Fox es la creación de un “fondo catastrófico”. A la fecha no se han expedido regulaciones al respecto y la información sobre el objetivo no es suficientemente clara, pero aparentemente este puede ser una especie similar a la del programa Medicaid de Estados Unidos. Esto significaría que el fondo catastrófico financiaría una lista específica de tratamientos sobre la base de clasificación de diagnósticos médicos y tarifas fijas por diagnóstico, lo que permite limitar el riesgo del gobierno (pues no se puede facturar más de la cuota fija). Este esquema, de desarrollarse de esa forma, sería altamente compatible con el objetivo de flexibilización de los silos del SMS. ¿Sería un mecanismo útil para la seguridad social? Esta pregunta es más compleja, pues en la medida en que los presupuestos y la gestión de los hospitales de la seguridad social permanecen centralizados y se presupuestan por línea de gasto (y no por presupuestos globales), el objetivo de financiar por diagnóstico para contener el gasto se pierde (es decir, mientras el hospital mantenga una restricción presupuestal blanda, no tiene mucha utilidad la herramienta del financiamiento por diagnóstico). Sin embargo, precisamente por servir para romper el centralismo de la seguridad social es que el fondo catastrófico puede resultar una política duradera. Hasta la mitad de 2005 el fondo tiene objetivos modestos, y la lista de tratamientos se limita a cuatro (leucemia linfoblástica aguda en niños, cáncer cérvico-uterino, tratamiento ambulatorio de VIH-SIDA en niños y adultos y cuidados intensivos neonatales –prematurez, dificultad respiratoria (membrana hialina), y sepsis bacteriana).

Es conveniente apuntar que esta reforma trata sólo con el sector no asegurado, en su parte de bajos ingresos. La pregunta más interesante es si la política convergerá para asegurar a las familias de ingreso medio-bajo y medio.

Como cualquier reforma a un programa público grande y complejo, el programa de Seguro Popular enfrenta retos administrativos así como preguntas sobre la factibilidad de algunas de sus metas e instrumentos. Los principales retos administrativos son lograr la transformación institucional y proveer un gobierno y una administración consistentes, desarrollar las bases de datos y las funciones de servicio al cliente necesarias para hacer operativas las funciones de aseguramiento, y la integración del SPOP con otros programas para proteger familias, tales como Oportunidades (éste proporciona transferencias en efectivo a familias pobres), y el seguro social (en particular porque el programa IMSS-Oportunidades, el cual cubre aproximadamente al 10 por ciento de la población nacional, o 20 por ciento de las familias no cubiertas, casi todas ellas en áreas rurales, y muchas en grupos indígenas). El problema de proveer al SPOP con gobierno y estructuras administrativas adecuadas surge porque las secretarías de salud estatales y la federal están fuertemente integradas y son organizaciones jerárquicas que controlan de cerca y directamente a la administración. El SPOP no posee las funciones corporativas necesarias para funcionar como un seguro, tales como contabilidad financiera, tesorería, los elementos financieros y actuariales de toma de decisiones, así como una política de gestión de recursos humanos que permita el desarrollo de un cuerpo especializado y profesional de administradores. Los temas de gobierno corporativo deben ser resueltos para lograr una visión compartida de un programa permanente (idealmente evitando los problemas señalados para el IMSS en otra parte de este libro). En ausencia de una respuesta a este asunto, un riesgo sustancial es que el SPOP sobrevivirá como una etiqueta para un programa tradicional de gasto público controlado centralmente, solamente una estrategia para competir por una parte del presupuesto federal. Queda por verse si hay capacidad de transferir el control del SPOP a una corporación pública capaz de adoptar mecanismos adecuados de gobierno y gestión. Probablemente las preguntas más difíciles sobre la factibilidad son las referentes a la relación entre el SPOP y el seguro social, y a las distorsiones que se crearán si la fórmula para la distribución de recursos entre los estados se convierte en una herramienta de negociación política.

Moverse de un programa tradicional de ayuda pública a un sistema basado en conceptos de seguro involucra la administración del riesgo en una forma esencial, y administrar riesgo requiere del conocimiento de los individuos. Entonces, el SPOP tendrá que desarrollar una gran base de datos de individuos, lo cual es costoso y no se ha logrado en las instituciones viejas, pero para lo cual la tecnología

existente es muy favorable. Este asunto está relacionado con el desarrollo corporativo. Ninguna institución tiene una base de datos de beneficiarios, y aún las instituciones de seguridad social operan bases de datos sólo de trabajadores y pensionados, sin incluir a otros parientes.

El desarrollo exitoso de las bases de datos requiere de una visión estratégica de las funciones de servicio al cliente: identificación de beneficiarios, pago de subsidios, administración de registros de salud, interacción con otros programas federales y locales, y otras. Una relación constructiva del Seguro Popular con otros programas sociales es clave para el éxito de largo plazo, en particular con los programas para combatir la pobreza y con el seguro social, y en ausencia de las bases de datos los costos serán prohibitivos.

La combinación de estos programas debe evitar la multiplicidad de estructuras administrativas. Sin embargo, Oportunidades es administrado por la Secretaría de Desarrollo Social, y no hay garantía de que los gastos duplicados serán evitados. Una solución satisfactoria al tema de gobierno requerirá de una estrategia de desarrollar instituciones a cargo de administrar los programas. Esta evolución puede requerir que las secretarías entreguen la administración de estos programas a nuevas entidades, en un grado que puede ser difícil de aceptar. Por ejemplo, los programas de combate a la pobreza han estado usualmente a cargo de agentes partidistas, el nombre de los programas cambia con cada administración y los programas se perciben como una parte importante de las estrategias electorales. Por otro lado, la Secretaría de Salud es controlada por grupos gremiales que pueden estar opuestos a la entrega de funciones clave (por ejemplo, a que los hospitales operen fuera de la estructura jerárquica). Por ejemplo, aun cuando la descentralización es considerada un bloque básico de la reforma, aún en 2003 se define como indispensable un "Plan Maestro de Infraestructura", el cual deja bajo el control de oficinas centrales del gobierno federal las decisiones "locales" de inversión.

El principal tema estratégico para definir el éxito futuro de las nuevas políticas es la relación del Seguro Popular con la seguridad social. La meta es lograr el funcionamiento horizontal el sistema de salud. La reforma de 2003 iguala el financiamiento del gobierno federal al Seguro Popular con el que se entrega al IMSS para cada familia. Esta es una decisión en la dirección correcta, pues la migración de una familia de uno a otro sistema no debe implicar cambios en el costo fiscal, facilitando así la movilidad horizontal entre sectores. Se espera que esto permita que el sistema llegue a un equilibrio en el cual a una institución no se vea afectada por "perder" a una familia con sus recursos, pues otras familias

estarán entrando, y cada sector desarrollará un a función de compra para mover fondos hacia los proveedores de servicios finales con menor costo y mejor calidad de servicio.

Sin embargo, parece haber una contradicción entre el Seguro Popular y el seguro social, pues ambos programas tienen la meta de alcanzar un crecimiento sustancial. El IMSS considera que una mejor administración y las reformas potenciales a su legislación, así como la evolución esperada de la economía (urbanización y crecimiento de salarios principalmente), lo llevarán a una mayor participación en el mercado. Si la provisión de servicios se hiciera en un ambiente competitivo, y los recursos financieros fluyeran de las corporaciones de aseguramiento hacia los hospitales y proveedores de servicios ambulatorios, el crecimiento de los diferentes sistemas convergería a un camino balanceado: si un hospital llegara en efecto a atraer a más familias, recibiría más transferencias federales vía la regla de capitación, y los demás recibirían menos de un presupuesto global. Sin embargo, la provisión de servicios está integrada verticalmente con las funciones financieras, lo que significa que las instituciones no estarán dispuestas a entregar recursos financieros a proveedores alternativos. En la medida en que las secretarías de salud estatales y la federal permanezcan como controladoras del dinero del Seguro Popular y como proveedores de servicios, y la seguridad social mantenga su visión histórica de una organización verticalmente integrada que no compra servicios de externos, ni acepta pacientes de otros sistemas, y espera crecer por arriba del promedio de la población, la flexibilidad deseada no puede ocurrir.

En abril de 2004, el Senado aprobó reformas a la LSS para facilitar la afiliación al IMSS de trabajadores jornaleros agrícolas. Destaca en esta reforma la ausencia de una liga con el SPOP, que siendo una de las estrategias básicas de la administración fiscal, sería un apoyo natural para el IMSS, pero como se ha mostrado, las agendas de cada segmento del SMS funcionan por separado y en ocasiones a contrapunto.

Un segundo tema de factibilidad surge porque el uso de fórmulas agregadas para asignar recursos a los estados genera un ambiente en el cual los gobiernos locales negocian con el gobierno federal por recursos. Una meta es operar un sistema de subsidios a la demanda proveyendo mayor apoyo a familias de bajos ingresos o mayor riesgo, y permitir movilidad horizontal de familias, pero las fórmulas dan el dinero a los gobiernos estatales. El destino de estos recursos será con alta probabilidad el presupuesto de hospitales locales y nóminas estatales, y será muy difícil en el futuro (digamos para cuando existan sistemas de información que permitan la

gestión de casos individuales), mover el presupuesto hacia transferencias directas a los individuos.

Aseguramiento privado

El sector de aseguramiento privado para la salud es pequeño y se deben superar obstáculos regulatorios significativos para permitir que grandes segmentos de la población accedan a este tipo de contratos. Los principales esfuerzos de reforma en años recientes se han guiado por la idea de la SSA de generar “programas prepagados” y por la SHCP para disminuir la competencia entre los proveedores autorizados y elevar las barreras a la entrada.

La agencia reguladora (Comisión Nacional de Seguros y Fianzas) interpreta que todos los planes de salud deben ser manejados como planes de seguros, incrementando sustancialmente el costo de entrada al mercado por parte de nuevos proveedores. El concepto fue adoptado por el Congreso por iniciativa del Ejecutivo durante la administración Zedillo. Esto significa que un hospital, una clínica o un grupo de ellos, no puede aceptar pagos a cambio de una promesa de proveer servicios en el futuro, si cualquier parte de esos servicios no es provista en sus propias instalaciones. El argumento para apoyar esta reforma fue que la ausencia de una fuerte regulación llevaría a una industria “anárquica” donde algunas compañías irían a la quiebra. Sin embargo, no existe evidencia en apoyo de esa afirmación. Así se determinó que solamente las empresas aseguradoras pueden administrar planes de salud. Entre otros proveedores, esto deja fuera a los planes de salud administrada (a menos que el empleador sea el propietario de las instalaciones de salud), incluyendo planes similares a los ofrecidos por las Health Maintenance Organizations (HMO) en Estados Unidos.

La mayor parte del gasto nacional en salud es ya privado, y la pregunta clave es si se dará una tendencia hacia la organización de esos flujos en torno a sistemas de salud administrada. Es poco probable que el gobierno logre nacionalizar al sector, pues está compuesto por miles de pequeños proveedores, y la experiencia pública en gestionar el seguro social a bajo costo no es favorable. El gasto va a crecer más que la economía en general (como se ve en el apartado sobre proyecciones cuantitativas), por lo cual es probable que el gasto privado crezca en términos relativos. Sin embargo, al cerrar la oferta en exclusiva para aseguradoras, la política vigente dificultará el desarrollo de planes de salud administrada. Las aseguradoras tienen un mercado muy limitado, y el valor de las primas emitidas para toda la industria apenas han comenzado a pasar del 1.8 por ciento del PIB en años re-

cientes, siendo 12 por ciento del mercado para los seguros de accidentes y enfermedades (véase tabla 16). El mercado tiene además un nivel elevado de concentración. La participación de las cinco empresas más grandes del mercado en la emisión directa de primas, fue en 2002 de 63.8 por ciento. En la operación de los seguros de accidentes y enfermedades el índice de participación de las cinco empresas más grandes del mercado se ubicó en 70.7 por ciento, y las dos más grandes tenían 49.2 por ciento del mercado.³⁷ Una solución realista por la vía del sector asegurador como proveedor exclusivo de planes de salud administrada requeriría de la creación de varias decenas de empresas y de una transformación radical del ambiente de competencia.

TABLA 16
Primas directas por tipo de seguro, 2004

	(Millones de pesos)	Participación en el total (%)
Vida	53,772	38.95
Pensiones	5,056	3.66
Accidentes y enfermedad	17,595	12.75
Daños	61,616	44.64
Total	138,040	100.00

Fuente: CNSF, *Actualidad en seguros y fianzas*, 2004.

Desde el punto de vista de la demanda, no es claro que la población vaya a volcarse hacia demandar contratos de seguros. La demanda por seguros financieros es un fenómeno desconocido en sociedades de bajos ingresos, donde las familias administran su riesgo mediante diversificación de activos físicos y familiares. Esto resulta por una combinación del deseo de evitar los costos de intermediación (a menores salarios, menor el costo del tiempo y de llevar a cabo internamente la gestión de riesgo) y de la falta de desarrollo financiero en sociedades pobres.

La política pública para al aseguramiento en salud debe descansar sobre su objetivo básico que es la protección contra grandes gastos. Probablemente esto requiere abandonar el énfasis en orientar el sistema hacia la medicina administrada y el aseguramiento, y adoptar programas para financiar diagnósticos costosos. Del lado de la demanda, esto significa dejar a las familias a cargo de sus gastos “menores” y enfocar los programas públicos a la creación de fondos para

³⁷ Las cifras actualizadas de la industria de seguros se encuentran en www.cnsf.gob.mx

financiar tratamientos de alto valor económico, y canalizar la demanda de la clase media por seguro privado hacia planes que complementen los programas públicos en forma competitiva. Específicamente, ante la predominancia de la oferta privada de servicios finales, una opción clara es una estructura tipo “Medicare-Medicaid”, en la cual el gobierno federal provea un apoyo general por diagnóstico, y los gobiernos estatales y municipales puedan complementar los pagos a familias de bajos ingresos. Esto sería altamente compatible con un crecimiento del gasto público que fluiría en forma flexible a todo tipo de proveedor, complementándose también con todo tipo de financiamiento (seguros privado y social –incluyendo al Seguro Popular–, así como gasto propio de las familias). Los aseguradores privados jugarían un papel clave al financiar los gastos complementarios de las familias en forma flexible.

Política industrial

La Secretaría de Salud tiene a su cargo parte de la política industrial en farmacéuticos. Si bien la Secretaría de Economía regula los precios y en principio la oferta está sujeta a la regulación general, la Secretaría de Salud establece disposiciones específicas para afectar el ambiente de competencia.

Las dos políticas más destacadas de la administración Fox fueron establecer el requisito de planta para quienes deseen vender al sector público y la adopción de la regulación de “genéricos intercambiables”.

El requisito de planta significa que el sector público solamente puede comprar de empresas con “plantas” instaladas en México elevando el costo de sus compras. Si el problema es sanitario, el requisito debería establecerse para toda la industria, y no sólo para el sector público. Es improbable además que las plantas fuera de México sean en general menos seguras e higiénicas, por lo cual en cualquier caso se deberían aplicar remedios específicos contra países que exportaran productos no sanitarios. El concepto de planta no está bien definido en la ley por ser definido en forma *ad hoc* y no estar en el sistema de reglas de origen que aplica en las regulaciones generales al comercio internacional. En cualquier caso, la decisión de someter a la industria farmacéutica a una política industrial dependiente de la autoridad sanitaria tiene dos efectos de largo plazo. Primero, genera incertidumbre y eleva los costos de la oferta, por lo cual el sector público comprará a precios más altos, al requerir las empresas de un premio contra el riesgo de futuras acciones regulatorias. En segundo lugar, al revelarse la Secretaría de Salud como un agente

en el cabildeo por protección comercial, su capacidad de avanzar como una instancia promotora de la integración del SMS se ve disminuida. El primer efecto es directamente costoso. El segundo sólo fortalece la hipótesis de que las agencias del SMS actúan con agendas dispares y que la capacidad de integrarlas funcionalmente es reducida.

Aseguramiento nacional

El Informe de la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud sobre el tema “Invertir en Salud para el Desarrollo Económico” describe elementos para un “esquema de aseguramiento médico. Ahí se señala a la

factibilidad de un sistema de aseguramiento único... un marco legal y regulatorio único que contemple de manera exhaustiva y general los aspectos de recaudación, mancomunidad, pago y provisión de servicios de salud. Esta visión estaría orientada a asegurar la cobertura... las fuentes de financiamiento, la regulación en cada uno de los aspectos mencionados y la coordinación entre los distintos participantes. El concepto no implica necesariamente que las funciones deba desempeñarlas una sola entidad.

El mismo reporte continúa diciendo que

existen ventajas adicionales... tales como la portabilidad de derechos cuando los afiliados se mueven geográficamente o de sector laboral; la homologación de la contribución gubernamental, del modelo de atención y de la calidad de los servicios, y la creación de reservas actuariales y financieras. Sería necesario establecer claramente las reglas y responsabilidades de los gobiernos estatales y municipales, que deben ser congruentes con las reglas de financiamiento de un sistema integrado.

Esta expresión resume tres conceptos diferentes, uno es el de lograr un mecanismo público de recolección y pago (financiamiento) a los proveedores de salud que sea equitativo y permita la movilidad de pacientes y recursos entre proveedores; un segundo concepto es que se logre la consolidación de esencialmente todos los flujos de gasto en salud en un sistema público; y tercero, está el concepto de lograr la igualdad en la calidad y cantidad de los servicios que recibe la población. También la OCDE (2005) ha recomendado avanzar hacia un esquema de “asegurador único”, en el cual la Secretaría de Salud es el “rector”.

Separar estos puntos es importante por las implicaciones institucionales y de organización. Avanzar en el tema de distribución de riesgos (“mancomunidad”) es esencialmente un tema de finanzas públicas y requiere de mecanismos para cana-

lizar recursos públicos a fondos que paguen a los proveedores por atención de siniestros. Esta es una función que la SSA probablemente no podría desempeñar con eficiencia, por ser una corporación de orientación médica. Más probablemente, un fondo de este tipo estaría dentro de la concepción de la seguridad social. Por otro lado, el IMSS actual puede no ser un buen candidato para manejar un fondo de este tipo, pues tendrá interés en canalizar recursos a los proveedores (hospitales, clínicas) de su propiedad. En resumen, las dos grandes corporaciones federales que son candidatos para gestionar el tema requieren de enormes reformas para hacerlo con éxito, por lo cual probablemente el gobierno tendrá que optar por crear una nueva instancia (no el Seguro Popular, que es también un agente de la SSA).

El tema de consolidación de los flujos de gasto público es necesario para lograr la meta de una gestión adecuada del riesgo, pero lograr éxito requerirá de pulir el concepto de aseguramiento. En la política general y en el reporte de la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud se dedica un gran espacio al tema de la atención preventiva. Este énfasis es de importancia para la política de salud en general, pero no para la de aseguramiento social. Para esta última, el tema básico es el financiamiento a tratamientos costosos; consolidar los flujos de financiamiento público a éstos y coordinarlos con el gasto privado de empresas y personas es realista. Consolidar un sistema de salud de “pagador único” que incluya medicina general y preventiva parece muy difícil en México hoy y por muchos años. La razón es que los proveedores son decenas de miles, que van desde individuos hasta grandes corporaciones privadas y públicas, por lo cual un escenario de socialización enfrenta problemas de coordinación sustanciales. No sería el menor de los problemas que la política no es necesaria para lograr el avance más importante en el aseguramiento social. Por esta misma razón, el tercer objetivo de homologar los modelos de atención y los estándares de servicio sería muy difícil de lograr. Cada proveedor público y privado tiene modelos que dependen de su nivel y forma de financiamiento y de su historia de competitividad. Estandarizar la oferta sería un reto operativo mayúsculo e innecesario para avanzar en el aseguramiento social de los riesgos mayores, que es la palanca principal para estabilizar el bienestar de las familias.

Políticas del seguro social

Para estudiar las políticas de la seguridad social nos referimos principalmente al IMSS. El ISSSTE y los organismos estatales de seguridad social son planes de beneficios que ofrece un sólo empleador, y no está en su naturaleza la capacidad de desarrollar una política nacional.

La seguridad social opera como un proveedor altamente integrado a su fuente de financiamiento. Cobra las contribuciones obligatorias directamente (y no por medio del Servicio de Administración Tributaria, la agencia de impuestos del gobierno federal), es dueña de las instalaciones de servicio (hospitales, clínicas, guarderías, oficinas de pago de pensiones), es la empleadora de médicos, enfermeras, paramédicos, personal de intendencia, y mantiene un gran aparato administrativo. La seguridad social es el empleador más grande en el país después del gobierno federal. El seguro social no transfiere flujos financieros a otros aseguradores o a empleadores con planes de empresa (como excepciones pequeñas y de origen antiguo), no contrata a proveedores alternativos de servicios (con excepciones pequeñas relacionadas a tratamientos específicos, tales como diálisis para enfermos renales o estudios de resonancia magnética), y es operada por una jerarquía centralizada.

El seguro social es el proveedor más grande de servicios de salud, y la política de lograr la movilidad horizontal no puede ser exitosa sin la integración de este gran proveedor.

Las reformas de los noventa se dieron principalmente en el área de pensiones y de la estructura de los impuestos para financiar servicios de salud, pero desde al menos los ochenta es clara la política del seguro social de cerrar el camino a la flexibilización del sistema. Desde entonces está cerrada la opción de reversión de cuotas (que en cualquier caso siempre se aplicó con discrecionalidad), y en la administración Fox se sindicalizó a los trabajadores del programa IMSS-Opportunidades, encareciéndose la posibilidad de descentralización hacia los estados.

El gobierno mantiene el objetivo central de expandir la cobertura de servicios esenciales de salud, para lo cual se cuenta con la seguridad social y los sistemas de atención a población abierta. Los primeros están estancados, los segundos se han descentralizando. Sin embargo, la expansión de atención a población abierta, sin una reforma a la seguridad social, significa *de facto* una expansión de la política de financiamiento mediante fondos generales, pero manteniendo metas contradictorias a las de la seguridad social que solicita financiamiento principalmente de empresas y trabajadores. Finalmente, el sistema público de salud, y en particular la seguridad social, es recipiente residual de riesgos catastróficos no asegurados, debido a que es fácil y en general legal para personas enfermas afiliarse al IMSS después de un evento negativo. Entonces, el “fondo catastrófico” que ha definido la Ley General de Salud funcionará con grandes distorsiones si no se empata el tratamiento que el IMSS y ese fondo dan a los casos: la población va a “tocar las dos puertas”, generando descontrol en los costos públicos.

Desde el punto de vista del financiamiento a los servicios públicos de salud, se pueden definir dos modelos. En la práctica se encuentran combinaciones de ellos y ningún país opera un modelo extremo. El primero se basa en cobros sobre la nómina, que históricamente proviene de la adopción por ley de la organización mutualista y, por naturaleza, enfocado a cubrir a los asalariados. En la práctica, en México, ha resultado difícil extender el servicio más allá de los trabajadores asalariados con estabilidad geográfica y temporal en el empleo. Este es el modelo del seguro social en México, Alemania, Japón y otros países. El segundo modelo se basa en fondos fiscales generales, lo que significa una gran capacidad de cobertura pero, por lo mismo, requiere de instrumentos complementarios de control, tales como copagos o la definición de paquetes de atención para evitar niveles de demanda más elevados que lo que se puede financiar, racionamiento por medio de filas, así como una estrategia fiscal para contener el gasto de largo plazo. Este es el modelo del Reino Unido, Canadá o España.

La política de incrementar la participación de fondos generales en el financiamiento a la seguridad social médica que se dio en 1997 tiene sentido si el gobierno adopta una estrategia de basar en ella una cobertura de aseguramiento de servicios esenciales de salud que sería virtualmente universal para la población urbana y con una importante penetración en zonas rurales relativamente densas en población. Ese efecto cuantitativo tiene efectos cualitativos sobre la política general de salud destacando el de incrementar sustancialmente la cobertura de la seguridad social, de manera que se cubra virtualmente a toda la población urbana, excepto por los extremadamente pobres o personas con condiciones graves de salud preexistentes, y establecer la seguridad social como un instrumento de aseguramiento mínimo. Para garantizar que efectivamente una parte importante de la población entre al sistema, se tiene que adoptar como incentivo una cuota baja y un estándar de servicio que no se vea afectado demasiado por la ineficiencia y la corrupción.

Un segundo cambio que trajo la ley de 1997 fue el Seguro de Salud para la Familia, un intento por afiliar a la seguridad social a gran parte de la población no asegurada. El SSFAM recibe un subsidio federal igual a la transferencia que se hace por las familias que están en el régimen obligatorio, y la familia tiene que pagar una cuota adicional independiente del nivel de ingresos. El SSFAM no ha sido exitoso en atraer a grandes números de familias, probablemente debido a falta de promoción, probablemente porque las familias perciben que los servicios no valen el costo. También es importante que el gobierno federal lanzó el proyecto de Seguro Popular, resaltando la falta de coordinación de las políticas de la SSA y del IMSS, y la importancia que se le otorga a los programas como parte de los proyectos de

las jerarquías de cada corporación. El Seguro Popular bien pudo haberse definido como parte formal de la seguridad social, lo que pudo haberse aprovechado para obligar al IMSS a flexibilizar sus mecanismos de pago a proveedores (es decir, los recursos estarían fluyendo vía el seguro social, con el simbolismo y fortaleza institucional que ello representa, pero se hubiera logrado canalizar recursos a proveedores alternativos).

Un precedente para entender por qué el IMSS se mueve hacia el SSFAM es el modelo de “esquemas modificados”, una opción que se legisló en 1973 (aunque ya existía de alguna forma desde antes), con el fin de afiliar a grupos de trabajadores en actividades con altos costos de fiscalización (tales como trabajadores agrícolas), y grupos para los cuales el seguro no es obligatorio (como los pequeños comerciantes o los choferes de taxi). A lo largo de los años, se abusó de esta figura, y en lugar de un corte transversal amplio de la población, el IMSS tendió a afiliar a grupos con poder político que recibían beneficios a bajo costo. Los esquemas modificados fueron derogados con la LSS de 1997. Sin embargo, aún después se mantuvieron convenios existentes con anterioridad, y en un caso importante, virtualmente se eximió del pago a grupos de trabajadores agrícolas.

¿Quiénes son los no asegurados? En términos gruesos, los no asegurados son la mayor parte de la población rural, los empleados de microempresas y los desempleados en zonas urbanas. Según Garro y Meléndez (2004), entre trabajadores rurales hombres que reportan 20 horas o más de trabajo en la última semana (datos de la Encuesta Nacional de Empleo), muy pocos en empresas pequeñas, medianas o grandes no están empleados, mientras que cerca del 90 por ciento de empleados de microempresas carecen de protección del seguro social.

Sobre el tema de la coordinación con el resto del sistema de salud, el IMSS ha firmado acuerdos con otros organismos para facilitar el flujo de recursos y pacientes entre proveedores y financiadores, lo cual es considerado necesario para incrementar la habilidad del sistema para proveer servicios oportunos en un país tan grande y diverso. Sin embargo, estos intercambios han sido limitados a algunos tratamientos de alto costo. La mayor oposición radica en permitir que otros proveedores públicos o privados administren integralmente el plan de salud de familias afiliadas al IMSS. Se han dado propuestas para permitir la opción de salida a nivel individual, para desarrollar transferencias de grupos del IMSS a otros proveedores, para permitir que aseguradores públicos o privados asuman el riesgo de grupos de familias y otras opciones, pero el tema no ha cambiado de estatus al menos por varias décadas. Mientras el IMSS permanezca como un sistema cerrado, es impro-

bable que se alcancen las metas de integrar horizontalmente el sistema mexicano de salud. En el pasado, si se esperaba un crecimiento continuado de la cobertura, esta puede haber sido una estrategia menos costosa, pero con el estancamiento de los últimos 15 años, el peso muerto del sistema fiscal del IMSS y el costo de no permitir la movilidad de las familias se eleva.

¿CONVERGENCIA A UN MEJOR MODELO?

Los países de América Latina pueden ser un conjunto útil para el análisis de la reforma social durante las últimas dos décadas. La reforma de pensiones ha sido muy influyente en el resto del mundo. Mientras que los países han seguido un enfoque similar en la reforma de pensiones, en la arena de la política de salud es más difícil encontrar hilos conductores en el diseño e implementación. Chile, Colombia, Costa Rica y República Dominicana han tenido esfuerzos para lograr reformas integradoras. En México, la reforma ha sido guiada por las agendas de los proveedores: el IMSS, la SSA y el sector privado, promoviendo reformas que tienden a ser inconsistentes. El Seguro Popular puede ser un paso útil para lograr una agenda integrada, pero quedan por contestar preguntas sustantivas.

Como argumenta Dion (2002) en su investigación del Estado de bienestar en América Latina, el desarrollo económico no lleva a un conjunto común de políticas sociales, y la negociación entre coaliciones políticas puede afectar el desarrollo de las instituciones. Los países más ricos tienen más recursos para programas sociales, pero difieren en la forma en que los organizan. En muchos países, incluyendo a México, los sindicatos y las burocracias del sector salud juegan un papel principal en la definición de las políticas, y el Congreso y otros actores políticos (tales como los partidos) con frecuencia intentan la intervención de los procesos operativos y de toma de decisiones. Este punto aplica en muchos campos, incluyendo el seguro de retiro, pero probablemente es mayor en programas de salud, pues el marco institucional de hospitales, escuelas médicas, el seguro social, la industria farmacéutica y otros puede ser modificado sólo con un costo muy elevado, y porque los servicios de salud están muy cerca de la gente sobre una base cotidiana, generando actitudes conservadoras ante el riesgo.

Predecir el futuro del sector es un proceso riesgoso, pero parece razonable esperar que la permanencia del *statu quo* lleve al crecimiento relativo del sector privado, con las instituciones públicas enfrentando un camino difícil debido a altos costos operativos y a tener avenidas muy estrechas para incrementar la productividad.

Bajo este escenario, los gobiernos estatales y el federal se verán presionados para incrementar el financiamiento, pero el gran tamaño de las necesidades hace poco probable que las finanzas públicas soporten ese peso, debido a que hay además otras necesidades que preocuparán al Congreso, como la seguridad, la educación, el campo o la infraestructura y ciertamente el pago de pensiones. Por otro lado, las familias están dispuestas a gastar más en salud, y muchos problemas no se deben a un bajo nivel de gasto, sino a una regulación inadecuada que impide ese gasto.

La visión optimista (pero factible) permite a los agentes públicos y privados proveer servicios financieros y operativos en forma más productiva, el movimiento horizontal de fondos y familias en el sistema (“integración financiera”), y el movimiento horizontal de pacientes y pagos (“integración operativa”). El gasto público crece por arriba del crecimiento de la economía en general, pero no tanto como los ingresos y salarios de las familias, permitiendo un papel creciente al gasto privado y a proveedores de servicios de bajo costo. Los proveedores públicos ganan en eficiencia, pero es poco probable que transformen sus modelos básicos de atención lo suficiente como para ser una opción para toda la población, siendo necesario encontrar formas de cooperar con el sector privado, desde los proveedores pequeños que en este caso son médicos, enfermeras y otros profesionistas independientes, farmacias, clínicas y pequeños hospitales, hasta los grandes, como son las aseguradoras, las corporaciones hospitalarias y los proveedores ambulatorios que crecerán en forma importante. Los impuestos a la nómina se mantienen en un nivel competitivo con otros países e inclusive disminuyen si el gobierno logra canalizar recursos del IVA para financiar la salud, pero las transferencias del gobierno están bajo control debido a las transformaciones financieras y operativas.

Puede haber otras visiones, pero un desarrollo exitoso del sector salud deberá reconocer la necesidad de evolución en instituciones que probablemente fueron exitosas en los cuarenta y los cincuenta, pero que en la actualidad requieren de profundas transformaciones; las dificultades inherentes en visiones que igualan al control público con la equidad, y ven cualquier intento de reforma como una pérdida ética para el sistema; y la necesidad real de balancear las demandas grupos de interés que tienen preocupaciones profesionales sobre el resultado de las reformas (como los sindicatos y las burocracias). Como cualquier otro gran conglomerado de la sociedad, los agentes dentro del sector salud son diferentes entre sí, y tienen con frecuencia intereses opuestos, mientras que para las familias el acceso a los servicios de salud son de alto valor para proteger el capital humano, y por lo

tanto las soluciones probablemente deberán tener en consideración una perspectiva conservadora de la sociedad al tratar estos temas.

De las reformas de América Latina, en ocasiones se utilizan como referencia las de Colombia y Chile. Es aparente la influencia de la reforma colombiana sobre las propuestas de la Secretaría de Salud durante la administración Fox, por lo cual conviene un comentario adicional. En Colombia se buscó fortalecer el papel rector de la autoridad de salud, y lograr una distribución equitativa del financiamiento. En la práctica esto implicó la fusión de los ministerios de Trabajo, Salud, y Social, la definición del Instituto Colombiano de Seguridad Social como un proveedor de servicios y ya no como un receptor primario y redistribuidor de los flujos financieros, y la creación de un marco regulatorio para que el nuevo superministerio distribuya los fondos. En la práctica, la regulación generó una situación de monopolio bilateral entre el superministerio y los proveedores, en la cual se interrelacionan la definición de presupuestos, los nombramientos de directivos, las negociaciones con el personal y las decisiones operativas. Una política de este tipo supone la capacidad de conceder a los hospitales plena autonomía corporativa de las autoridades políticas, pero la debilidad de organismos intermedios de la sociedad civil que permitan fortalecer el gobierno del hospital autónomo y el poder excesivo del gobierno hacen que la solución de monopolio bilateral sea *de facto* una recentralización del poder. El mensaje es que una estrategia de centralizar el poder en la SSA para que sea el redistribuidor de fondos puede llevar a un difícil proceso de convergencia. Los sistemas de seguridad social son fuertes en la medida en que desarrollan instituciones con cierta autonomía del poder político, con capacidad de permanencia por su poder propio. El propio IMSS, con todos sus defectos y problemas, ha probado en diferentes épocas ser resistente a los embates del Congreso y del Ejecutivo para controlarlo, y cualquier reforma debe pensar en sostener ese aspecto institucional.

TENDENCIAS EN SEGUROS PARA LA SALUD

Para estudiar las tendencias en el aseguramiento social en salud la pregunta clave es la siguiente: ¿cómo acomodar de la forma más eficiente el fuerte crecimiento esperado en demanda por servicios para la salud? En este apartado organizamos la discusión en torno a tres opciones de política: a) cuentas de ahorro de salud; b) financiamiento del seguro social a planes integrales; y c) expansión acelerada de los grandes institutos de seguridad social.

La variedad de mecanismos para financiar la salud que se observa entre países y dentro de la mayor parte de los países industrializados es grande. Exponer que existen “sistemas nacionales de salud” sobre reglas simples que se aplican sin ambigüedad es engañoso. En ese sentido, preferimos entender las tres tendencias de política como desarrollos que se pueden dar en diferente grado y en forma simultánea. Recordemos también que hablamos de tendencias y no de propuestas de política.

Un ejemplo de cómo la catalogación de sistemas de salud puede ser falaz lo proporciona la comparación del gasto directo por las familias en Canadá y Estados Unidos. Canadá es considerado un sistema de protección universal, con el gobierno como “pagador único” de atenciones hospitalarias, mientras que el sistema de salud de Estados Unidos es considerado el más privatizado entre los países desarrollados. No obstante, las erogaciones directas de las familias (el “gasto de bolsillo”), es superior en Canadá que en Estados Unidos (Evans, 2004).

La discusión debe también entender que la fuente de ingreso para la salud es esencialmente la riqueza de los hogares. Cada opción busca extraer (vía impuestos) o atraer (por decisión voluntaria del trabajador) parte de esos recursos para gasto o ahorro. Las caminos difieren en el grado de obligatoriedad de ahorro y contribución que imponen a las familias, y su éxito terminará dependiendo del grado en que las herramientas sean utilizadas voluntariamente o con menor grado de coerción. No hay que olvidar en esta discusión que la razón de ser de la intervención estatal en la forma de seguro social es que por deficiencias de la información algunas familias se quedan sin seguro y pueden quedar pobres por tener que gastar mucho en servicios médicos. Como el gobierno no tiene mejor información que las familias o las aseguradoras sobre el tema, interviene asumiendo el riesgo de toda la sociedad. Ausente este argumento, no hay razón de ser del seguro social en salud; otros objetivos, como la asistencia a los pobres, la redistribución del ingreso, el desarrollo médico del país u otros que tienen importancia pública se podrían llevar a cabo en forma más eficaz sin la seguridad social.

Tres asuntos que debe atender cualquier decisión de política son las siguientes: 1. la forma en que puede permitirse que el financiamiento del seguro social fluya a todo tipo de proveedores y se complemente con otras fuentes de recursos, sin que ello genere descapitalización del programa y se permita compartir en mayor grado el riesgo con los usuarios (es decir, que se optimice el financiamiento complementario y se evite el deterioro de la calidad de los servicios que ya operan con costos hundidos); 2. la planeación del costo de largo plazo del sistema de

protección (ya que históricamente los sistemas se han diseñado con un supuesto de anualidad, cuando es evidente que hay efectos de largo plazo importantes que afectan la demanda y la oferta); y 3. el problema de persistencia de la enfermedad (alternativamente, el del paso de una familia de un sistema de protección a otro conservando derechos, conocido como “portabilidad”).

Aseguramiento social vía pagador único

El concepto de “pagador único” se refiere a un conjunto de regulaciones fiscales, operativas y financieras que permite asignar fondos en forma equitativa a todas las familias al concentrar flujos financieros en un solo fondo, a partir del cual se redistribuyen presupuestos a hospitales y subsidios a las familias en forma equitativa y con base en las necesidades. El adjetivo de “único” se da en la práctica con matices, y en algunos países los fondos son cerca de la totalidad del gasto nacional, mientras que en otros son solamente una gran parte.

En diversos puntos encontramos los temas de “aseguramiento universal” y “pagador único”. Si bien ambos tienen puntos de coincidencia, no son lo mismo, pues se dan casos importantes de aseguramiento universal sin que se dé un sistema pagador único (Alemania), o sin que exista un pagador propiamente dicho (Reino Unido). La idea de pagador único ha ganado en popularidad precisamente por su capacidad de aceptar la convivencia de una oferta diversa de proveedores de servicios finales y de orígenes del financiamiento. El sistema canadiense es con frecuencia citado como un desarrollo exitoso de este concepto, y el volumen de Marchildon *et al.* (2004) contiene documentos recientes de una evaluación general que se hizo al sistema.

Comencemos señalando que en la actualidad, en México estos conceptos pueden terminar teniendo un traslape muy elevado, pues es difícil pensar en una socialización que unifique a todos los proveedores y consolide el financiamiento de fuentes federales, estatales y privadas —es decir, que en lugar de una solución de “pagador único” se diera una de “sistema único”. Aun si esa socialización fuera factible “políticamente” (digamos, por un dictador que decidiera unificar a todos los proveedores), no es nada claro que la industria de servicios de salud tenga características que favorezcan la consolidación de la oferta. Así que partimos en este apartado del supuesto de que permanecerán múltiples oferentes de servicios finales y con una gran diversidad de oferta: pública y privada, federal y estatal, grandes proveedores corporativos y pequeños microempresarios y autoempleados proveedores de servicios de salud.

La vía de lograr el aseguramiento como pagador único consiste en consolidar parte de los fondos federales en una institución que compensaría a los proveedores por la atención a pacientes con tratamientos de alto costo, y establecer un sistema de presupuestos globales para los planes de salud basado en asignaciones equitativas para las personas con el fin de financiar sus tratamientos generales (no los de alto costo). Estos pagos podrán fluir a todo tipo de proveedores y serán independientes del nivel de riqueza de las personas (serán “universales y equitativos”). Para ello, se tendrán que definir los diagnósticos elegibles, pues con gran probabilidad se utilizará un sistema de clasificación de pacientes por diagnóstico u otro mecanismo de pago prospectivo para la administración de casos. No significa esto que esos diagnósticos serán los únicos que se atiendan, ya que la mayor parte de las atenciones se pagarán con los presupuesto globales de los planes de salud. En efecto, la relación del paciente con este fondo será indirecta, y el asegurador de la familia proveerá un plan de salud de acuerdo con características separadas de su contrato. Así, el IMSS, el ISSSTE, el Seguro Popular, los seguros privados y de empresa tendrán sus planes, y el nuevo fondo simplemente les asignará un presupuesto global y pagará una cantidad adicional cuando atiendan ciertos diagnósticos.

Esta estructura quitará una parte importante de la presión del crecimiento del gasto sobre el IMSS y los ISSTE federal y estatales, al pagarles por tratamientos caros. Este financiamiento se coordina en forma natural con cualquier otra fuente, y favorece aunque no garantiza la movilidad de las personas entre los actuales silos. Esto no rompe los silos existentes ni flexibiliza internamente a los proveedores, en particular a la seguridad social, pero una buena propuesta de aseguramiento vía pagador único debe atender este tema.

Los sistemas de “pagador único” buscan asegurar los gastos grandes, por lo cual el Seguro Popular dejaría de existir en la forma en que fue creado. Los programas básicos de salud (y todos los recursos financieros) se pasarían en bloque a los estados y municipios, y el gobierno federal solamente mantendría el fondo nacional para pagar casos de costo elevado. Mantener al gobierno federal en el control del sistema de salud en general hace que la propuesta de pagador único sea inviable. Conviene notar que el término “único” es una abreviatura, pero en realidad en los países considerados líderes en la aplicación de la idea hay una gran cantidad de pagos directos de las familias y en sistemas federales los fondos pueden definirse a nivel estatal o provincial. El término largo es entonces “pagador único de gastos grandes en un área geográfica, con bajo nivel de aseguramiento nacional

para gastos pequeños, alto nivel de coaseguro y deducible, y programas suplementarios para apoyar a familias de bajos ingresos”.³⁸

Podría decirse que para romper los silos se requiere una modernización administrativa importante para poder gestionar los casos de compra-venta de servicio entre instituciones, la celebración de convenios entre instituciones y la planeación conjunta de la oferta. Sin embargo, estas son las recetas que se han mencionado e intentado por décadas, sin resultados. Para los hospitales públicos los incentivos definen la conveniencia de atraer más dinero de los presupuestos fijados centralmente, y dedicar recursos financieros propios a pagar a otro hospital no deja beneficios, sino que es preferible bajar la calidad o cantidad de los servicios. En otras palabras, el director de un hospital público gana poco al enviar a su paciente (con el dinero para atenderse) a otro proveedor.

El sistema presupuestal puede resolver este problema mediante la transferencia del riesgo anual a los hospitales, lo que se logra mediante la aplicación de presupuestos globales. Esto significa que un hospital tiene en un ejercicio fiscal esos recursos y no más, y de gastar en exceso está sujeto a sanciones (como la remoción de los directivos). Sin embargo, en el sistema de pagador único el principal elemento que hace que los hospitales respeten el presupuesto es la credibilidad de las reglas presupuestales en el largo plazo, a diferencia del sistema jerárquico donde la discrecionalidad de las oficinas centrales permite perdonar o castigar en forma arbitraria las desviaciones.

Este presupuesto se debe acompañar de una regulación para evaluar los resultados operativos del hospital (no sus procesos internos ni la calidad de su administración). Esta estrategia presupuestal se puede aplicar en cada silo o a nivel nacional. Hacerlo a nivel nacional enfrenta el problema de coordinar a organismos con sistemas administrativos y financieros heterogéneos, por lo cual el costo de transición puede ser elevado. La experiencia de la reforma colombiana confirma que un segundo problema de nacionalizar este proceso es la creación de un monopolio bilateral entre un superministerio de seguridad social y los hospitales. La creación de monopolios bilaterales eleva la probabilidad y el conflicto político, pues hace más rentable la creación de coaliciones para ganar territorio (por eso, en ocasiones se dice que el tema principal del análisis económico del derecho es el monopolio bilateral –la tradición Posner–, y el de la economía institucional es la integración vertical –la tradición Williamson). En Colombia, se concentraron todos los fondos en un ministerio, que además es de Trabajo, Salud y Desarrollo Social, generán-

³⁸ Kutzin (2000) detalla este aspecto de la definición al comparar la aplicación del concepto en ocho países.

dose el problema de monopolio bilateral. Considerando la configuración actual del SMS, en realidad este problema se refiere a los hospitales generales de la seguridad social y del sistema abierto, en los cuales puede darse una solución interna a cada corporación –siendo necesario el papel de un “principal” para obligar a las organizaciones a aplicar la estrategia. Este principal debe ser el Congreso que establezca las leyes que determinen el cambio, y los instrumentos de gobierno corporativo deben adecuarse para administrar bajo este sistema. En este marco, los hospitales generarían recursos por dos canales principales: un presupuesto global y los pagos por diagnósticos atendidos. Una ley definiría las reglas básicas de presupuesto que serían obligatorias, y establecería un fondo nacional que homoligaría los flujos financieros entre la población (no entre corporaciones, aunque éstas sean las encargadas de la gestión). Adicionalmente, de acuerdo a las regulaciones propias, podrían complementarse con pagos adicionales por las familias.

Además de adoptar una estrategia presupuestal para hospitales acorde con el objetivo, se requiere de flexibilizar la medicina familiar. La demanda por los servicios de un proveedor específico de “primer nivel” (*e.g.* una clínica o un médico individual) es altamente elástica al costo de atención, lo que se deriva de que el gasto como porcentaje del gasto familiar es bajo, las visitas son frecuentes (y la persona da un alto valor a seleccionar lugar, día y hora de atención) y hay una diversidad en calidad importante de acuerdo con el problema específico (es decir, aun sin acudir a un especialista, la persona puede querer ir a lugares médicos distintos si le duele la cabeza, el estómago o le arden los pies). Sin embargo, la medicina de familia de la seguridad social, especialmente en las ciudades, se da en inmuebles especializados, de horarios y acceso restringidos, y limitando la capacidad de movilidad de las familias. Este “silo” opera además a un costo muy elevado. Una medicina de familia que permitiera una agrupación más libre de equipos médicos (del lado de la oferta) y la movilidad de personas (del lado de la demanda), permitiría una mejor integración al sistema hospitalario y disminuiría el costo de la oferta. Para el aseguramiento universal esto sería un apoyo, pues las herramientas de pago señaladas arriba no pueden ser aplicadas mientras se mantenga una oferta de medicina familiar que puede resolver su riesgo enviando pacientes a los hospitales sin ninguna responsabilidad. La medicina general también debe presupuestarse sobre bases globales, con pagos especiales por atenciones definidas previamente y permitiendo flexibilidad para el gasto adicional por las familias.

CUENTAS DE AHORRO PARA LA SALUD

El principal punto a entender para definir correctamente el papel del Estado de bienestar como asegurador de la salud radica en que el riesgo financiero proviene de los grandes gastos inesperados. El EB eficaz asegurará esos eventos: el objetivo es evitar que una familia tenga una fuerte caída en su consumo a causa de un evento de salud. Otras intervenciones de salud pueden ser necesarias en otro contexto. En particular, las acciones de salud pública tienen su razón de ser en la provisión de un ambiente libre de infecciones, que es un bien público, pero estas acciones tienen una existencia conceptual y temporal previa al EB. Otro conjunto de acciones que no es principal para el cumplimiento de los fines del EB son los programas preventivos de salud, ya que éstos constituyen un consumo privado y tienen un bajo impacto sobre la capacidad de consumo de las familias.

El EB ha financiado la salud por tres vías, que en orden de importancia son las contribuciones al seguro social, las transferencias de los gobiernos a los sistemas abiertos y la deducibilidad de gastos y primas vía impuesto sobre la renta. Con excepción del tercer canal, la arquitectura del beneficio transfiere totalmente el riesgo de aseguramiento y provisión al gobierno, eliminando los incentivos al ahorro adicional por las familias y la optimización de costos y calidad por los proveedores. Las familias tienen un alto costo de ahorrar para gastos futuros en salud, pues ese ahorro no tiene el beneficio fiscal que se concede al gasto, y la integración vertical de los aseguradores y proveedores públicos de salud significa que el servicio recibido no es afectado por el deseo de la familia de gastar más en él. Para el proveedor, incrementar marginalmente el volumen o la calidad de servicios no se refleja en mayores ingresos, por lo cual se da un equilibrio en el cual se ofrece la mínima calidad y volumen de servicios compatible con la supervivencia política de la administración, y se “envía” la demanda residual a ser atendida en el sector privado.

Ante la situación descrita, el EB puede buscar una arquitectura de incentivos que favorezca el ahorro de las familias y mejore los incentivos al hospital y otros proveedores públicos para mejorar la calidad y aumentar el volumen de servicio.

Las cuentas de ahorro para la salud son una opción de aseguramiento voluntario u obligatorio, tanto para trabajadores asegurados como a los actualmente no asegurados. Una cuenta de ahorro para la salud permitiría al trabajador comprometer recursos deducibles de impuestos a una institución financiera que a su vez proveería al trabajador instrumentos de ahorro y una póliza de seguro para

la salud (pudiéndose permitir selección individual al trabajador pero sin prohibir la afiliación por vía del empleador).³⁹ Los retiros de la cuenta para adquirir pólizas de seguro o efectuar gastos estarían regulados para prever necesidades futuras, especialmente en caso de retiro, invalidez o muerte. En vista del objetivo de asegurar gastos grandes, un sistema de cuentas de ahorro para salud se debe acompañar de regulaciones que permitan el retiro de fondos solamente para gastos mayores. Este concepto es altamente compatible con un programa público que financie tratamientos costosos a las familias, sobre la base de un pago por diagnóstico. Esto último es importante porque varios países se han inclinado por esa forma de transferir fondos del seguro social a las familias, lo que a su vez se facilita porque el sistema permite combinar fácilmente financiamiento público, privado y de otros pagadores (*e.g.* empleadores) hacia cualquier proveedor final.

Es indispensable que se permita el uso de este ahorro como deducción del impuesto sobre productos del trabajo o como crédito contra cuotas de la seguridad social o IVA, pues de otra forma no hay incentivo alguno para que el trabajador ahorre mediante una cuenta regulada.

Mayor competencia de los proveedores, flexibilidad del sistema y satisfacción del trabajador implican que las cuentas podrían ser manejadas por una variedad de instituciones: bancos, administradores de fondos para el retiro, manejadores de fondos de pensiones, aseguradoras u otros.

Las cuentas de ahorro para la salud constituyen una opción de política que puede implementarse rápidamente si el gobierno federal está dispuesto a aceptar el efecto temporal de las deducciones fiscales. Si bien el efecto contable de corto plazo es negativo, en la práctica la recaudación podría aumentar al darse un movimiento hacia la medicina administrada. La razón es que la evidencia casual señala a que hay elevado grado de evasión fiscal por parte de la profesión médica, ya que al permitirse la deducción de solamente gastos de bolsillo, muchos consumidores no están interesados en insistir por un comprobante de pago con características fiscales, y el cumplimiento de las leyes fiscales aparentemente no es parte del temario en los cursos de ética de las escuelas médicas. Una práctica extensiva de la medicina administrada obligaría al uso de facturas al permitir un mejor control por la autoridad fiscal.

³⁹ En el sistema de pensiones de la seguridad social, en el componente de cuentas individuales, se prohíbe la afiliación por medio del patrón, pero ello no necesariamente contribuye a un ambiente de competencia y lo puede incluso disminuir, en la medida en que los empleadores buscan las opciones más rentables para sus trabajadores como mecanismo para mejorar el salario.

Financiamiento del seguro social a planes integrales

En un escenario de bajo crecimiento sin crisis, el seguro social debería recibir no menos de cinco millones de nuevos hogares durante la década 2001-2010, lo que representa un reto de operación sustantivo.⁴⁰ Por otro lado, la estructura financiera de la seguridad social permite de forma natural el uso de los recursos obtenidos para la operación de diferentes proveedores. El sistema mexicano está inspirado en los denominados sistemas continentales europeos, con una estructura tripartita de aportación obligatoria, pero posibilidad de que los servicios estén a cargo de diferentes proveedores. El sistema alemán, que es el más antiguo, cuenta con más de 400 “cajas” de seguridad social. En México, inicialmente se mantuvo esa característica, pero con los años el sistema se fue centralizando en menos instituciones, y cerrándose toda posibilidad de movilidad entre fondos.⁴¹ Es decir, la integración vertical de aseguradores y proveedores (de funciones financieras y de la prestación de servicio final) no es la práctica habitual en los sistemas de seguridad social, y el financiamiento del seguro social a planes integrales de salud puede ser una alternativa atractiva para disminuir la presión operativa sobre sus propios servicios finales, incluyendo en esto al IMSS, al ISSSTE y a los institutos estatales.

Históricamente, el seguro social ha permitido el financiamiento a proveedores alternos sólo en casos excepcionales: principalmente a empresas que ya operaban sistemas de protección al momento de la fundación, y a grupos relativamente aislados, como sucede con algunas empresas mineras. Estos casos se manejan bajo la figura del convenio de “reversión de cuotas” que regula el artículo 89 de la Ley del Seguro Social. Históricamente, no ha sido conveniente ampliar este tipo de con-

⁴⁰ Esta cifra incluye nuevos trabajadores y el crecimiento en hogares de pensionados, este último estimado en un mínimo de 1.8 millones.

⁴¹ Permanecen con provisión fuera del sistema central los trabajadores petroleros, bancarios, y parte de los mineros y manufactureros, para un total de menos de 5 por ciento de la población asegurada. Inicialmente también los ferrocarrileros, los electricistas y otros recibían servicios de proveedores alternos.

La seguridad social mexicana ha gozado de una ventaja fiscal que aparentemente ha sido clave para lograr un crecimiento elevado comparado al de instituciones en países con similar grado de desarrollo. En México, además de obligatorio, el pago de cuotas de seguridad social se somete a un procedimiento fiscal especial, sumamente ágil. La base fiscal del seguro social es más amplia que la del ISPT, como cuestión de hecho, no de derecho. El éxito del sistema de pensiones que arrancó en 1997 depende en gran medida de ese sistema (Martínez, 2000). Cualquier reforma al sistema de salud deberá plantear la conveniencia de utilizar al IMSS como agente recolector de impuestos, independientemente de las decisiones sobre financiamiento y provisión.

venios por una razón obvia: el empleador asume el riesgo de atender al trabajador y a sus beneficiarios a cambio de un porcentaje de las cuotas que se pagan, las cuales son una función creciente del salario. Así, el empleador de altos salarios tiene más interés en convenir con el IMSS para un mismo riesgo de su población. Además, el empleador grande tiene capacidad de administrar mejor el riesgo, por lo cual el sistema tradicional es menos atractivo para empresas pequeñas. Finalmente, por ser un sistema que liga el financiamiento al pago de cuotas, el tratamiento a dar a los pensionados no cabe en la lógica de los convenios. ¿Sobre quién recae el riesgo asociado al pensionado, el IMSS o el patrón?, ¿si un jubilado tuvo varios empleadores, que es el caso más común, cuál de ellos se responsabiliza de su gasto médico? En estas preguntas fluye claramente la pregunta acerca de cómo medir la persistencia de la enfermedad y cómo ligar esa persistencia a una fuente de financiamiento.

Si el financiamiento de la seguridad social puede flexibilizarse para permitir el acceso a proveedores alternativos depende crucialmente de la adopción de reglas de distribución de riesgo entre toda la población y no sólo a nivel de empresa. Esto implica que el financiamiento sea independiente del salario, y que dependa del riesgo (*i.e.* de las necesidades) de la población. De esta forma, el tratamiento a los pensionados, desempleados, discapacitados y en general a grupos no generadores de ingresos se daría de manera natural. Evidentemente, esta estrategia implica redistribución de recursos de trabajadores de altos salarios hacia aquellos de bajos salarios y a quienes no generan ingresos, pero esa es la razón de ser del sistema.

Tampoco debe confundirse esta opción con una tendencia a la privatización, ya que una de las grandes ganancias de adoptar esta política sería mejorar el uso de la oferta pública. Un asegurado de un instituto de seguridad social podría ser atendido por cualquier otro proveedor público, reduciendo en costo de proveer los servicios y elevando la satisfacción del usuario. Ante el desequilibrio en el crecimiento de la demanda por seguros y servicios de diferentes instituciones públicas, ésta puede terminar siendo la tabla de salvación de algunos programas públicos que no tendrán capacidad de cumplir su visión tradicional de integración plena.

De avanzarse en la estrategia de pagador único, la opción planteada en este subapartado es altamente compatible.

Expansión acelerada de los institutos de seguridad social

La población a ser afiliada a la seguridad social crecerá en forma importante en cualquier escenario pues la inercia demográfica del país determina la ampliación de grupos de ingreso medio empleador por firmas medianas y grandes por varias décadas más. Por ello, en ausencia de propuestas alternativas o crisis del sistema existente, los institutos federales de seguridad social, en particular el IMSS, crecerán financieramente y como proveedores de servicios. ¿Cuál es el crecimiento inercial de la seguridad social?

¿Puede confiarse en el crecimiento de la seguridad social en ausencia de reformas? Según la Encuesta del Censo 1995 de Población y Vivienda, el 42 por ciento de la población sin seguridad social se encontraba en localidades de menos de 2,500 habitantes. Además se trataba de hogares con 6.4 miembros en comparación con el tamaño de hogar promedio a nivel nacional, que era de 4.6 miembros y tenían un ingreso por hogar de 944 pesos, que equivalía a 1.9 salarios mínimos. El 29.1 por ciento se encontraba en las localidades más urbanizadas, eran hogares de 5.1 miembros y recibían ingresos por salario del orden de 2,651 pesos, equivalentes a 5.4 salarios mínimos.

En forma estilizada, podemos afirmar que la población no asegurada se divide en dos grandes grupos. El primero que vive en hogares grandes, en ciudades pequeñas y pueblos, y que es cerca del 60 por ciento del conjunto de no asegurados. Por otro lado, un 30 por ciento que vive en ciudades grandes, en hogares más pequeños y con ingresos un poco mayores al promedio (el salario de cotización al seguro social fluctúa entre 3 y 3.5 veces el salario mínimo, y esta población tiene ingresos equivalentes a cinco salarios mínimos).⁴² El primer grupo es difícil de asegurar por la vía tradicional de la seguridad social y las propuestas de flexibilización arriba mencionadas no ayudarán en mucho: esta población ni tiene un trabajo remunerador que incentive al empleador a asumir el riesgo de proveer seguro de salud, ni tiene capacidad de contribuir a una cuenta de ahorro para la salud. El segundo grupo es con alta probabilidad de filiación por su entorno urbano, por el tamaño del hogar y por su salario promedio, y las opciones arriba descritas pueden ser cruciales para lograr su aseguramiento de largo plazo.

⁴²Esta comparación no es del todo correcta porque contrapone hogares con individuos y por que el salario gravable es menor al ingreso total.

El costo fiscal también se ve afectado por la entrega de subsidios federales a un hogar por varias vías. De acuerdo con la Encuesta del Censo 1995 de Población y Vivienda, 3,895 millones de personas (11 por ciento de la población derechohabiente del IMSS), eran al mismo tiempo derechohabientes del ISSSTE o protegidos por otra institución pública.

TABLA 17
Tamaño promedio de los hogares sin seguridad social
e ingreso promedio según tamaño de la localidad de residencia

Habitantes en la localidad	Tamaño promedio de los hogares	Distribución por tamaño (%)	Ingresos por hogar en salarios mínimos
Menos de 2,500	6.4	41.8	1.9
2,500 a 14,999	6.1	16.4	2.7
15,000 a 19,999	5.8	2.2	3.0
20,000 a 99,999	5.7	10.6	3.4
100,000 y más	5.1	29.1	5.4
Población total sin seguridad social en 1995	45'438,648		

Fuente: Encuesta del Censo de Población y Vivienda de 1995.

TABLA 18
Traslape de derechohabencia

	Población	Porcentaje		Población	Porcentaje
IMSS-ISSSTE	3,380,711				
IMSS-pública ^a	514,884		ISSSTE-pública	290,055	48.3
Subtotal ^b	3'895,595	79.6			
IMSS-privado	915,981	18.7	ISSSTE-privado	224,400	37.4
IMSS-otro	82,206	1.7	ISSSTE-otro	85,695	14.3
Total	4'893,782	100.0	Total	600,150	100.0

^aMemoria Estadística del IMSS, 1997.

^bIncluye a Pemex, Secretaría de la Defensa y Secretaría de Marina.

Fuente: Encuesta del Censo de Población y Vivienda de 1995.

Finalmente, Garro y Meléndez (2004) encuentran que entre los trabajadores de tiempo completo (más de 40 horas trabajadas), 85 por ciento de los hombres y 82 por ciento de las mujeres están asegurados, mientras que no lo están 89 y 90 por ciento de hombres y mujeres en microempresas. Es decir, en zonas urbanas el problema de aseguramiento es predominantemente uno de empresas muy pequeñas (que incluyen trabajadores independientes), y de trabajadores de tiempo parcial.

Entonces, tenemos una primera estratificación de grupos urbanos y grupos rurales, y los organismos existentes de seguridad social atienden a muy pocas de las familias rurales. Luego tenemos que entre los grupos que se aseguran, los que trabajan de tiempo completo en empresas grandes lo hacen con una probabilidad cercana a la unidad pero que el sistema tiene sus grietas tratándose de empresas pequeñas, trabajadores de tiempo parcial y no trabajadores. Por ello, la expansión acelerada de los institutos de seguridad social enfrenta un problema de hecho, pues la estratificación indica a problemas estructurales de los planes de aseguramiento y los mecanismos de administración de estas corporaciones. Por otro lado, la discusión de páginas anteriores indica que esa expansión es posible, pero en combinación con otras de las estrategias discutidas.

CAPÍTULO 5

La política contra la pobreza

INTRODUCCIÓN

El Estado de bienestar persigue un objetivo explícito de seguridad para todos. El objetivo explícito de altruismo tiene su reto más difícil cuando las familias se encuentran marginadas de las actividades económicas que generan un ingreso regular pues asegurarlas no basta: cuando no hay una perspectiva de tener un trabajo normalmente con un ingreso adecuado, no hay nada que asegurar. Similarmente, el objetivo implícito de control social que discutimos en el capítulo de economía política determina atención especial a las “clases peligrosas”, que son aquellas que, el sistema político considera, pueden constituirse con mayor probabilidad en una fuente de riesgos de inestabilidad (Himmelfarb, 1988).

En la práctica, las naciones deben recurrir a programas diversos para lograr mantener el ingreso o el acceso a servicios de las personas. Una clase especial de programas son los dedicados a combatir la pobreza. Para el EB mexicano, dos conjuntos de programas se definen como principales para complementar a los grandes seguros sociales: *a)* los de pobreza extrema, de los cuales el más importante es Progres-a-Oportunidades, desarrollado desde los años noventa, y *b)* los de pensiones suplementarias o no contributivas, que aún no se han desarrollado en el país, pero que probablemente lo harán, como ya ha sucedido en países centro y sudamericanos, y como ya los hay en el resto de la OCDE.

La seguridad social se basa en el principio de contribución de todos los agentes productivos, y los programas de pobreza buscan ser un suplemento a ella para captar a familias que “caen por las grietas” y se encuentran en situaciones de desventaja de largo plazo. Desafortunadamente, estas grietas son en ocasiones muy anchas, y para algunas familias más que constituir una situación de largo plazo son una situación permanente de incapacidad para incorporarse a los estándares de ingreso que define la sociedad. Con frecuencia, tal situación se asocia con la estratificación racial, la separación étnica o con eventos difíciles de reparar, como pueden ser un matrimonio fallido o una situación de adicción. Este tipo de estratificación tiene en México su principal expresión en las poblaciones indígenas, que proporcionalmente son las principales receptoras de los programas de pobreza.

PROGRESA-OPORTUNIDADES

Este apartado describe el programa Oportunidades (anteriormente Progresá) que el gobierno federal financia y administra para promover las mejoras en salud, nutrición y educación para las familias más pobres, y comenta las principales evaluaciones del programa. La tabla 19 muestra la medición oficial de la pobreza; las cifras de esta tabla son muy estables en el largo plazo en su distribución por tipo de localidad. La pobreza es mucho mayor en el campo, por lo cual los programas suplementarios del EB tienen un gran peso del componente rural.

El Programa Progresá fue uno de los primeros (al menos en gran escala) de una nueva generación de programas para combatir la pobreza en América Latina.⁴³ Sus principales aspectos son los siguientes: a) el dinero se da directamente a las familias; b) las familias deben tomar alguna acción para recibir todos los beneficios; y c) se ligan los esfuerzos en varios campos, principalmente salud, educación y nutrición. Estos tres son los aspectos que le dan un carácter innovador en comparación con programas tradicionales que usualmente a) proveen beneficios en especie; b) proveen subsidios o beneficios en forma colectiva y no requieren de participación individual; y c) son manejados por entidades separadas que entregan los subsidios o beneficios en forma directa. El programa fue originalmente nombrado Progresá y en 2001 cambió de nombre a Oportunidades. Durante la administración 2000-2006 se buscó expresar estos objetivos mediante la denominada estrategia Contigo que se desarrolla en:

⁴³Székely y Fuentes (2002) presentan una historia de los programas para combatir la pobreza en América Latina, el la cual se puede comparar a Progresá-Oportunidades con lo que pasa en otros países de la región.

cuatro vertientes: la ampliación de las capacidades de los miembros de las familias, especialmente de los niños y adultos jóvenes; la generación de oportunidades equitativas; la formación de patrimonio para fomentar que los adultos y sus familias tengan solvencia y oportunidad para emprender nuevas actividades; y, la provisión de protección contra riesgos (Sedesol, 2003).

Esta concepción coincide con la de Stern (2005), y establece que la marginación no puede atenderse sólo transfiriendo ingresos a los pobres, sino que es necesario atacar las causas de la pobreza a nivel individual eliminando la desnutrición de los pequeños, garantizando la participación en el sistema educativo, promoviendo la generación de ingresos permanentemente e integrando a la familia a las redes generales de protección social.

Este tipo de programas parten de un diagnóstico de causalidad económica explícito, en el sentido de que "...la probabilidad de pertenecer al 20 por ciento más pobre de los perceptores de ingresos es mayor cuanto menos instruido sea el individuo" (Sedesol, 2003: 12). Este supuesto es el básico detrás de la política, que también lo expresa como un objetivo de transitar de un "círculo vicioso" de transmisión intergeneracional de la pobreza a un "círculo virtuoso" de acumulación de capacidades para la generación de ingreso. Esto significa que se adopta un modelo minceriano en el cual los ingresos son función del capital humano medido por medio del nivel de educación y de variables exógenas. En esta opinión, la causa de las deficiencias educativas de las familias radica en parte en la familia: ignorancia de los padres, discriminación dentro de la familia a las niñas, necesidad de trabajar de los jóvenes, hogares alejados de las escuelas. En contraparte, no se considera que problemas del lado de la oferta sean importantes, tales como deficiencias en la provisión que llevan a cabo las secretarías de Educación de la Federación y de los estados, ni tampoco la relación entre el retorno a la educación y sus costos. Si este retorno es elevado, las familias deberían estar interesadas en educarse, excepto si existe un problema de restricción financiera.

La hipótesis de restricción financiera puede ser aplicable a muchas familias, como lo evidencia el fuerte efecto de edad en el empleo por cuenta propia –significando que al ganar capital las personas, deciden con mayor probabilidad trabajar por su cuenta (Blanchflower, 2004). Sin embargo, es difícil que esa sea la única causa de la pobreza en México, por la alta incidencia sobre grupos indígenas.

TABLA 19
Porcentaje de hogares en situación de pobreza

Tipo de pobreza	Rural	Urbano	Nacional
Alimentaria	34.1	9.8	18.6
Capacidades	41.4	16.2	25.3
Patrimonio	60.7	37.4	45.9

Nota: Se clasifica como rurales a las familias que residen en comunidades de 15,000 habitantes o menos.
Fuente: Sedesol 2003.

Otra influencia importante en el pensamiento del gobierno desde los años setenta ha sido la hipótesis malthusiana, ya que se considera que al haber más niños en un hogar debe dividirse el mismo ingreso entre más personas: alternativamente, bajo esa hipótesis las familias estarían mejor si recibieran un *shock* exógeno que las forzara a disminuir su fecundidad, por lo cual se promueve de forma agresiva el control natal, en especial entre las poblaciones rurales e indígenas.

Finalmente, aunque es evidente la concentración de la pobreza en pueblos indígenas, en ese pensamiento ésta no es una causa de la pobreza, aunque se reconoce que representa una “barrera sociocultural”. En ausencia de una definición de estas barreras es difícil adivinar lo que se quiere decir, así como interpretar las políticas encaminadas a atender esta causa. ¿Se piensa que hay problemas de discriminación o que hay diferencias genéticas (por ejemplo, en inteligencia) que se relacionan con la pobreza indígena?

Actualmente, algunos países han adoptado la estrategia de transferencias condicionadas de ingreso: Brasil, Colombia, Costa Rica, Honduras, Jamaica, Nicaragua y Turquía (Ayala, 2003). De forma indirecta, este desarrollo es un aval a Progresía-Oportunidades, ya que la imitación denota la percepción de éxito, y al ser internacional, también implica que se ha dado un estudio amplio al caso.

¿Cómo se daban los programas anteriormente? Un programa tradicional como Conasupo provee comida a bajo costo al mercado, mediante una administración a cargo de la compra, distribución y venta a consumidores y mayoristas, con representantes de las entidades federales en todos los estados y miles de locaciones, desde pequeños pueblos hasta grandes ciudades. También involucra una intervención a gran escala por parte de Conasupo y otros organismos públicos dedicados a los mercados agrícolas y del consumidor para lograr una mezcla de metas de apoyo a agricultores y consumidores finales, por medio de instrumentos que entran

en contradicción natural, tales como precios mínimos, subsidios, garantías de compra o de producto, subsidios y controles de precio.

Los programas tradicionales no son fáciles de manejar en forma consistente, probablemente porque su eficiencia depende del control generalizado de muchas actividades económicas por el gobierno, generando pérdidas de bienestar por los impuestos y los controles de precios, así como por las prácticas de mala administración asociadas al control público de actividades comerciales. Si el comercio internacional tiene que estar bajo el control del gobierno para regular los precios, se afectan industrias que exportan o importan insumos o productos agrícolas. La contención del costo fiscal de estos programas requiere de controles extensivos en apoyo a ese tipo de programa, y la naturaleza de los mismos significa que los precios de mercado con frecuencia no existen o se dan con grandes distorsiones (tales como impuestos especiales al azúcar, por ejemplo, que inducen importación de bienes procesados que contienen azúcar ya que su producción doméstica se hace muy costosa). Al profundizarse la apertura comercial, la factibilidad de estos programas disminuyó, y el gobierno debió moverse a programas de apoyo directo a productores (como Procampo), y a apoyos directos a las familias (como Progres-⁴⁴) Cabe destacar que el movimiento hacia estos programas podría haber sido deseable aún sin apertura comercial, pero con la apertura se hizo indispensable.

Los programas para combatir la pobreza no fueron focalizados antes de 1996, sino basados en subsidios generales. La evaluación de resultados a nivel individual no era utilizada, dominando la evaluación de los insumos. Entre 1974 y 1996 las tasas de malnutrición en niños menores de cinco años permanecieron en 50 por ciento. Con Oportunidades-Progres-⁴⁴ se ha dado un cambio importante en el destino final y el tipo de subsidios a la comida. En 1994, el 68.6 por ciento de los subsidios eran destinados a zonas urbanas, y el 61.1 por ciento eran subsidios generales; mientras que en 2001, 77.4 por ciento de los subsidios fueron a áreas rurales y 97.2 por ciento fueron focalizados.

Progres-⁴⁴ se fundó siguiendo los pasos del Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol), en sí mismo considerado un programa exitoso, pero criticado por el uso político de los recursos (Dresser, 1997). Pronasol era un programa federal manejado por una oficina con nivel de secretaría de Estado, la cual funcionaba con un nivel sorprendentemente bajo de información al público y responsabilidad.

⁴⁴Procampo provee apoyo en efectivo a los productores del campo, ya sea por producir o por no producir, a diferencia de los programas tradicionales como Conasupo o el Decreto Cañero que buscaban apoyar vía la elevación artificial de precios. La descripción del programa se encuentra en <http://www.procampo.gob.mx>

Hasta el 2000, México había sido gobernado por el mismo partido político por 70 años, y las elecciones eran consideradas por lo general fraudulentas. Aun en ese ambiente, Pronasol se distinguió como un programa de orientación política. El presupuesto era manejado con una gran discrecionalidad e incluía básicamente un renglón, sin ninguna ítemización o aplicación de auditorías. Bajo un ambiente de presión para incrementar la transparencia y minimizar el papel de la política electoral, Progres-a-Oportunidades cuenta con reglas de operación y es extensa la función de auditoría en el programa. Mientras que el gobierno federal paga casi todos los costos, los procesos de salud y educación están administrados por los gobiernos estatales, y el papel de la burocracia federal central es relativamente limitado. El costo de administración es bajo y se estima en 6.1 por ciento.⁴⁵

El principal cambio de política en 1996, año de creación de Progres-a, fue desarrollar un programa para coordinar las metas de educación, salud y nutrición, con un alto nivel de responsabilidad. Las metas específicas fueron proveer apoyo en esas áreas a niños, mujeres embarazadas y madres con niños pequeños, para promover la graduación de niveles primarios y medios mediante el apoyo a los padres y acciones de salud que eliminen los obstáculos a la asistencia, y lograr la participación de todos los miembros de la familia en acciones de salud, educación y nutrición.

Diseño del programa

En este apartado y en el siguiente, sigo de cerca la descripción de Rodríguez (2001). A la creación de Progres-a, se identificaron seis ligas principales entre nutrición, educación y salud, las cuales se convirtieron en las metas del programa: a) las familias pobres viven en condiciones poco sanitarias, y un mejor acceso a la comida y mejores ingresos pueden no resultar en mejor estatus nutricional debido a restricciones ambientales; b) dentro de las familias el consumo se distribuye inequitativamente, y para los niños menores de cinco años de edad, y mujeres embarazadas o con niños pequeños se requieren acciones específicas para garantizar el consumo; c) las familias pobres tienen mayor fecundidad debido al menor acceso a los servicios de salud, menor ingreso y mayor mortalidad infantil, lo que lleva a una mayor varianza en el bienestar dentro de la familia debido a pérdida de salud de las madres y al menor nivel de cuidado que los padres pueden proveer a los niños para el

⁴⁵ Probablemente los costos fijos se han estado cargando a otras agencias del gobierno. En cualquier caso el programa parece ser costo-efectivo. A mi entender, este tema no ha sido investigado. Las evaluaciones se han centrado en los efectos del programa sobre la población.

desarrollo educativo, emocional y social; d) las familias pobres tienen mayores tasas de participación laboral, y el costo de tener niños en la escuela puede ser demasiado alto debido al ingreso perdido o a la necesidad de trabajar en el hogar, y porque el costo de transportación y de los insumos educativos es relativamente alto para las familias de bajos ingresos; e) para las mujeres, una edad temprana al primer embarazo incrementa la mortalidad infantil, incrementa la frecuencia de embarazo subsecuentes, y disminuye la salud y la nutrición de los niños; f) las familias pobres son más adversas al riesgo, lo cual afecta la participación laboral, retrasa la adopción de nuevas tecnologías y cosechas, y genera incertidumbre sobre el consumo de comida, afectando el incremento en productividad.

En 2001, Progresá cubría a 3.2 millones de familias en 55,000 localidades, pertenecientes a 2,200 municipios. Éstas incluían a 2.6 millones de familias en pobreza extrema en áreas rurales, 517,000 en ciudades pequeñas, y 118,000 en ciudades grandes; 3.4 millones de estudiantes (2.3 millones en primaria, un millón en secundaria y 130,000 en preparatoria); y los suplementos dietéticos se entregaban a 1.6 millones de niños menores de cinco años, así como a 745,000 mujeres embarazadas o con niños pequeños. El presupuesto de 2001 era de 13,000 millones de pesos (aproximadamente 1,400 millones de dólares, o 0.2 por ciento del PIB), de los cuales 10,100 millones de pesos eran transferencias en efectivo a las familias.

Durante la administración del presidente Fox el presupuesto continuó creciendo, a 1,800 millones de dólares en 2002, y 2,300 millones en 2003. En 2002, ya como programa Oportunidades cubrió a 4.2 millones de familias en 72,000 localidades, o aproximadamente al 20 por ciento de la población y 77 por ciento de los pobres a nivel nacional. El gobierno pensaba que para 2004 el programa estaría llegando a casi todas las comunidades rurales.

Puede notarse que mientras que ha habido presión para disminuir el control político del programa, el nombre ha sido cambiado para lograr la identificación personal con la administración, una práctica común para programas de pobreza en México. Desde los setenta, cada nueva administración desarrolla una nueva "identidad" para los programas de pobreza, y los principales funcionarios de los programas son personas con carreras políticas.

En su componente educativo, el programa promueve la asistencia y permanencia en la escuela. Para ello provee de dos apoyos para cada niño menor de 18 años, que asista a la escuela entre el tercer grado de primaria y el tercero de secundaria (décimo grado): una beca ligada a la asistencia regular, y apoyo para la compra

de material educativo (libros, cuadernos, lápices, etcétera). El monto de dinero de las becas se incrementa con el grado, y en la secundaria se hace mayor para las mujeres.

El componente de salud provee un paquete básico de atención, con 13 acciones específicas, que son:

1. Salud básica a nivel familiar.
2. Planificación familiar.
3. Embarazo, nacimiento y atención postnatal, y atención al niño.
4. Monitoreo de la nutrición y del crecimiento del niño.
5. Vacunación.
6. Tratamiento doméstico de la diarrea.
7. Tratamiento antiparasitario para la familia.
8. Tratamiento de enfermedades respiratorias agudas.
9. Prevención y tratamiento de la tuberculosis.
10. Prevención y tratamiento de la hipertensión y la diabetes.
11. Prevención de accidentes y tratamiento de lesiones pequeñas.
12. Tratamiento comunitario para la prevención de la salud.
13. Prevención y detección del cáncer cérvico-uterino.

Existe un protocolo específico de visitas a los centros de salud por parte de las familias, bajo la hipótesis de que un mapa claro promueve la asistencia regular.

Un tercer componente es el apoyo alimenticio, que provee suplementos dietéticos a las mujeres embarazadas y a las que tienen hijos pequeños, a todos los niños de menos de dos años, y a niños menores de cinco años con desnutrición.

Adicionalmente, todas las familias reciben una transferencia monetaria que es independiente de los niveles nutricionales y del tamaño de la familia, condicional en la asistencia a una instalación de salud de todos los miembros de la familia. Las transferencias se hacen a la madre bajo la hipótesis de que así se eleva la probabilidad de que llegue a los niños. Los pagos se ajustan por el incremento general de precios dos veces al año sobre la base de un índice de precios para una canasta de bienes de consumo básico. Los beneficios se entregan por un periodo limitado de tiempo a cada familia, y con base en un sistema de puntos. La permanencia de la familia en el programa es evaluada cada tres años. Como puede inferirse de esta descripción, los pagos cambian en el tiempo de acuerdo con las características de cada familia.

Los pagos se hacen sobre un calendario bimestral y los suplementos dietéticos se entregan mensualmente. Se estima que las transferencias monetarias totales al

mes por familia en 2001 fueron de aproximadamente 30 dolares, y las transferencias en especie tuvieron un costo de 6.4 dolares.

Evaluación económica del programa

Las provisiones tomadas por adelantado para evaluar Progres-Oportunidades han permitido la participación de diferentes agentes en los esfuerzos de evaluación, incrementando la transparencia y la calidad. Desde su diseño original, Progres incluyó la estrategia de evaluación, y la nueva administración mantuvo esa disciplina que proviene de evaluaciones externas.

Durante los primeros años, el gobierno contrató al Instituto de Investigación de Política Alimentaria (International Food Policy Research Institute, IFPRI), teniendo como investigadores principales a los profesores Jere Behrman (Pennsylvania), Paul Schultz (Yale) y Paul Gertler (Berkeley). Un modelo muestral permitió seguir a 24,000 familias durante tres años. Esta estrategia se basa en parte en que de un conjunto de comunidades, algunas reciben los beneficios del programa y otras no, y la asignación a cada grupo es aleatoria. A esto le llamamos la estrategia de randomización.

Los principales resultados de la primera evaluación fueron un incremento de 40 por ciento en las visitas a unidades de salud, un decremento de 12 por ciento en la incidencia de enfermedades en niños menores de cinco años de edad, un incremento de 8 por ciento en las visitas de cuidado prenatal durante los primeros tres meses del embarazo, y para adultos un decremento de 17 por ciento en los días reportados como enfermos para el trabajo.

Los suplementos dietéticos incrementaron el crecimiento de los niños entre las edades de 12 a 36 meses, en aproximadamente un centímetro al año. Las transferencias monetarias fueron equivalentes a 19.5 por ciento del consumo promedio, lo que significó un incremento de 13 por ciento en el gasto en comida, y un incremento de 10.6 por ciento en los insumos de calorías.

El nivel de matriculación a la escuela primaria se incrementó entre 0.74 y 1.07 por ciento para los niños, y 0.96 y 1.45 para las niñas. En el nivel de secundaria, el incremento fue entre 11 y 14 por ciento para las niñas, y 5 a 8 por ciento para los niños. El mayor impacto es 20 por ciento, observado para niñas que entran al primer año de secundaria. Una estimación sugiere que un incremento de 10 por ciento en el logro educativo total, y un incremento de 8 por ciento en el ingreso de por vida, aunque estas estimaciones no provienen de la evalua-

ción, sino de proyecciones con base en modelos mincerianos (es decir, se proyectan los salarios futuros como función de la edad y de la educación).

El artículo de Jere Behrman, Piyaly Sengupta y Petra Todd (2002) trata el problema de estimar el impacto sobre la inscripción a la escuela de niños que participaron en el Progreso.⁴⁶ También evalúan la existencia de “efectos derrame” del programa sobre niños no elegibles que comparten el lugar de residencia con niños elegibles. En ese artículo, una matriz de transición define las probabilidades de moverse entre los grados del sistema educativo, de abandonar la escuela y de regresar, para cada grupo de edad. La diferencia entre las matrices de las poblaciones tratadas y de control se estima estadísticamente: ¿qué tan probable es pasar de una condición personal hacia una mejor, gracias a estar en el programa?⁴⁷ Por ejemplo: ¿es más probable que los niños que están en el programa avancen al siguiente grado escolar? El artículo es muy claro y la metodología es directa. Sin embargo, conviene preguntarse qué puede ir mal con este plan de identificación del impacto del programa. El principal riesgo es que alguna política o elemento de selección perturbe la asignación aleatoria de niños al programa y afecte la estrategia de randomización. Por ejemplo: a) los niños podrían ser preseleccionados para mejorar las tasas de éxito del programa, incluyendo la selección de grupos de los pueblos rurales más exitosos por parte de los administradores del programa; b) los administradores del programa pueden incentivar a las poblaciones en tratamiento para obtener mejores resultados (probablemente informando a los niños de que son parte de un programa especial puede lograrse un esfuerzo adicional y, similarmente, informando a la población de control que ellos no están recibiendo un apoyo puede desalentarse el esfuerzo, probablemente por un “efecto de reciprocidad”; c) el “lado de la oferta” puede ser afectado por el programa, que es un programa del “lado de la demanda” (por ejemplo, los administradores del programa pueden influir las inversiones en mejoras a las escuelas, calidad de maestros y otras variables). Como un ejemplo de la relevancia de estos puntos, puede recordarse que en pruebas clínicas en la industria farmacéutica se requiere que el estatus de tratamiento y control sea desconocido no sólo por los pacientes, sino también por los médicos que recetan, para evitar conducta involuntaria por

⁴⁶Sadoulet, Finan, De Janvry y Vakis (2004) presentan otra evaluación favorable del programa.

⁴⁷La diferencia entre las matrices de las poblaciones tratadas y de control se estima en forma no paramétrica: condicional en estar en un estado a una edad determinada, el siguiente estado es el resultado de una realización de una distribución multinomial. Bajo estas condiciones es posible evaluar la similitud entre las matrices de tratamiento y de control por medio de una prueba chi-cuadrada utilizando las diferencias al cuadrado en las probabilidades de transición entre las poblaciones tratadas (condicional) y no tratadas (incondicional).

el médico que pueda alterar la respuesta de los pacientes a una medicina o a un placebo (en ocasiones, se denomina a esta estrategia de doble randomización, pues el médico no sabe si está prescribiendo el placebo o la medicina real; Schweitzer, 1997).

Los eventos que pueden afectar la asignación aleatoria pueden darse fortuitamente, aun bajo los esfuerzos de buena fe de los administradores del programa. En evaluaciones de Progresía-Oportunidades, el principal argumento a favor de una asignación realmente aleatoria es que se hizo a nivel de la comunidad, lo que significa que los problemas de selectividad se eliminan a nivel local (todos son elegibles). La falta de evidencia del efecto de derrame apoya la opinión de que las acciones del lado de la oferta no determinaron los resultados de la evaluación. De hecho, no veo la razón teórica por la cual los efectos de derrame deban esperarse. Sin embargo, puede ser útil controlar por las características de las comunidades, escuelas y hogares.

Para los pronósticos de largo plazo, Behrman *et al* (2002) suponen que las matrices de transición específicas a la edad son estables en el tiempo. En esta parte del artículo y en las que siguen sobre estimaciones de análisis de costo-beneficio de largo plazo las ventajas de la randomización no están presentes y nos movemos en el ámbito del diseño de la política más que en el de la evaluación. Supongamos que los pronósticos de largo plazo del impacto del programa resultan correctos: las matrices de transición en efecto se comportan como se estimaron. En las etapas iniciales del programa, los problemas que pueden llevar a una desviación de la verdadera randomización se vuelven más probables, pues el programa es conocido más ampliamente y el concepto de "grupo de control" se hace menos creíble, los administradores del programa pueden cambiar su visión y moverse de la evaluación inicial de orientación académica hacia una de orientación política con el fin de obtener incrementos en las asignaciones presupuestales, incluyendo un mayor presupuesto para actividades de mejoría de la oferta. En cualquier caso, no hay objeciones a la estrategia de evaluación en la primera parte de Behrman *et al*.

Sobre el tema del análisis de costo-beneficio, Behrman *et al*. (2002) estiman un cociente de beneficios a costos de 1.39 con una tasa de interés del 5 y 2.16 por ciento con una de 3 por ciento. Durante el periodo bajo estudio, las tasas reales de interés estuvieron entre 8 y 12 por ciento en México, lo que disminuye la razón de beneficio a costo. Los cálculos suponen que la gente trabajará 65 años, los cuales pueden ser una edad elevada para la población de bajos ingresos, y cabe la pregunta de si un programa de este tipo tendrá efectos perceptibles a 50 años.

En el mediano y en el largo plazos, no puede evitarse la pregunta sobre el papel de las políticas del lado de la oferta. Este es un programa que paga a los niños para ir a escuelas financiadas por el gobierno federal y los gobiernos estatales, pues las familias y los niños no quieren asistir a esas escuelas. ¿Es la oferta de calidad escolar exógena e inelástica?, ¿puede hacerse algo para hacer la oferta más atractiva? Durante los últimos 20 años, las áreas urbanas han pasado por un proceso de creciente privatización de las escuelas, y esto ha ocurrido entre niveles educativos y niveles de ingreso de los hogares. ¿En qué grado una reforma de la oferta de cantidad y calidad de las escuelas puede atraer familias y niños a las escuelas?, ¿se puede ampliar la oferta alternativa de escuelas en zonas rurales? Probablemente un enfoque necesario es evaluar el costo de Progresía-Oportunidades contra el menú de reformas del lado de la oferta para mejorar la calidad de las escuelas.

PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS

Un tema que está creciendo en importancia es el de las pensiones no contributivas. Éstas son transferencias a personas que no aportaron a los fondos de la seguridad social el tiempo requerido por la ley. Estos son programas suplementarios a la seguridad social y usualmente se da alguna “prueba de medios” con el fin de evitar que una persona cobre una pensión contributiva más la no contributiva, pues esta última tiene como finalidad dar un ingreso a personas mayores o discapacitados de muy bajo nivel de riqueza.

Una pensión suplementaria virtualmente hace universal a la seguridad social, y es un programa que se da en casi todos los países de la OCDE. En América Latina se da en el Cono Sur y Costa Rica, siendo probablemente Chile el caso mejor acoplado a la seguridad social y Brasil el caso más notable por su tamaño y costo. En la actualidad, aún en países de menores ingresos hay movimientos políticos que están llevando a la adopción de programas suplementarios (como el caso de Guatemala).

Desde los setenta, Chile adoptó una estrategia de desarrollo de base de datos individual de las personas para fundamentar programas de combate a la pobreza mediante una estrategia focalizada. En 1975 inició el Programa de Pensiones Asistenciales (Pasis); en 2000 el programa absorbía 2.3 por ciento del gasto público social y 17.1 por ciento de las personas mayores de 65 años que tenían una pensión recibían una de este tipo –14 por ciento de la población total corresponde a ese grupo de edad. El Pasis también protege a discapacitados mayores

de 18 años que no tienen pensiones de la seguridad social y a personas con deficiencia mental sin limitación de edad.⁴⁸

En Brasil el desarrollo fue diferente, y a partir de los cambios constitucionales de 1988 se estableció la pensión para casi todos los brasileños (instrumentada por la Ley Orgánica de la Asistencia Social, Ley num. 8.742/93 y aplicada desde 1995). El pequeño tamaño relativo de la seguridad social brasileña significa que en la actualidad, si bien dos terceras partes de los brasileños mayores de 65 años de edad tiene pensión, aproximadamente cinco de cada seis de los que reciben pensión tendría ingresos por debajo de la línea de pobreza de no ser por la pensión suplementaria (Schubert, 2004). Para llegar a esto, se adoptaron programas basados en la historia laboral, independientemente del ahorro; por ejemplo, se creó la pensión rural, que concede un beneficio de un salario mínimo mensual a los mayores de 60 años (hombres) y 55 años (mujeres) que comprueben 10 años de trabajo en el campo, generándose casi de inmediato 6.5 millones de pensionados y un gasto equivalente a un punto porcentual del PIB (Bonturi, 2002).

¿Tendrá México un programa de pensión suplementaria? En la medida en que la sociedad es más rica, financiar un programa de este tipo se facilita. La estructura del programa Oportunidades, con su enfoque individualizado, y la capacidad del IMSS para manejar un sistema nacional de pensiones, facilitarían la adopción de la pensión suplementaria. El nivel de gasto requerido para financiar el programa puede no ser demasiado elevado si el diseño es congruente con los pagos que hace el seguro social. Sería muy importante que la administración de la pensión suplementaria la hiciera el propio IMSS, por la necesidad de integración operativa a los programas principales de pensiones. Esto permitiría además controlar el uso de los programas para fines políticos. Para ser claros, una pensión suplementaria debe darse con una administración federal e institucional, y mantenerse al margen de los partidos políticos.

Muy probablemente la pensión suplementaria sería una fracción de la que paga como mínima el IMSS, que es de 1.1 salarios mínimos. Si tomamos la tasa de reemplazo de 50 por ciento calculada por la OCDE (2005) para un trabajador que de por vida ha tenido la mitad de ingresos del trabajador promedio, una referencia para la pensión suplementaria sería de 50 por ciento de un salario mínimo. Los cálculos del costo fiscal de un programa de este tipo son relativamente simples para el corto plazo, pues basta estimar estadísticamente el número de personas elegibles y

⁴⁸ Pamela Gana Cornejo describe el programa Chileno, y Bertranou (2002) compara los programas de pensiones no contributivas en varios países de América Latina.

multiplicar por el nivel elegido de pensión. Por ejemplo, en Brasil en 2003 se dio el beneficio a cerca de 660,000 personas con un costo de 540 millones de dólares. Pero en el largo plazo el costo será mayor.

Nada es gratis en la sociedad, y un programa de pensión suplementaria tiene dos grandes costos adicionales al flujo de efectivo que se les dedica del presupuesto. El menor de éstos dos sería el “peso” muerto que se genera en el sistema de impuestos para el pago de un flujo permanente y de la administración que se requerirá. El mayor costo será sobre los trabajadores de bajos ingresos que han cotizado, quienes encontrarán la sorpresa de que su ahorro vale menos de lo que pensaban, pues podían haber obtenido una parte del mismo gracias al programa no contributivo. Por ejemplo, un trabajador que haya cotizado 1,250 semanas al nivel de un salario mínimo (es decir, una gente muy trabajadora pero que siempre estuvo hasta abajo en la escala laboral económicamente hablando), terminaría con una tasa de reemplazo por su ahorro individual de 50 por ciento, pero tendría derecho a la pensión mínima de 110 por ciento del salario mínimo. Pero si por alguna razón sólo tuviera 1,100 semanas cotizadas, no tendría derecho a la mínima y podría pagar una tasa de reemplazo de 40 por ciento, quedando aproximadamente al mismo nivel que con la pensión suplementaria –que tendrían quienes nunca hubieran cotizado.

Una solución tipo Brasil tiene el problema de que ante el fenómeno de la economía informal, el incentivo al trabajador a cotizar sería aún menor, especialmente si el nivel de la pensión suplementaria es similar al mínimo que da la Ley del Seguro Social. Brasil tuvo un proceso de generación de promesas entre los ochenta y los noventa, y el gobierno del presidente Lula da Silva, a pesar de ser de izquierda, tuvo que afrontar muy pronto la realidad de que esas promesas eran impagables. La OCDE (2002) observó que el gasto de ese país en pensiones era de 9 por ciento del PIB, por arriba del promedio de la OCDE (es decir, Brasil ya estaba en un problema fiscal tipo Europa occidental antes de envejecer).

En la capital de México se inició a nivel local un programa de apoyo alimentario, atención médica y medicamentos gratuitos a personas mayores de 70 años (Distrito Federal, 2001). Inicialmente el programa apoyaba a 200,000 personas y se proponía ampliarlo con base en la disponibilidad presupuestal. Este no es propiamente un programa de pensiones y evidentemente no tiene una base de planeación adecuada. Por ejemplo, el programa señala que el ingreso promedio de estas personas es menor a un salario mínimo, lo cual es evidentemente incorrecto ante las cifras de encuestas, y desconoce la riqueza distinta al ingreso que tienen

los adultos mayores. También en la ciudad de México en los noventa se aplica una regla de disminuir el impuesto predial a los adultos mayores, surgiendo la pregunta obvia de si no se está apoyando a los menos necesitados, que son quienes tienen un inmueble propio.

En el capítulo 4, en la discusión sobre salud, está considerada la necesidad de adecuar el financiamiento a los seguros del IMSS y al Seguro Popular para financiar tratamientos y medicamentos a todos, inclusive a los adultos mayores. Algo que está ausente en los programas federales y en el del Distrito Federal es la posibilidad de dar pensiones a discapacitados no cubiertos por el seguro social y a personas con discapacidad mental de todas las edades. Los problemas de incentivos son menores o inexistentes para estos últimos grupos, y un programa de pensión no contributiva seguramente debería atenderlos. De nuevo surge la importancia de que se cuente con una base de datos federal y una administración nacional de los aspectos básicos de un programa de este tipo, sin detrimento de los posibles apoyos complementarios y gestión comunitaria que hagan los gobiernos locales de otras prestaciones. Los discapacitados no están localizados en ciertas comunidades, sino están dispersos por todo el país, por lo cual sólo el seguro social tendrá capacidad de administrar los aspectos básicos del programa en forma equitativa y llegando a todas las familias.

En la discusión sobre la economía política de la seguridad social, se comenta que la seguridad social tiene un grado muy elevado de coincidencia entre países, independientemente de las inclinaciones políticas o democráticas en la historia de los países. Es altamente probable que México adopte un programa de pensión suplementaria en los próximos años. Chile lo hizo en 1975 bajo la dictadura, Brasil en los noventa con la democracia; probablemente veamos una carrera entre los partidos políticos de todos sabores para adjudicarse la creación del programa, pero la discusión de economía política nos dice que el programa se dará independientemente de ellos. El reto del sistema político radica en acordar un conjunto de reglas que sean sostenibles en el largo plazo y que se acoplen en forma adecuada a los otros programas de la seguridad social, minimizando los problemas de recompensa al esfuerzo y maximizando el apoyo a discapacitados y viejos en situaciones de pobreza.

CAPÍTULO 6

Financiación del Estado de bienestar

INTRODUCCIÓN

El Estado de bienestar se ha fortalecido durante las últimas décadas en varias dimensiones: es más grande, está mejor administrado, es políticamente más aceptado. Tal evolución luce como una paradoja frente a las grandes tendencias hacia la privatización y la competitividad que se han observado en todo el mundo en los últimos 20 años, tendencias que en ocasiones han sido relacionadas bajo el concepto de globalización. Sin embargo, la paradoja es imaginaria. En las economías estatizadas, que fueron el ideal de la mayoría de los países durante gran parte del siglo XX, se prometía a las personas garantías de estabilidad económica; bajo ese ambiente, el papel del EB era limitado. Por ejemplo, las empresas paraestatales chinas y mexicanas prometían un trabajo estable, con probabilidad ínfima de despido o pérdida de salario, más el pago de los gastos de salud, pensiones de vejez e invalidez, así como otros beneficios que en teoría dejaban al trabajador libre de preocupaciones. En ese ambiente no era necesario tener seguros de invalidez o desempleo, ni prever un plan de retiro separado del “empleador de por vida”.

El Estado de bienestar es un conjunto de programas que protege al trabajador y a su familia ante la incertidumbre en un ambiente de economía de mercado. El EB del Reino Unido, con frecuencia utilizado como paradigma histórico, se fundó en la visión keynesiana adoptada por Beveridge de que mantener

el pleno empleo era una responsabilidad del gobierno y herramienta indispensable del EB. En lugar del empleo de por vida prometido en las economías socialistas, en los sistemas de mercado se comenzó a dar al Estado una responsabilidad de adoptar políticas de empleo y de seguridad social.

La relevancia del EB es creciente en el mundo globalizado, en el cual la inestabilidad de los empleos e ingresos individuales es aceptada como necesaria dentro del proceso de “creación destructiva”. En la economía de mercado el éxito de los empresarios se basa en la innovación, y trae aparejado el declive, la “destrucción” del viejo capital para dar paso al que incorpora nueva tecnología. En forma complementaria, continuamente se crean y destruyen empleos en forma que es azarosa para el trabajador individual, generando un riesgo sobre el bienestar de su familia.

El gran peso de los programas de pensiones y salud en el presupuesto público obliga a estudiar el problema de financiamiento en forma especial. El EB no se motiva como un proveedor de bienes públicos, pues financia principalmente beneficios privados, como son el pago de una pensión o una atención de salud. Harry Johnson (1975) pensaba que existía una tendencia a sobrefinanciar los bienes de naturaleza pública, como la defensa nacional, y a presupuestar por debajo del óptimo programas que entregan beneficios privados, como son los del EB, pero la evidencia no parece apoyar esa idea. Un ejemplo claro de esta peculiaridad es que uno de los dos impuestos más importantes en una economía contemporánea, que es el impuesto al ingreso, se diseña de forma inseparable de los objetivos del Estado de bienestar, convirtiéndole propiamente en parte del mismo. En el impuesto al ingreso, los países adoptaron entre los ochenta y los noventa algún tipo de impuesto negativo al ingreso como red de protección a las familias. Este es un impuesto que cobra más a quienes ganan más (es progresivo), pero además da un subsidio a trabajadores de bajos ingresos. Usualmente, este impuesto negativo toma la forma de un crédito fiscal al salario o al ingreso devengado, de manera que equivale a que el gobierno entregue al individuo o a su empleador una cantidad en efectivo que resulta mayor a los impuestos que tiene que pagar un trabajador de bajos ingresos. La variante que ha adoptado México es un crédito, el cual determina que a pesar de altas tasas marginales, las tasas promedio sean virtualmente cero (OCDE, 2002). Esto significa que los impuestos que paga la clase media y alta se compensan totalmente con los subsidios que se entregan a trabajadores de menores ingresos.

El otro impuesto importante, el aplicado a las ventas que toma la forma moderna de impuesto al valor agregado, es cada vez más entendido en forma explícita

como la base para financiar el EB en Europa y Sudamérica, no así en México y Norteamérica, donde se da una gran oposición a su adopción o ampliación.

Los estados contemporáneos enfrentan decisiones estratégicas sobre la forma de financiar los programas del Estado de bienestar. ¿Deben utilizarse los impuestos a la nómina o los del valor agregado?, ¿cuál es el papel del impuesto sobre la renta al financiar gastos de previsión social, por ejemplo vía la deducción fiscal de los gastos médicos y del ahorro para el retiro? Complementariamente, las decisiones de financiamiento son inseparables del diseño de las regulaciones a la operación de los programas. ¿Debe haber financiamiento complementario por las familias (*e.g.* copagos y deducibles para los servicios de salud, ahorro voluntario)?, ¿debe haber un control directo por las instancias financieras de los hospitales y de los fondos de pensiones o es preferible una separación?

Este capítulo analiza los impuestos al trabajo y los programas sociales que se sustentan en ellos y estudia la evolución empírica de la base fiscal y de sus causas de variación. En otros capítulos estudiaremos los problemas de organización de la oferta del EB.

¿POR QUÉ ES RELEVANTE LA RELACIÓN DIRECTA ENTRE IMPUESTOS Y PROGRAMAS SOCIALES?

Tanto en los sistemas tipo-Bismarck (impuesto a la nómina y acceso a beneficios vía un concepto de afiliación) como en los sistemas tipo-Beveridge (impuestos generales y acceso a beneficios sin restricciones, “concepto de ciudadanía”) la arquitectura del Estado de bienestar supone que para el financiamiento de los programas sociales existe la capacidad de cobrar algún tipo de gravamen o de canalizar obligatoriamente recursos de los particulares a cierto tipo de ahorro (*e.g.* para el retiro). Con el avance de la globalización se ha argumentado que el crecimiento del comercio internacional disminuye la capacidad del Estado para cobrar impuestos y para financiar programas sociales, y que la carga fiscal se ha movido del capital al trabajo.

Según Rodrik (1997), la integración económica internacional incrementa la exposición al riesgo e intensifica la demanda doméstica por seguridad social a través de programas del gobierno. Por otro lado, la misma integración económica reduce la capacidad de los gobiernos de responder a esas presiones al debilitar la base fiscal. El debilitamiento significaría menor capacidad del Estado para cobrar impuestos, pues, dice el argumento, no es posible elevar los impuestos al trabajo o a las ventas pues se pierde competitividad en las exportaciones, y no

es posible gravar al capital pues éste migra con facilidad a otras naciones con menores impuestos. Estos elementos contradictorios pueden reducir el consenso social necesario para sostener las políticas de apertura al comercio internacional.

En paralelo al crecimiento del comercio y de la movilidad de factores de la producción, se observa un crecimiento del gobierno como agente redistribuidor. En los países más ricos se da un incremento continuo en el gasto social hasta la mitad de los ochenta, fecha a partir de la cual se estabiliza como proporción de los productos nacionales. La evidencia de corte transversal (comparación entre países) también indica a una fuerte correlación entre el grado de exposición al comercio internacional y el peso del sector público en la economía: para miembros de la OCDE, 44 por ciento de la variación en el gasto público se asocia al grado de apertura al comercio internacional, y el resultado se confirma para una muestra de 115 países. Rodrik (1997) argumenta que la mejor explicación a este resultado es que el gobierno juega el papel de protector contra los riesgos externos. La evidencia presentada es que: primero, mientras mayor es la exposición al riesgo externo, mayores son los riesgos sobre el ingreso agregado y el consumo agregado a que están sujetos los residentes domésticos; segundo, al distinguir entre apertura y exposición al riesgo externo, se observa que mayores niveles de gasto del gobierno se asocian a una mayor exposición al riesgo externo, y que una vez que se controla por el riesgo externo, los gobiernos en economías abiertas no necesariamente gastan más; tercero, dadas las características de riesgo de cada país (modeladas como efectos fijos), se encuentra que incrementos en la apertura resultan en disminuciones en el gasto social y en consumo del gobierno, siendo el efecto mayor en países que no restringen la movilidad del capital. De gran importancia como tendencia de largo plazo es que la distribución de la carga fiscal se ha movido del capital al trabajo.

¿Significa esto que México, que se ha visto sujeto a un proceso de apertura comercial, verá: 1. incrementada la carga fiscal para sustentar programas de transferencia, en particular la seguridad social, y 2. incrementará los impuestos al trabajo para financiar esa expansión? La respuesta está sujeta a complicaciones derivadas de la forma en que el riesgo afecta a la población y a la capacidad del gobierno para llevar a cabo la administración de ese riesgo. Con respecto al incremento en la carga fiscal, un pronóstico altamente probable es que habrá un crecimiento de los programas de seguridad social con relación al resto de la economía, pero por otro lado, la composición de la oferta de seguridad en el país no se dará en forma obvia en un marco "tradicional", es decir, mediante el crecimiento de programas estatales como sucedió en la Europa occidental de la posguerra. También el estu-

dio de la OCDE (2005) sobre el sistema de salud en México presupone que el crecimiento del gasto se dará por la vía del sector público. Sobre el tema del impuesto a la nómina, surgen las opciones del impuesto al valor agregado y del financiamiento directo por las familias; la evolución más probable depende de la capacidad del gobierno para recaudar los montos requeridos, pero también de la posibilidad de que la reorganización de los programas disminuya las demandas sobre el gasto público, favoreciendo la organización descentralizada –privada– del EB.

La forma en que se regula el financiamiento y la provisión de los servicios sociales puede afectar en forma importante al sistema fiscal. Esto se ilustra por la relación entre la carga tributaria, sin considerar seguridad social y la carga fiscal al considerarla. Así, mientras que en Francia la carga sin seguridad social equivale a 24.6 por ciento del PIB, al incluirla sube a 42.3 por ciento, mientras que en Filipinas, Indonesia y Singapur, ambas cargas son idénticas. Estas diferencias se asocian a que en Francia existe una red pública de protección social muy amplia, la cual era virtualmente inexistente hasta hace pocos años en el sudeste asiático. En Estados Unidos y Japón, las diferencias entre la carga fiscal con y sin seguridad social, son de 6.7 y 5.7 puntos porcentuales respectivamente, mientras que en Francia y Alemania es de aproximadamente 18 puntos porcentuales. Esta gran diferencia se asocia a que Japón y Estados Unidos tienen un EB más descentralizado que Francia. Sobre precisamente este tipo de opciones debe enfocarse la discusión sobre el EB mexicano.

En México, la diferencia entre el gasto público con y sin seguridad social es de aproximadamente tres puntos porcentuales del PIB. Esta brecha se asocia a la existencia y el grado en que se otorgan varios beneficios: 1. de ingreso en el retiro por vejez, invalidez o muerte (que explica la mayor parte de la brecha en Japón y Estados Unidos); 2. de aseguramiento para la salud y otros servicios sociales, y de si ésta se da por medio de proveedores públicos de servicios (que explica la mayor parte de la diferencia entre, por ejemplo, Francia y Alemania por un lado y Japón y Estados Unidos por el otro, ya que en el segundo par de países, el sistema es mayoritariamente privado); 3. el cumplimiento de las garantías, lo cual explica por qué en México, que otorga casi todas las garantías de la seguridad social a sus trabajadores, la diferencia es de sólo tres puntos (pues hay una distancia importante entre las declaraciones constitucionales y políticas y la realidad).

Lo que se infiere a partir del párrafo anterior es que si en México el cumplimiento de las obligaciones sociales fuese más alto, la recaudación como porcentaje del PIB también lo sería, pero también crecería la brecha entre la carga fiscal medida

antes y después de la seguridad social. Una opinión que ha dominado las propuestas de reforma fiscal en años recientes es que se necesita incrementar la carga fiscal en proporción al producto nacional. Por ejemplo, la OCDE habla de que una meta de tres puntos porcentuales de aumento en la recaudación fiscal es razonable para México (OECD, 2000), de lo cual surgen algunas preguntas. ¿En que grado se trata de un aumento para programas sociales sin que se generen recursos adicionales para otras actividades del gobierno?, ¿si la mayor recaudación se dará para financiar programas sociales, éstos se darán mediante expansión del gasto público o con financiamiento a otras opciones de provisión? Las comparaciones internacionales dadas arriba muestran el orden de magnitud de la demanda por mayor financiamiento a programas sociales y sugieren que de lograrse un aumento importante en la recaudación, como han propuesto al menos las dos administraciones federales más recientes, el mismo se tendría que dedicar –probablemente en su totalidad– a financiar programas del EB.

El Estado de bienestar tiene entre sus peculiaridades proveer bienes esencialmente privados, es decir, bienes para los cuales el consumo por una persona excluye el consumo por los demás. Tal es el caso de los servicios de salud o del gasto derivado de las pensiones. Si bien en el discurso político y en la legislación esos servicios se asocian al adjetivo público, tal denominación se refiere a cierta obligatoriedad para el gobierno en proveerlos o en garantizar su provisión. Sin ignorar la empatía existente entre personas por el dolor de la enfermedad, los servicios de salud y el consumo financiado por las pensiones son bienes privados en cerca de su totalidad.

Los gobiernos deben encontrar un balance entre la visión social de los programas de bienestar como “públicos” en el sentido de que los electores demandan cierta garantía de provisión, y la naturaleza “privada” de los bienes en un sentido tecnológico. En ausencia de costos de fiscalización y de conductas oportunistas de los individuos, el dilema tal vez no existiría: si los electores decidiesen que el gobierno financiara un bien privado, esto se haría como cualquier otro gasto público. Pero en la práctica eso no es posible. Los electores usualmente demandan más del EB, mejores pensiones, mejores servicios de salud, mejores servicios para niños, más seguridad contra el desempleo, pero también buscan eludir la carga fiscal requerida como contraparte.⁴⁹

⁴⁹Cuando un gobierno ofrece un bien privado como si fuera público y lo financia con base en impuestos, tiende a encontrarse con dos situaciones. Por el lado de la oferta, los proveedores privados no están en desventaja de costos o de mercado, pues la tecnología les permite proveer el bien en forma competitiva. Del lado de la demanda, la exclusión en el consumo propia de los bienes privados lleva a la población a demandar

El siguiente apartado discute por qué se cobran impuestos al trabajo y algunas de las peculiaridades asociadas a ello. Posteriormente se describen los principales impuestos al trabajo que se cobran en México y se estudia la evolución de la base fiscal ofrecida por el trabajo y los determinantes de la recaudación. Finalmente se plantean posibles reformas al sistema fiscal y de regulación al bienestar que pueden facilitar resultados preferibles al mantenimiento del *statu quo*.

¿QUÉ SE FINANCIA?

La seguridad social es por su peso presupuestal uno de los programas más importantes en los estados contemporáneos de Europa y Norteamérica, así como en algunos de América Latina. Está compuesta por seguros de salud, para el retiro y la invalidez (pensiones monetarias), programas para apoyar a madres trabajadoras y niños, y programas para compensar el desempleo. Cada país organiza estas funciones de forma diferente, algunos buscan operar programas institucionales públicos y centralizados bajo un marco legal unificado, y otros operan múltiples programas y agencias descentralizadas con mezcla de provisión y financiamiento entre lo público y lo privado, ámbitos que se complementan o sustituyen para diferentes grupos sociales.

¿Otra característica que puede moldear en forma importante cada programa es el grado de integración de funciones fiscales (de recaudación), financieras (de asignación de recursos) y de provisión de servicios. Existen países en los que cada función se lleva a cabo por separado, y otros en los que las tres funciones se ligan dentro de una misma agencia. Los grados de integración de funciones en los programas se ligan a su vez con una combinación de regulaciones fiscales y a la operación. Esa combinación puede verse afectada particularmente por el grado en que se da financiamiento con impuestos al trabajo para un fin específico, en el cual los programas dependen de fondos generales del gobierno, o en el grado en el que exista una mezcla de recursos públicos y privados. Por el tamaño de la seguridad social y otros programas de transferencia, este factor afecta la estructura fiscal general. Puede observarse que cuando se discute sobre la conveniencia de elegir entre un sistema “tipo Bismarck” o uno “tipo Beveridge”, principalmente se hace referencia a si el financiamiento es a través de contribuciones provenientes

el bien en exceso (pues se ofrece como público, sin costo marginal adicional; una vez que se paga el impuesto, la persona puede utilizar todo lo que quiera sin pagar más). Estas situaciones ayudan a explicar las deficiencias crónicas de las instituciones del Estado de bienestar para lograr un financiamiento adecuado y contener la demanda.

de la nómina o proviene de fondos fiscales generales. Esta distinción también es a la que se refiere la OCDE (2005) cuando habla de “cómo deben establecerse los derechos de acceso al aseguramiento... los derechos a la seguridad social se basan en el empleo... mientras que los derechos al [Seguro Popular] tienen como base la ciudadanía” (p. 169). En la práctica, los EB contemporáneos mezclan estos instrumentos.

¿QUÉ IMPUESTOS SE COBRAN AL TRABAJO?

Impuestos federales

En México, a nivel federal, se pagan por impuestos al trabajo el impuesto sobre productos del trabajo (ISPT) y las contribuciones a la seguridad social de empleados y empleadores o individuos independientes (convencionalmente abreviadas como COP). En algunas épocas en el pasado ha existido también un impuesto federal sobre la nómina, pero este impuesto es ahora estatal.

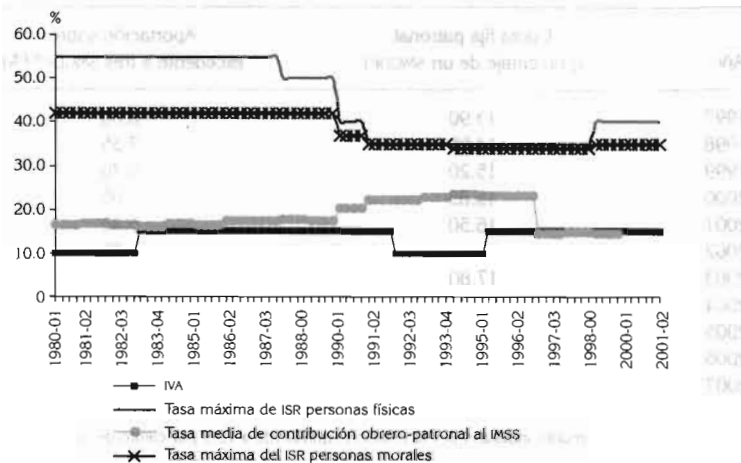
El ISPT forma parte de la Ley del Impuesto sobre la Renta, la cual aplica a personas físicas y a personas morales. La gráfica 28 muestra las tasas máximas que se han aplicado de 1980 a 2000. Como puede observarse, en la última parte de los ochenta se inició un periodo de desgravación, pero hacia el final de los noventa se dan ligeros incrementos en las tasas. El ISPT es un impuesto con tasas progresivas en relación con el ingreso de la persona. Cuando los impuestos al trabajo son demasiado elevados, se desincentiva que la gente dedique más horas a actividades productivas, y se disminuye el crecimiento en la productividad, pues el impuesto significa que el gobierno se queda con una parte importante de esas mejoras.

Para financiar al IMSS se impone un impuesto a la nómina que tuvo su máximo histórico entre 1993 y 1997. En 1995 la tasa máxima de este impuesto era aplicada a niveles de ingreso tales que una familia en Estados Unidos aún calificaría por encontrarse debajo de la línea de la pobreza (Martínez, 1996). En diciembre de 1995 el Congreso expidió una nueva Ley del Seguro Social (LSS) que tuvo entre otros objetivos reducir ese impuesto, con la idea de que ello beneficiará al empleo y al crecimiento en la productividad. A raíz de esa reforma, se inició en 1997 un proceso gradual de transición que concluirá en 2007 (de no haber cambios legales), habiendo disminuido las tasas marginales y medias de impuesto e incrementado las aportaciones del gobierno federal (véase tablas 20 y 21).⁵⁰

⁵⁰ Conviene aclarar que el término cuotas se refiere a las pagadas por asegurados, que usualmente son empleadores y asalariados y en una proporción pequeña son independientes. Evito la terminología “obrero-pa-

GRÁFICA 28

Tasas impositivas en México, 1980-2001



Fuente: Investigación propia.

TABLA 20
Financiamiento para el seguro social a partir de 1997

Componente	Valor inicial	Métodos de indexación y ajuste
Enfermedades y maternidad		Véase tabla 21 para transición
Cuota empleador diaria	13.9 por ciento de un SMGDF diario	SMGDF
Cuota estatal diaria	13.9 por ciento de un SMGDF diario	INPC
Cuota tripartita para prestaciones económicas	1 por ciento del SBC	
Cuota empleado-empleador	8 por ciento del SBC sobre ingresos excedentes al equivalente a tres SMGDF	Programa de disminución gradual en la ley a 10 años para llegar a 1.5 por ciento
Invalidez y vida	2.5 por ciento del salario	5 por ciento pagado por el gobierno
Guarderías y prestaciones sociales	1 por ciento del salario	El gobierno no paga nada
Riesgos de trabajo	Variable, aproximadamente 1.9 por ciento del salario	El gobierno no paga nada

SMGDF: Salario Mínimo General Diario del Distrito Federal;

INPC: Índice Nacional de Precios al Consumidor;

SBC: Salario Base de Cotización.

Fuente: Elaboración propia con base en la Ley del Seguro Social.

tronal" porque no coincide con la realidad social y legal: sólo una minoría de los asegurados son obreros. Legalmente, una mejor aproximación es el término "asalariado-patronal", pero el término "cuota" sigue siendo más general.

TABLA 21
Parte variable de las cuotas para el SEM, 1997-2006

Año	Cuota fija patronal (porcentaje de un SMGDF)	Aportación sobre excedente a tres SMGDF* (%)
1997	13.90	8.00
1998	14.55	7.35
1999	15.20	6.70
2000	15.85	6.05
2001	16.50	5.40
2002	17.15	4.75
2003	17.80	4.10
2004	18.45	3.45
2005	19.10	2.80
2006	19.75	2.15
2007	20.40	1.50

La aportación federal es un monto indexado por la inflación equivalente a 13.9 por ciento de un SMGDF al 1o. de julio de 1997.

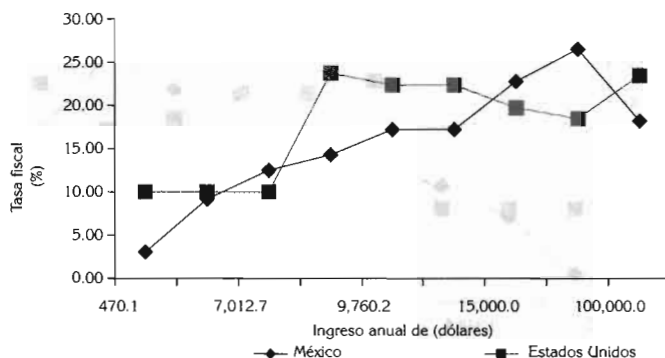
*El 75 por ciento corresponde al empleador y el resto al trabajador.

Fuente: Elaboración propia con base en la Ley del Seguro Social.

La Ley de Impuesto sobre la Renta también ha tenido una evolución favorable para disminuir el problema de impuestos elevados al trabajo. Como se ve en la gráfica 29, para 2004 la simplificación ha llevado a tener un perfil de tasas marginales más suave que en 1996 (paneles *b* y *c*). Esta evolución favorable ha encontrado su límite, ya que en 2004 aún se mantiene la situación de rangos de ingreso muy pequeños para la aplicación de las tasas máximas: mientras que en Estados Unidos se tiene que llegar a un ingreso de cerca de 100,000 dólares para pagar la tasa marginal máxima, en México esta tasa se alcanza con niveles de un poco más de 10,000 dólares. Este parece ser un dilema que es difícil resolver para la ley fiscal. El tema merece mayor investigación, pero aparentemente hay dos factores importantes que hacen difícil resolverlo, primero, muchos no pagan impuestos, y la ley extrae tasas elevadas de trabajadores cautivos de ingresos medios (básicamente, de las mismas empresas y trabajadores que cotizan al IMSS). El segundo es que en México, con una distribución de ingresos por salarios centrada en torno a los 4,000 dólares al año, son relativamente pocos los trabajadores con ingresos superiores a 15,000 dólares al año, y esto genera aceptación social para cobrar impuestos altos a familias que en Estados Unidos estarían por debajo del promedio. Esta tensión entre competitividad y la progresividad interna del sistema fiscal es un dilema de política, ya que el costo marginal de elevar el salario en el sector formal crece

GRÁFICA 29A

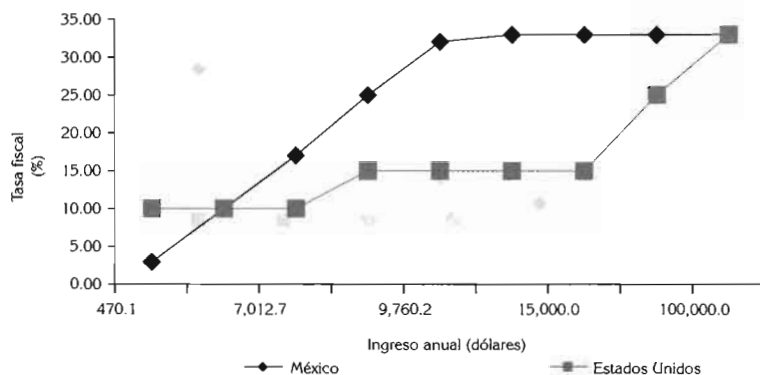
Tasas promedio de impuesto al trabajo, México y Estados Unidos, 2004



Fuente: Cálculos propios con datos de la OCDE.

GRÁFICA 29B

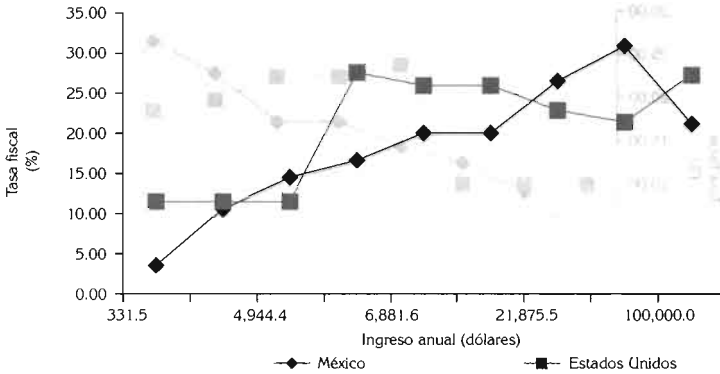
Tasas marginales de impuesto al Trabajo, México y Estados Unidos, 2004



Fuente: Cálculos propios con datos de la OCDE.

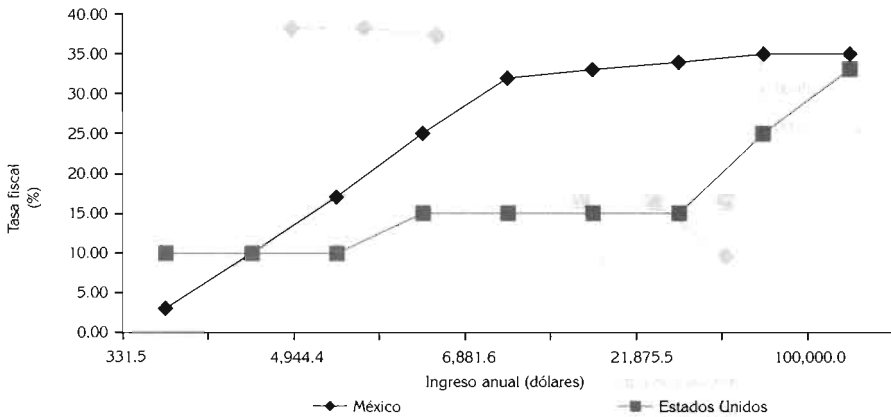
muy rápidamente, y si la sensibilidad de la oferta de trabajo es grande, se incentiva el crecimiento de la economía informal para hacer efectivas las ganancias en productividad. Este resultado tiende a agravarse en la medida en que la fiscalización es deficiente y el trabajo encuentra formas de organización no asalariadas. En otros términos, cuando se da un incremento en productividad, parte se deriva en mayores salarios, parte en mayores utilidades para la empresa y parte en mayores ingresos para el gobierno. Si este último componente es muy importante, entonces trabajadores y empresas tienen pocos incentivos para aumentar su productividad, por lo

GRÁFICA 29C
 Tasas promedio de impuesto al trabajo, México y Estados Unidos, 2004



Fuente: Cálculos propios.

GRÁFICA 29D
 Tasas marginales de impuesto al trabajo, México y Estados Unidos, 1996



Fuente: Cálculos propios.

que los impuestos a la nómina tienen una relación cercana con la motivación de trabajadores y empresas a operar en la economía informal. Jorrat y Barra (1998), confirman que en México los trabajadores enfrentan las tasas marginales impositivas más elevadas de una muestra amplia de países, para ingresos de aproximadamente 2,500 dólares al mes (véase tabla 22). Por otro lado, con respecto a economías emergentes que son miembros de la OCDE, México tiene tasas relativamente bajas (véase tabla 23).

TABLA 22
Tasa media de impuesto para trabajadores dependientes

	Nivel de ingreso (dólares al mes)		
	500	2,500	15,000
Estados Unidos	0	9.1	31.5
México	8.1	22.9	29.2
Indonesia	6.2	14.4	24.0
Chile	0	4.4	23.1
Brasil	0	7.8	19.4
Taiwán	0	4.0	15.9

Fuente: Jorrat y Barra (1998).

Además de los problemas de evasión total, un costo fiscal elevado de la nómina promueve la declaración fiscal de ingresos por debajo de los efectivamente pagados. Si bien el IMSS es con frecuencia considerado un fiscalizador eficiente en identificar asalariados, no siempre lo es con respecto al salario de cotización. Algunas comparaciones con encuestas del mercado de trabajo y datos del IMSS sobre la relación de trabajadores que cotizaban a niveles de un salario mínimo o menos señalan que, en 1993, en el IMSS la relación era de 1: 5 y en las encuestas para trabajadores que declaraban estar afiliados a la seguridad social esa relación era de 1: 40.

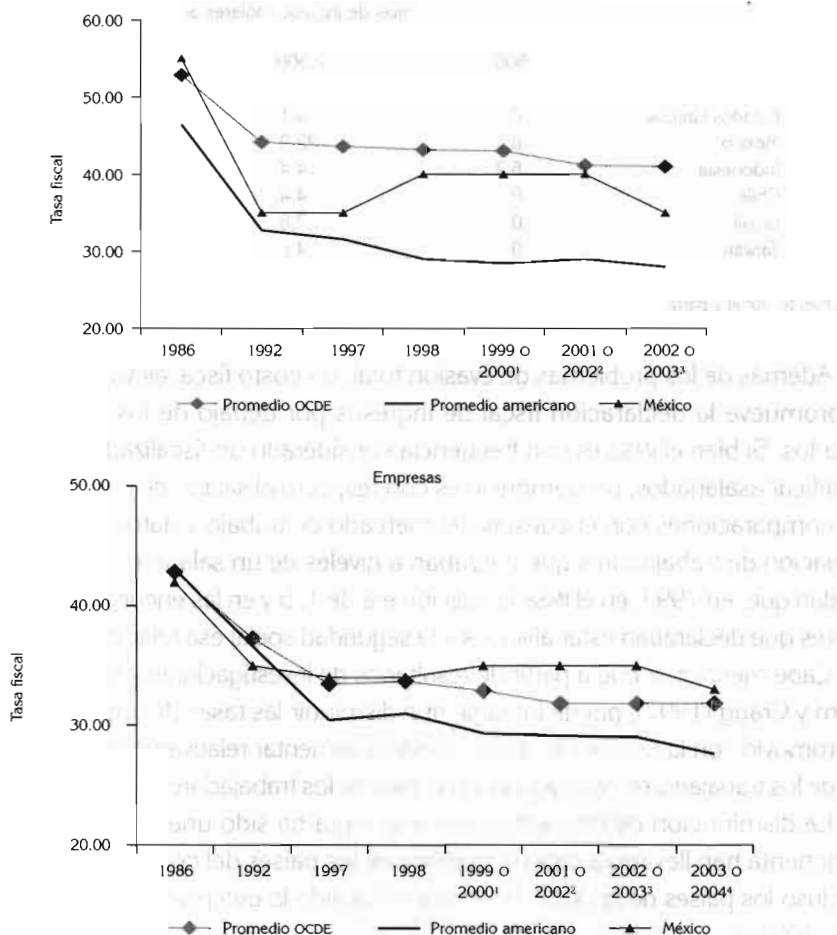
Cabe mencionar que a partir de resultados de investigaciones como la de Epelbaum y Cragg (1997), puede inferirse que disminuir las tasas de impuestos, como se promovió con la reforma de 1995, tiende a aumentar relativamente más los salarios de los trabajadores calificados y el empleo de los trabajadores menos calificados.

La disminución de impuestos sobre la renta ha sido una política que desde los ochenta han llevado a cabo la mayoría de los países del continente americano e incluso los países de la OCDE, y México no ha sido la excepción (véase gráfica 30; CISS, 2004a).

La Ley del Seguro Social (LSS) de 1997 incorporó explícitamente objetivos de largo plazo que disminuyen la progresividad del impuesto del seguro social, al incrementarse la parte fija de la aportación del empleador de 13.9 a 20.4 por ciento del salario mínimo y reducir la tasa sobre ingresos marginales de 8 a 1.5 por ciento (véase tabla 21).

A partir de la reforma, una parte importante de los ingresos del IMSS (la parte estatal) quedó protegida de los efectos de la inflación y de los ciclos económicos. Como veremos más adelante, la alta variabilidad del salario es el principal riesgo

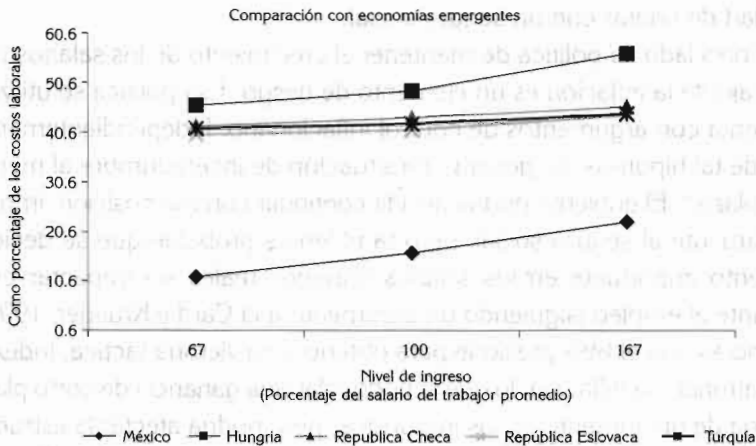
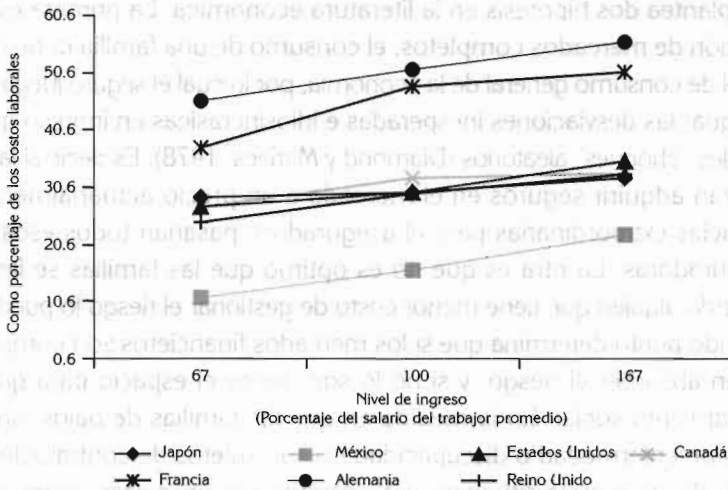
GRÁFICA 30
Tasas máximas del impuesto de ingreso de las personas
y de las empresas, 1986-2004



Fuente: CISS, 2004.

financiero que enfrenta el seguro social, por lo cual la reforma, al transferir parte de este riesgo al gobierno federal, facilita alcanzar los objetivos de mantener el servicio del IMSS ante caídas del salario real. El indexar la cuota fija patronal al INPC tendría el riesgo de imponer en exceso a las empresas en épocas de salarios bajos, mientras que el indexar al salario mínimo tiene el riesgo de que los recursos para protección social se vean afectados por políticas de salario mínimo con objetivos divergentes, tales como la estabilización macroeconómica. La reforma

GRÁFICA 31
 Impuesto al ingreso más contribuciones de empleadores
 y trabajadores menos beneficios en dinero México y países desarrollados, 2002



Fuente: Elaboración propia con información proveniente de la OCDE (2002).

de 1995 considera que el segundo riesgo es menor al primero, especialmente porque el erario público funciona como instrumento de aseguramiento para toda la economía, de manera que la cuota fija del empleador se indexa al salario mínimo.

La LSS supone que es más eficiente que el gobierno federal absorba parte del ciclo en salarios y que no sea el IMSS quien lleve toda la carga al respecto, por lo cual la cuota fija del gobierno se indexa a la inflación. Este argumento se basa

en las teorías de la distribución óptima del riesgo entre un principal (el gobierno) y una agencia (el seguro social). La solución óptima requiere que el agente con menor aversión al riesgo o menor costo de diversificarlo sea quien lo asuma. Esta situación plantea dos hipótesis en la literatura económica. La primera es que en una situación de mercados completos, el consumo de una familia debe moverse con el nivel de consumo general de la economía, por lo cual el seguro juega el papel de amortiguar las desviaciones inesperadas e idiosincrásicas en ingreso que sufra la familia –los “choques” aleatorios (Diamond y Mirrlees, 1978). Es decir, si las personas pudieran adquirir seguros en el mercado a un precio actuarialmente justo (sin ganancias extraordinarias para el asegurador), pasarían todos esos riesgos a las aseguradoras. La otra es que no es óptimo que las familias se lleven ese riesgo cuando alguien que tiene menor costo de gestionar el riesgo lo puede hacer. Este segundo punto determina que si los mercados financieros son competitivos, ellos deben absorber el riesgo, y si no lo son, surge el espacio para que se dé un aseguramiento social. En la medida en que las familias de bajos ingresos o con riesgo de enfermedad o discapacidad no son sujetos de contratación por el sector privado (que es la situación más común aún en países ricos), surge la necesidad de contar con un seguro social.

Por otro lado, la política de mantener el crecimiento de los salarios mínimos por debajo de la inflación es un elemento de riesgo. Esa política se utilizó desde los ochenta con argumentos de control inflacionario. Independientemente de la validez de tal hipótesis, se genera una situación de incertidumbre al mantenerse a largo plazo.⁵¹ El gobierno podría decidir continuar con esa posición, impactando negativamente al seguro social, pero también es probable que se decidiera un incremento importante en los salarios mínimos reales sin impactar en forma importante al empleo (siguiendo un argumento a la Card y Krueger, 1995). Otro escenario es que el IMSS presione para obtener una victoria táctica, indexando la cuota patronal a la inflación, lo que le podría dar una ganancia de corto plazo pues se trataría de un aumento en los impuestos, pero podría afectar la estructura del programa en su finalidad de ser un seguro social al disminuir la afiliación.

El análisis de la indexación de las cuotas patronales o estatales debe basarse en un análisis del riesgo, y de cuál es la distribución óptima. El problema de indexación al salario mínimo debe enfrentarse planteando los objetivos de largo plazo y eliminando factores de decisión endógena. Por ejemplo, si hay un objetivo de mantener la cuota fija con relación al salario, la mejor decisión sería indexarla a un

⁵¹ Taylor (1999) dio su nombre a la idea de que esta política es útil para controlar la inflación en el corto plazo.

índice general de salarios sobre el cual ninguna de las partes tenga influencia directa de decisión (por ejemplo, al promedio del salario de cotización nacional), pero si el objetivo es que el IMSS tenga ahorros por eficiencia, se podría fijar la indexación por inflación menos un porcentaje (para evitar el riesgo político del salario mínimo). La indexación a la inflación general determina una ganancia gradual para el IMSS (por el sesgo de calidad del índice de precios al consumidor).

El ISSSTE también se financia con un impuesto a la nómina, pero como es un organismo virtualmente con un solo empleador (el gobierno federal) y como en la práctica el desequilibrio de sus finanzas ha sido tan profundo por un tiempo tan prolongado, en realidad su presupuesto de ingresos y gastos se decide en bloque anualmente por la SHCP.⁵² Por esta razón, los incentivos de quienes contratan personal en el sector público centralizado (*e.g.* secretarías de Estado), dependen de su capacidad de negociación con la SHCP (que presumiblemente responde a líneas de política) y no del costo marginal de contratación.

Con respecto a las deducciones de gastos en el ISR, el conjunto de éstas es más amplio para las empresas que para las personas físicas y en particular que para los trabajadores asalariados. Esto significa que hay una clase importante de gastos que, de ser efectuados por un empleador o por una persona física no asalariada (*e.g.* un comisionista, un comerciante en pequeño, un patrón persona física, un profesionista independiente), pueden deducirse de la base fiscal, pero no en el caso de ser realizados por un asalariado. Hasta 2001 estaban en esta clase los gastos en seguros médicos, de vida y de otro tipo, el ahorro para el retiro, gastos en consumo que con frecuencia no son claramente relacionados con la producción (*e.g.* automóvil, gastos de representación, gastos de viaje), y una gran variedad de “gastos de previsión social” que las empresas pueden efectuar para compensar a sus empleados (*e.g.* vales de despensa alimenticia, membresías en clubes deportivos y sociales, apoyo para libros y estudios que se da en efectivo, descuentos en tiendas, créditos y otros). Durante la administración 2000-2006 se ha disminuido esta situación de desventaja para los asalariados, a quienes gradualmente se les ha permitido incluir como deducciones los gastos en seguro de salud y el ahorro voluntario para el retiro (con un límite en el equivalente a cinco salarios mínimos).

⁵²Adicionalmente, las cotizaciones al ISSSTE tienen una relación relativamente baja con los salarios por lo que los gobiernos con frecuencia han pagado un salario base para cotizar y otras compensaciones que no se integran a esa base fiscal. Eso refuerza que en la práctica, el ingreso y gasto del ISSSTE sean una decisión presupuestal anual, sin que la legislación tenga el papel central. La falta de portabilidad de derechos y antigüedad entre el IMSS y el ISSSTE refuerza al ISSSTE como un plan de pensiones y salud de un empleador. En 2003, 62 por ciento de la nómina de pensiones y 29 por ciento de los ingresos provenían de aportaciones federales (ISSSTE 2004).

Sin embargo, aún no se permite el ahorro para los gastos de salud, favoreciéndose al gasto. Las reglas vigentes tienden a ser regresivas, ya que benefician sólo a asalariados sujetos a tasas elevadas de impuesto, y favorecen al gasto sobre el ahorro y la prevención. Una gran parte de la deducción se dedica a subsidiar hospitales y tratamientos de lujo.

El ISPT es un impuesto al ingreso del trabajador que paga el propio trabajador, jugando el patrón el papel de retenedor.⁵³ Con respecto a las contribuciones a la seguridad social, la situación es diferente, ya que parte de la cuota la paga el empleador y parte el trabajador. En el caso de trabajadores independientes, el pago no es obligatorio, y de optar por afiliarse, la totalidad es pagada por el asegurado, pero no hay más de 250,000 hogares en el país en esta situación (es decir, asegurados voluntariamente) y tal vez menos de la mitad de éstos son económicamente activos, siendo los demás personas que siguen cotizando a la seguridad social para recibir los servicios, después de separarse de su empleo.⁵⁴

Ante una carga de impuestos para programas sociales más impuestos a la nómina (que también son sólo sobre asalariados), que es cercana al 30 por ciento sin considerar el efecto del ISPT, el incentivo a buscar formas de contratación alternas es elevado. A esa brecha en el costo de contratarse bajo diferentes formas se debe añadir el impacto de la posibilidad de deducir gastos de la base gravable, que es importante para trabajadores de ingresos medios y altos. No es sorprendente que una gran cantidad de trabajadores en este último grupo opten por formas de contratación no asalariadas, y que trabajadores de bajos ingresos opten de plano por evadir impuestos.

¿Por qué es visto el nivel de impuestos a la nómina como un problema? Aparentemente, muchos países tienen impuestos a la nómina tanto o más elevados que México, sin que ello se asocie necesariamente con el fenómeno del “mercado de trabajo informal” que se observa en México. La combinación de elevado impuesto a la nómina se suma a la inconsistencia del sistema a lo largo de las décadas (es decir, a que las pensiones pagadas han sido menores a las prometidas) como una de las causas del problema. El valor del SS para la población es alto o bajo dependiendo de los servicios efectivamente entregados. Aún este valor no necesariamente

⁵⁶ Los trabajadores de altos ingresos o trabajadores con varios empleos tienden a presentar declaraciones de impuestos. Trabajadores con un solo empleador o bajos ingresos tienden a no hacerlo pues no buscan devoluciones de impuestos pagados en exceso o no aprovechan las deducciones, y no tienen obligación de hacerlo.

⁵⁷ Las familias puede afiliarse voluntariamente al programa público del seguro social para contar seguro de salud. Los ex trabajadores se pueden afiliar por la misma razón y, de ser menor de 60 años, también con el fin de alcanzar la edad de retiro como cotizantes y gozar así de una pensión. A junio de 2000, 2.4 de los 13.4 millones de asegurados permanente del IMSS no eran trabajadores, y además había 1.9 millones de pensionados.

se refleja en cotizaciones si el nivel de actividades de fiscalización del impuesto es incierto y permite la evasión y en particular la afiliación después de que se conoce un evento negativo de salud. Esto último significa que las reglas de acceso y la eficiencia de la fiscalización pueden permitir que algunas personas trabajen en la economía informal y se afilien una vez que conocen de una nueva enfermedad o accidente.

Enfrentar el crecimiento de la economía informal ha estado en la agenda del EB por más de 30 años. En 1973 se da una reforma amplia a la LSS, que tuvo entre sus objetivos captar a la economía informal mediante seguros facultativos y voluntarios (es decir, afiliación de grupos no asalariados mediante convenios o de individuos voluntarios). A partir de 1997 esta opción se renovó y amplió al crearse el Seguro de Salud para la Familia, el cual fue de nuevo reformado en 2001 para hacerlo más atractivo (al permitirse la inscripción individual y no por familia se disminuyó el precio promedio para familias pequeñas). Con 30 años de experiencia, los resultados han sido limitados.

Tanto el SSFAM como el anterior esquema facultativo imponen restricciones en el acceso al servicio durante los primeros meses de afiliación, desalentando la inscripción de trabajadores de alta rotación. Adicionalmente, el SSFAM se administra en forma poco conveniente, permitiendo solamente el pago anual (y no mensual), imponiendo pérdida total de antigüedad a casos que se pagan con retraso o que tienen periodos intermitentes de trabajo.

Comportamiento regional e impuestos estatales

A nivel de entidades federales existen impuestos sobre la nómina, a tasas que varían entre 1 y 4 por ciento, con un promedio simple de 1.82 por ciento en entidades que lo cobran (véase tabla 23). En 10 estados no se cobra impuesto a la nómina. Como hay una gran movilidad de trabajadores entre estados del país, y como los estados no pueden restringir la movilidad de capitales, estos impuestos son esencialmente impuestos a la "tierra". Es decir, las personas o empresas emigran hacia estados de menor costo, y el impuesto se termina cobrando a factores que no se pueden mover del Estado.

Una de las expresiones que tiene este problema es la distribución regional de recursos, dándose movimientos políticos hacia la descentralización con el fin de lograr una administración de los recursos generados regionalmente. México es un país que está viviendo movimientos de población y cambios en la composición regional de la actividad económica que sin duda afectan las perspectivas de

cada región acerca de cómo deben cobrarse y asignarse los recursos. La tabla 24 muestra que sólo de 1994 a 2000, se dan diferencias de crecimiento en el empleo asalariado de entre menos 5 por ciento en el noroeste del Distrito Federal, a 66 por ciento en Baja California. A nivel de grandes regiones, mientras el noroeste crece 37 por ciento, el centro del país apenas lo hace entre 7 y 9 por ciento. Inclusive dentro de estas regiones hay variaciones importantes. En el centro del país, el Distrito Federal está virtualmente estancado durante los noventa, mientras que Querétaro e Hidalgo muestran crecimiento.

El norte y noroeste del país son los dos grandes generadores de crecimiento en los noventa. El oriente crece en forma importante, pero aporta poca masa por ser una región poco habitada. Estas tres regiones aportan el 58.8 por ciento del crecimiento entre 1994 y 2000. Si se añade a los estados occidentales, se llega al 77.3 por ciento. El Distrito Federal aportó sólo 2.3 por ciento del crecimiento, a pesar de contar con el 18.8 por ciento de los trabajadores. Estas variaciones en el crecimiento regional sin duda afectan la generación de impuestos y las presiones para asignación del gasto. El sur permanece también con un bajo crecimiento, con excepción de Puebla y Tlaxcala, estados con industria orientada a la exportación.

Este apartado señala a una fuente adicional de tensión sobre los programas sociales financiados con impuestos al trabajo: grandes ciclos en la capacidad de recaudación se han acompañado de movimientos también de gran magnitud en la capacidad regional de generación de impuestos.

Los impuestos a la nómina que cobran las autoridades estatales y del Distrito Federal tienen como efecto desincentivar la participación en el mercado asalariado. En años recientes, el gobierno federal propuso a las entidades la posibilidad de elevar el impuesto al valor agregado hasta en dos puntos porcentuales, como una decisión del gobierno local, pero hasta ahora la iniciativa ha sido rechazada. Elevar el IVA a nivel estatal no debería tener costos administrativos importantes. Sin embargo, es aparente que los gobiernos estatales consideran la implantación del IVA como indeseable. ¿Es ello deseable? Desde la perspectiva del empleo y del salario, lo es, ya que se tendría una mayor base fiscal y no se tendría el desincentivo al empleo asalariado formal. Como es bien sabido, el IVA y el impuesto a la nómina tienden a ser equivalentes en una economía de pleno empleo sin ahorro. En la realidad, ese supuesto no se cumple porque hay una gran economía informal y por los grupos que no trabajan (incluyendo los retirados). Adicionalmente, las autoridades locales enfrentan costos bajos de cobrar el impuesto a la nómina a empleadores grandes y con capital fijo, aunque esa es una ventaja indeseable en el largo plazo para basar la política, ya que no depende del valor agregado creado, sino

del tipo de capital y contrato utilizado (es decir, la política de cobrar más impuestos a empresas más productivas puede parecer progresiva en una visión estática, pero determina que el Estado favorezca a empresas de menor productividad y suficientemente mal administradas como para que el costo de fiscalizarlas sea elevado). El impuesto a la nómina juega un papel de impuesto a los activos más fijos (a la “tierra”) y a la buena administración.

TABLA 23
Tasas del impuesto sobre nóminas en entidades federativas, 2003

Entidades	Tasas como porcentaje de los salarios
Aguascalientes	Nlc
Baja California	1.25
Baja California Sur	4
Campeche	2
Coahuila	1
Colima	Nlc
Chiapas	2
Chihuahua	2
Durango	1.21
Guanajuato	Nlc
Guerrero	2
Hidalgo	1.10
Jalisco	2
Estado de México	2
Michoacán	Nlc
Morelos	Nlc
Nayarit	2
Nuevo León	2
Oaxaca	Nlc
Puebla	2
Querétaro	Nlc
Quintana Roo	2
San Luis Potosí	1
Sinaloa	1.50
Sonora	2
Tabasco	1
Tamaulipas	2
Tlaxcala	1
Veracruz	Nlc
Yucatán	2
Zacatecas	Nlc
Distrito Federal	2
Promedio (no ponderado)	1.82

Nlc: no lo contempla su código

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 24
Crecimiento regional de los asegurados permanentes sin estudiantes, IMSS

Regiones	2004	Crecimiento porcentual 2004-1994	Crecimiento porcentual anual promedio 1994-2004	Crecimiento absoluto	Participación en el Crecimiento
Total	1'406,749	25.3	2.3	2'300,002	100.0
<i>Región Centro</i>	3'375,012	6.0	0.6	190,233	8.3
Guerrero	125,560	19.7	1.8	20,655	0.9
México zona oriente	512,184	-15.7	-1.7	(95,634)	-4.2
México zona poniente	345,561	128.5	8.6	194,330	8.4
Morelos	140,441	13.1	1.2	16,288	0.7
Querétaro	209,134	36.5	3.2	55,904	2.4
D.F. noroeste	694,406	2.2	0.2	15,123	0.7
D.F. noreste	301,987	-15.9	-1.7	(56,924)	-2.5
D.F. suroeste	649,052	7.1	0.7	43,121	1.9
D.F. sureste	396,687	-0.7	-0.1	(2,630)	-0.1
<i>Región Norte</i>	3'020,686	33.6	2.9	759,441	33.0
Aguascalientes	169,207	43.4	3.7	51,173	2.2
Coahuila	452,346	31.9	2.8	109,340	4.8
Chihuahua	595,694	32.1	2.8	144,701	6.3
Durango	157,935	25.2	2.3	31,839	1.4
Nuevo León	869,171	30.5	2.7	203,088	8.8
San Luis Potosí	213,732	26.1	2.3	44,195	1.9
Tamaulipas	467,581	44.8	3.8	144,669	6.3
Zacatecas	95,020	47.1	3.9	30,436	1.3
<i>Región Occidente</i>	3'102,933	37.7	3.3	849,789	36.9
Baja California	548,569	66.0	5.2	218,012	9.5
Baja California Sur	75,222	70.1	5.5	31,010	1.3
Colima	71,585	37.9	3.3	19,679	0.9
Guanajuato	479,719	43.6	3.7	145,744	6.3
Jalisco	977,908	32.2	2.8	238,135	10.4
Michoacán	258,063	40.8	3.5	74,831	3.3
Nayarit	72,472	5.2	0.5	3,607	0.2
Sinaloa	294,920	25.6	2.3	60,100	2.6
Sonora	324,475	22.1	2.0	58,671	2.6
<i>Región Sur</i>	1'908,118	35.6	3.1	500,539	21.8
Campeche	78,931	45.8	3.8	24,795	1.1
Chiapas	138,737	58.5	4.7	51,196	2.2
Hidalgo	126,225	23.5	2.1	24,013	1.0
Oaxaca	127,288	27.5	2.5	27,436	1.2
Puebla	351,224	27.8	2.5	76,328	3.3
Quintana Roo	184,374	107.0	7.5	95,323	4.1
Tabasco	101,221	34.8	3.0	26,124	1.1
Tlaxcala	66,743	45.4	3.8	20,843	0.9
Veracruz norte	325,706	32.1	2.8	79,163	3.4
Veracruz sur	176,040	2.5	0.3	4,368	0.2
Yucatán	231,629	44.2	3.7	70,950	3.1

Fuente: Elaboración propia con cifras del IMSS.

¿Qué determina la tasa de impuesto a la nómina que cobra una entidad? Virtualmente todas están entre 1 y 2 por ciento, con Baja California Sur (BCS) en 4 por ciento. Aparentemente, el alto impuesto puede deberse a que se trata de un estado pequeño, con actividad agrícola y comercial de bajo valor agregado, excepto por las actividades turísticas y mineras. Aparentemente, el gobierno de ese entidad carga un alto impuesto a actividades con una demanda inelástica de trabajadores. Es decir, las grandes empresas (hospitalidad y minería) que se instalan en BCS lo hacen por ventajas naturales difíciles de sustituir. En estados grandes el análisis es diferente. Un estado grande tendrá con mayor probabilidad una demanda por trabajo más elástica (*i.e.* los empleadores contratan menos gente como consecuencia del impuesto), tendrá una oferta de trabajo menos elástica (*i.e.* una población menos propensa a migrar y una mayor capacidad de fijar el salario por condiciones locales). Para el estado grande, el movimiento al mayor IVA puede tener un efecto importante de mejorar el empleo y el salario en un plazo más corto. Para un estado pequeño, el alto impuesto a la nómina tiende a mantenerse en la medida en que el estado tenga recursos muy atractivos e insustituibles (buenas playas y minas), pero promueve que la industria y el comercio competitivos no se instalen en el estado.

Un movimiento simultáneo de todos los estados hacia un mayor IVA y posiblemente la eliminación del impuesto a la nómina evitaría los efectos de migración de un estado a otro, y los efectos de pérdida de ventas que teme un estado que hace el movimiento sólo (es decir, de población que acude a tiendas en estados vecinos de compras para ahorrar el impuesto). El movimiento simultáneo de los estados al IVA podría ser la base para financiar los programas del EB en forma más descentralizada.

¿QUÉ DETERMINA LA BASE FISCAL?

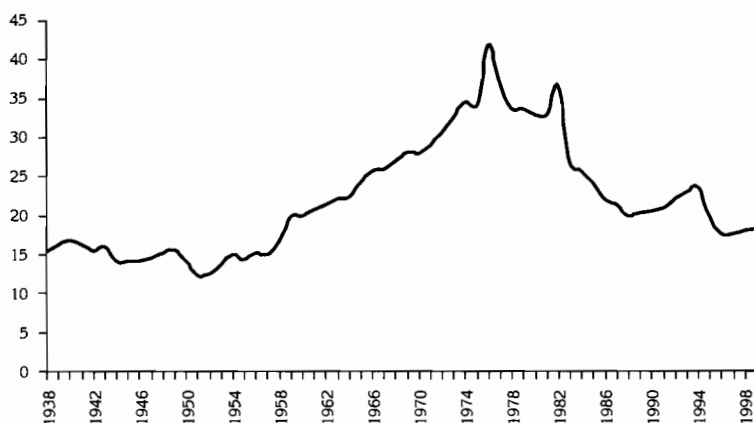
La evolución de los salarios

Los apartados anteriores describieron los impuestos que existen. La base fiscal para el cobro de esos impuestos está determinada principalmente por el empleo asalariado y por el salario, ya que éstos determinan también el gasto en consumo.

La información sobre salarios para los últimos 30 a 40 años se resume en los siguientes ciclos (véase gráfica 32): a) de los años sesenta hacia finales de los setenta se da un fuerte crecimiento del salario real, inclusive en comparación con el de

Estados Unidos, lo que continúa de la mitad de los setenta a los primeros años de los ochenta pero con alta variabilidad del salario real, culminando con un deterioro en forma importante de 1981-1983 a 1987-1988; b) de 1987-1988 a 1994 se vive una fuerte apreciación del salario real, que culmina con una violenta caída en 1995-1996; c) de 1996 a 1998 se estabiliza el salario real promedio de la economía, con muy poco crecimiento, lo que se comienza a superar de 1999 a 2003, cuando se da una etapa de crecimiento importante del salario real.

GRÁFICA 32
Salarios industriales por hora en México, 1938-1999
(Pesos de 1999)



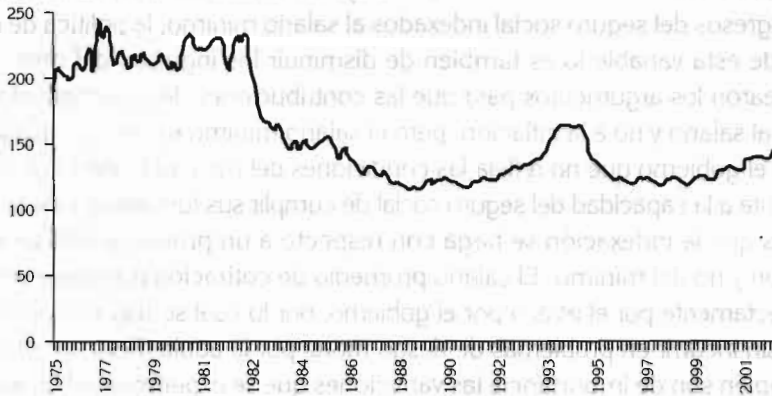
Fuente: Elaboración propia.

La gráfica 33 muestra los salarios de cotización a la seguridad social de 1980 a 2000. Esencialmente, estos son los salarios a los cuales se cobra el ISPT y el impuesto a la nómina.⁵⁵ La aparatosa caída del salario de 1981-1982 a 1995-1996 sin duda afectó la capacidad estatal de cobrar impuestos a los trabajadores. Medido en dólares, el salario tuvo un comportamiento similar, inclusive más variable (el coeficiente de variación es 0.26 para la serie en pesos y de 0.38 para la serie en dólares), lo que probablemente es de esperarse si el gobierno ajusta la política monetaria y de salarios para amortiguar los ciclos (véase gráfica 34).

¿Es el salario industrial representativo para toda la economía? El salario mínimo ha disminuido en forma importante desde los ochenta (véase gráfica 35). La

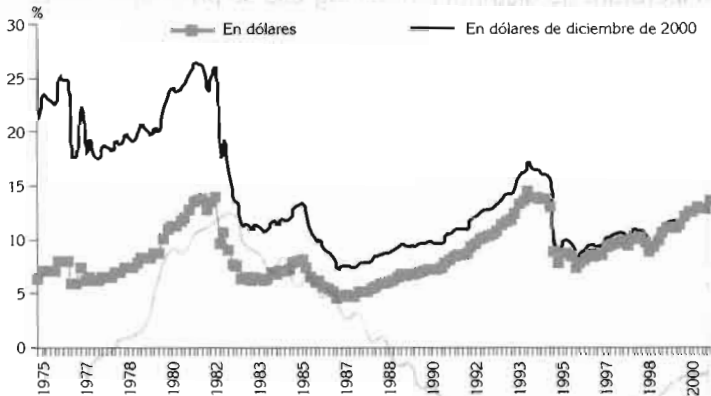
⁵⁵ Todos los sujetos del ISPT lo son de la seguridad social. Algunos sujetos del impuesto a la nómina pueden no ser sujetos de la seguridad social (e.g. burocracias estatales), pero consideramos improbable que el comportamiento de sus salarios a largo plazo sea diferente al mercado en la gráfica.

GRÁFICA 33
Salario promedio diario base de cotización del seguro
de enfermedades y maternidades del IMSS, 1975-2000
(Pesos de 2001)



Fuente: Elaboración propia con base en información del IMSS.

GRÁFICA 34
Salario de cotización al IMSS para el seguro de enfermedades
y maternidad en dólares, 1975-2001



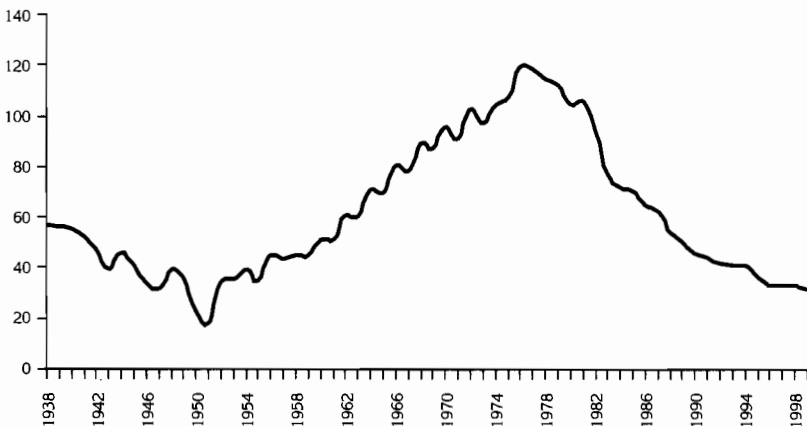
Fuente: Elaboración propia con base en información del IMSS.

gráfica 36 muestra la correlación entre los salarios mínimos e industriales en periodos de 10 años (el coeficiente se calcula sobre los últimos 10 años). Hasta la mitad de los sesenta existió una correlación entre los salarios mínimo e industrial superior al 50 por ciento, pero es entre la mitad de los sesenta y el final de los setenta que la

correlación es cercana a la unidad. A partir de la primera parte de los ochenta se observa primero que esa correlación se hace poco estable, llegando a ser muy baja. Esta descripción estadística dice que en los episodios de grandes caídas del salario general se ha dado un desfase en los ajustes al salario mínimo. Al estar parte de los ingresos del seguro social indexados al salario mínimo, la política de disminución de esta variable lo es también de disminuir los ingresos del IMSS. Arriba se plantearon los argumentos para que las contribuciones de los empleadores se indexen al salario y no a la inflación, pero el salario mínimo es una cantidad regulada por el gobierno que no refleja las condiciones del mercado, afectando persistentemente a la capacidad del seguro social de cumplir sus funciones. Una solución a esto es que la indexación se haga con respecto a un promedio del salario de cotización y no del mínimo. El salario promedio de cotización no puede ser afectado directamente por el IMSS o por el gobierno, por lo cual su uso como índice es factible sin incurrir en problemas de riesgo moral por la adulteración de las cifras.

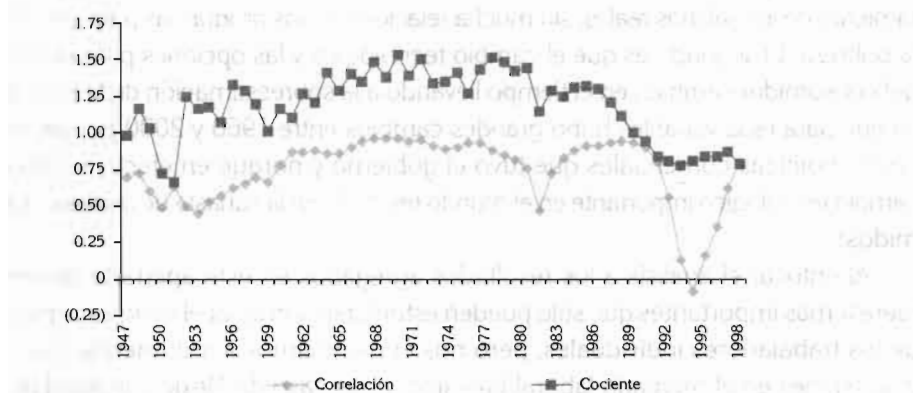
También son de importancia las variaciones que se experimentan en los salarios de diferentes trabajadores, y existe una diversidad importante de historias de acuerdo con el sexo, a la fecha de nacimiento, a la ocupación y a otras variables. Sobre este segundo tipo de variabilidad sabemos poco. Existe literatura sobre el tema de distribución del ingreso, pero no es clara su relación con la evolución de los salarios y al extrapolar conclusiones pueden cometerse errores importantes. Por ejemplo, la literatura de distribución del ingreso se preocupa de la evolución de

GRÁFICA 35
Salario mínimo en México, 1938-1999
(Pesos de 1999)



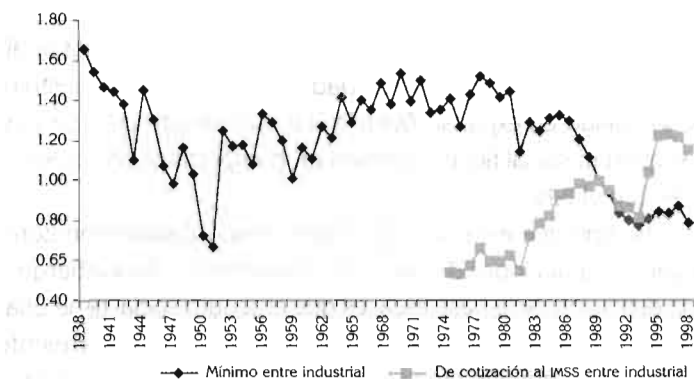
Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICA 36
Coeficiente de correlación y cociente normalizado
entre salarios reales industriales y mínimos, 1947-2000



Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICA 37
Cocientes de salario mínimo a salario industrial
y de salario de cotización al IMSS a salario industrial, 1938-1999



Fuente: Elaboración propia.

índices de distribución, y de preguntas asociadas al nivel de ingreso con respecto a medias de algunas variables (*e.g.* costo de una canasta alimenticia o de una canasta de bienes) pero ello no necesariamente nos ilustra la forma en que los ingresos de un trabajador o de una familia han evolucionado. Algunos de los sesgos de esos estudios son evidentes: al fijar una canasta de bienes como un estándar de pobreza se tienen dos sesgos que pueden ser grandes. El primero es que la varia-

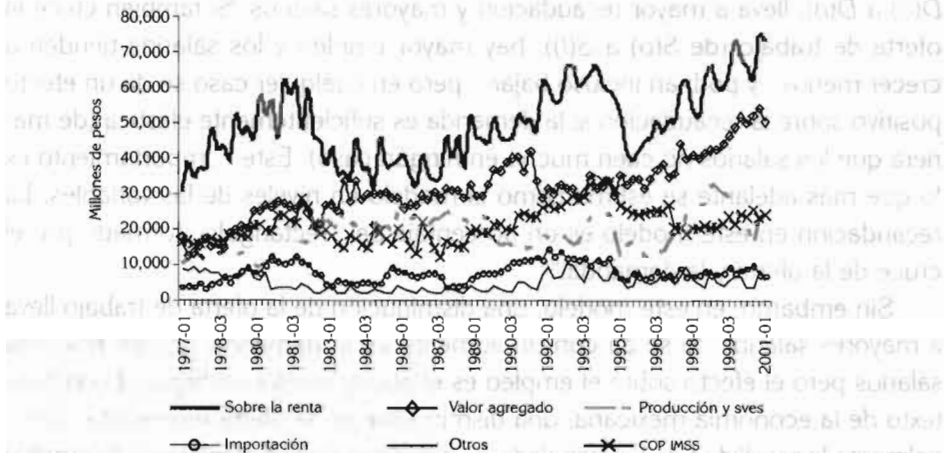
bilidad de salarios es elevada, y la medición de la pobreza se ve afectada por los ciclos de salario. Es decir, cuando los salarios varían mucho en el tiempo, la variación de mediano plazo en los índices de pobreza es básicamente un resultado del comportamiento de los salarios reales, sin mucha relación con los programas para combatir la pobreza. El segundo es que el cambio tecnológico y las opciones para elección del consumidor cambian en el tiempo llevando a la sobreestimación de la pobreza, ya que para esas variables hubo grandes cambios entre 1960 y 2000 por las diferentes políticas comerciales que tuvo el gobierno y porque en efecto se dio un cambio tecnológico importante en el mundo (es decir, en la canasta de bienes consumidos).

Al enfocar el análisis a los resultados agregados en este apartado dejamos fuera temas importantes que sólo pueden estudiarse al evaluar el comportamiento de los trabajadores individuales, pero nos encaminamos a argumentar que las distorsiones en el mercado laboral han sido, en el caso de México, inducidas en forma importante por el sistema fiscal, lo que haremos en el siguiente capítulo.

La gráfica 38 muestra la recaudación de los diferentes impuestos federales en el periodo de 1997 a 2004. El ISR, del cual el ISPT es un componente, muestra evidentemente un ciclo similar al de los salarios; también lo parecen tener los impuestos al comercio exterior. El IVA no muestra claramente ese comportamiento, sino una tendencia creciente, lo que puede ser determinado por el comportamiento del impuesto sobre producción y servicios, que el IVA comenzó a sustituir al final de los setenta y por ajustes cíclicos que se han dado a las tasas de impuesto (es decir, el gobierno las ha bajado en expansiones y las ha aumentado en recesiones). Las cuotas para la seguridad social tienen también un comportamiento cíclico, aunque menos marcado que el ISR.

Las series de tiempo que este capítulo utilizará más adelante son agregadas y pueden estar sujetas a situaciones de selección importantes. Sin embargo, el mensaje claro para la definición de la base fiscal es que el seguro social tiene una variabilidad importante en su base fiscal, que es definida por el comportamiento de los salarios. Aun suponiendo que los grandes ciclos de salario que se observan entre los cincuenta y los noventa puedan reducirse con una política monetaria acertada, queda la posibilidad de que una parte aún importante del riesgo sobre el salario se observe en el futuro. De ser ese el caso, la base fiscal será similarmente variable. Atender ese problema requiere de instrumentos de planeación de la deuda, del ahorro y del gasto. Una recomendación principal al respecto es que en épocas de alto crecimiento del salario real, los programas sociales financiados con impuestos a la nómina deben ser obligados a ahorrar, impidiendo gastar el excedente temporal.

GRÁFICA 38
Recaudación trimestral de impuestos federales, 1977-2001



Fuente: Elaboración propia.

Históricamente, el seguro social ha sido poco eficaz en proteger a los trabajadores ante los ciclos de salarios, y ha depreciado las pensiones y disminuido la oferta de servicios de salud ante situaciones de caída en el salario. Adoptar políticas que den el incentivo exactamente opuesto debe ser un objetivo principal de la regulación al EB mexicano.

Predicción de la recaudación

Predecir la recaudación es importante tanto para la administración de las finanzas públicas, al obtenerse estimaciones de los flujos de efectivo, como para entender el funcionamiento del sistema con fines de política. Este apartado presenta estimaciones de la recaudación de las cuotas pagadas al seguro social, que se obtuvieron a partir de un sencillo modelo estadístico que resulta de gran utilidad para llevar a cabo, en el corto plazo, el primer fin, pero que su interpretación causal enfrenta problemas, haciéndolo inútil para evaluaciones de largo plazo o para la evaluación de política. Probablemente, las decisiones en los ochenta e inicio de los noventa de elevar las cuotas del IMSS se basaron en el impacto de corto plazo de este modelo (o seguramente de uno muy parecido), pero a mediano plazo el aumento esperado en la recaudación no se dio como se esperaba.

El modelo econométrico se basa en un modelo de oferta y demanda como el de la gráfica 39. El modelo predice que un aumento en la demanda de trabajo (de $D(o)$ a $D(i)$), lleva a mayor recaudación y mayores salarios. Si también crece la oferta de trabajo (de $S(o)$ a $S(i)$), hay mayor empleo y los salarios tienden a crecer menos –y podrían incluso bajar–, pero en cualquier caso se da un efecto positivo sobre la recaudación si la demanda es suficientemente elástica (de manera que los salarios no caen mucho en ningún caso). Este comportamiento es lo que más adelante se estima como el modelo en niveles de las variables. La recaudación en este modelo es un porcentaje del “rectángulo” formado por el cruce de la oferta y la demanda.⁵⁶

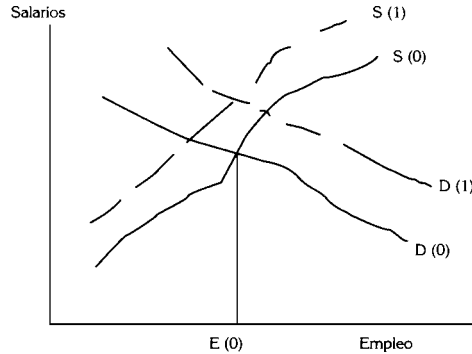
Sin embargo, en este modelo, una disminución de la oferta de trabajo lleva a mayores salarios. Si se da con un aumento en la demanda, se dan mayores salarios pero el efecto sobre el empleo es el que se vuelve ambiguo. En el contexto de la economía mexicana, una disminución en la oferta representa principalmente la movilidad de los trabajadores del sector formal al informal. El empleo puede caer si el incremento en demanda es muy pequeño, o si el movimiento hacia la economía informal es muy grande. En la medida en que los beneficios del seguro social sean menos valorados (por ser más inciertos o de menor calidad, o por surgir opciones alternativas de oferta), los trabajadores prefieren ofrecer sus servicios en el sector informal.⁵⁷ El “modelo oficial” hasta la mitad de los noventa suponía que la variación dominante en México era la de $D(o)$ a $D(i)$, y que la variación en S se daba principalmente con un motor demográfico. Una forma de probar esta hipótesis es asociando salarios y empleo formal a recaudación, y evaluando si existe un mecanismo de causalidad de los salarios, el empleo, las tasas de contribución y otras variables exógenas a la recaudación. Lo que queremos saber es si mayores valores de las variables mencionadas inducen mayor recaudación.

El modelo contenido en las tablas 25 y 26 muestra la relación de largo plazo entre la recaudación de contribuciones a la seguridad social y algunas variables. Como puede observarse, la tasa de contribución, el salario y el tamaño de la población asegurada explican en forma casi total la variación en las cuotas, lo cual no es un resultado inesperado porque se trata casi de una relación contable, salvo erro-

⁵⁶ Con información desagregada se podría modelar el tope de salarios, ya que al crecer los salarios el porcentaje mencionado disminuye pues la LSS deja de producir ingresos fiscales adicionales cuando los salarios pasan del equivalente a 25 salarios mínimos, pero ese efecto es de segundo orden en el corto plazo.

⁵⁷ En este modelo se podría modelar el mismo efecto como una disminución de la demanda por el trabajo en el sector formal.

GRÁFICA 39
Modelo de oferta y demanda de trabajo



res estadísticos. La elasticidad de la recaudación respecto al número de asegurados es prácticamente igual a uno; la tasa y el salario tienen efecto positivo, y se observa también un efecto consistente del consumo privado. El consumo de energía eléctrica, que es un regresor importante para predecir la recaudación en muchos casos, no tiene un efecto consistente en este modelo (Schneider y Enste, 2000).

TABLA 25
Lista de variables utilizadas en el modelo

Variable	Nombre	Descripción y fuente
Producto interno bruto	PIB	INEGI (millones de pesos)
Cuotas pagadas por empleados y empleadores al IMSS	COP	Dirección de Planeación y Finanzas, IMSS (millones de pesos)
Asegurados permanentes al IMSS	ASP	Reporte de Gestión, Dirección de Planeación y Finanzas, IMSS
Tipo de cambio peso/dólar	TCA	Banco de México
Costo porcentual promedio de captación bancaria	CPP	Banco de México
Índice de percepciones medias manufactureras	WIN	Banco de México
Tasa media de contribución al IMSS	Tasa de contribución a la seguridad social	IMSS
Balance total del gobierno federal	BPU	SHCP (millones de pesos)
Consumo de energía Total	ECS	INEGI
Impuesto inflacionario	INX	Inflación $t / (1 + \text{Inflación } t)$
Consumo privado	CPV	INEGI (millones de pesos)

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 26
Modelo de mínimos cuadrados ordinarios para la estimación
de las cuotas Pagadas al seguro social

Variable	Log de cuotas		Diferencia en el Log de cuotas	
	Coefficiente	Error estándar	Coefficiente	Error estándar
C	-8.1045	2.3864	0.023	0.0126
Tasa de contribución a la seguridad social	0.0161	0.0031	0.0054	0.0063
Log índice de remuneraciones medias manufactureras	0.2434	0.1865	-0.7386	0.208
Log de los asegurados permanentes	1.0144	0.3461	-0.175	1.2179
Log de consumo privado	0.6217	0.1601	1.0201	0.2882
Log de consumo de energía eléctrica	-0.0057	0.0082	0.0287	0.0168
	R ² = 0.9968	F(5.73) = 4478.4858	R ² = 0.2299	F(5.72) = 4.2997
	Rbar ² = 0.9965	Prob F = 0.0000	Rbar ² = 0.1765	Prob F = 0.0018

Fuente: Elaboración propia.

Sin embargo, la misma ecuación estimada en diferencias rinde algunos estimadores diferentes (véase tabla 27). Bajo los supuestos del modelo de mínimos cuadrados ordinarios (MCO), la estimación en diferencias debería resultar en los mismos coeficientes que la realizada con los niveles de las variables. El salario y los asegurados tienen un efecto opuesto, mientras que las tasas de contribución y el consumo privado tienen un efecto estadísticamente similar. Esto significa que cambios mayores en salarios y asegurados no se asocian a mayor recaudación. Esto puede denotar endogeneidad de algún regresor o algún problema de especificación.

Al estimar un modelo de variables instrumentales, permitiendo que el salario sea una variable endógena, se encuentra evidencia de posibles problemas en la especificación del modelo (véase tabla 28). La prueba de especificación de Hausman no es definitiva en rechazar la igualdad de los coeficientes estimados vía MCO y 2SLS, pero es aparente que se pueden estar dando algunos cambios importantes.

El modelo de variables instrumentales estimado en diferencias rechaza definitivamente la hipótesis de igualdad de los coeficientes. Las principales causas son los aumentos en el impacto del salario y del consumo privado sobre la recaudación, y probablemente el cambio de signo en el impacto de los asegurados, en este último caso el coeficiente es estimado con un error muy grande. Las variaciones en las tasas de contribución y en el consumo de energía eléctrica son similares en ambas especificaciones.

TABLA 27
 Modelo de mínimos cuadrados en dos etapas
 para la estimación de las cuotas pagadas al seguro social

Log de cuotas pagadas al IMSS			Log del índice de remuneraciones medias manufactureras	
Variable	Coefficiente	Error estándar	Coefficiente	Error estándar
C	-4.2234	1.8258	-8.7768	3.8928
Tasa de contribución a la seguridad social	0.0028	0.0047	0.0058	0.0057
Tasa de contribución a la seguridad social (t-1)	0.0101	0.0048	0.0139	0.0063
Log del índice de remuneraciones medias manufactureras	-0.3925	0.1785	-0.8504	0.3604
Log del índice de remuneraciones medias manufactureras (t-1)	1.165	0.1859	0.7297	0.8357
Log de los asegurados permanentes	1.3198	1.1351	0.5674	2.1085
Log de los asegurados permanentes(t-1)	-0.7383	1.0786	0.425	2.2623
Log de consumo privado	1.0917	0.2683	1.393	0.4226
Log de consumo privado (t-1)	-0.9073	0.2913	-0.4327	0.8646
Log de consumo de energía eléctrica	0.0212	0.0133	0.0177	0.0154
Log de consumo de energía eléctrica (t-1)	-0.021	0.0136	-0.0285	0.0186
	R ² = 0.9982	F(10,67) = 3764.9548		
	Rbar ² = 0.9980	Prob F = 0.0000		
Estadístico de prueba de Hausman		Chi-sq = 4.0121	Prob = .1345	

Instrumentos: C, tasa de contribución a la seguridad social (actual y con un rezago), Log de los asegurados permanentes (actual y con un rezago), Log de consumo privado (actual y con un rezago), Log de consumo de energía eléctrica (actual y con un rezago), balance público, costo porcentual promedio de captación, Log del tipo de cambio, impuesto inflacionario.

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 28
Modelo de mínimos cuadrados en dos etapas
para la estimación de las cuotas pagadas al seguro social

Log de cuotas pagadas al IMSS			Diferencia en el Log del índice de remuneraciones medias manufactureras	
Variable	Coefficiente	Error estándar	Coefficiente	Error estándar
C	0.023	0.0126	0.017	0.0141
Diferencia en la tasa de contribución a la seguridad social	0.0054	0.0063	0.0057	0.0069
Diferencia en el Log del índice de remuneraciones medias manufactureras	-0.7386	0.208	-1.5635	0.3718
Diferencia en el Log de los asegurados permanentes	-0.175	1.2179	1.1602	1.4252
Diferencia en el Log de consumo privado	1.0201	0.2882	1.7387	0.4076
Diferencia en el Log de consumo de energía eléctrica	0.0287	0.0168	0.0233	0.0186
	$R^2 = 0.2299$	$F(5.72) = 4.2997$		
	$Rbar^2 = 0.1765$	$Prob F = 0.0018$		
Estadístico de prueba de Hausman		$Chi-sq = 7.1656$	$Prob = .0074$	

Instrumentos: C, diferencia en la tasa de contribución a la seguridad social ($t_1 - t_0$), diferencia en el Log de los asegurados permanentes, diferencia en el Log de consumo privado, diferencia en el Log de consumo de energía eléctrica, diferencia en el balance público, diferencia en el costo porcentual promedio de captación, diferencia en el Log del tipo de cambio, diferencia en el impuesto inflacionario.

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, estimamos un modelo VAR permitiendo que el salario y la recaudación por contribuciones quedaran como variables endógenas. Las funciones de respuesta al impulso muestran que las perturbaciones al salario tienen un efecto positivo sobre la recaudación, pero lo opuesto no es cierto, ya que las perturbaciones a la recaudación tienen un efecto oscilatorio sobre los salarios (primero negativo y luego positivo).

El modelo de regresión de la tabla 26 relaciona un conjunto de variables para predecir los niveles de recaudación de largo plazo. Este es el modelo macroeconómico estándar para predecir la recaudación, y es útil en el corto plazo pero sólo por razones casi contables; su capacidad de predicción se reduce sustancialmente cuando el objeto de estudio es la variación en la recaudación, y que aún ese poder de predicción está en duda por la posible endogeneidad de los salarios.

CAPÍTULO 7

Distorsiones en el mercado de trabajo en México

INTRODUCCIÓN

Una distorsión está presente en un mercado cuando los precios que se observan difieren de los costos marginales de provisión. En el mercado laboral, el costo marginal es el salario que recibe el trabajador, mientras que el precio es el salario que paga el empleador u otra persona que contrata servicios (si se trata de un trabajador independiente). En este capítulo estudiamos las distorsiones históricas medidas en el mercado laboral mexicano, admitiendo que las mediciones que permite la información son imperfectas.

A la brecha entre lo que paga el empleador y lo que recibe el trabajador se le llama “brecha de impuestos”. Veamos un ejemplo de los problemas que puede causar esta brecha. Digamos que un trabajador puede elegir entre emplearse con una fábrica donde la empresa desembolsa 100 pesos diarios a cambio de su trabajo, pero el gobierno cobra 30 de esos pesos a cambio de dar servicios que el trabajador podría obtener por su cuenta en 15 pesos, el sindicato se queda con otros cinco pesos pero el trabajador valora los servicios del sindicato sólo en un peso, y un transportista que tiene un monopolio le cobra tres pesos de más para llegar a la fábrica. La suma de estas diferencias entre lo que desembolsa el empleador y lo que recibe el trabajador es de 22 pesos. Esto significa que si el trabajador encuentra un trabajo independiente (en la economía informal) con productividad de 79 pesos, preferirá tomarlo,

a pesar de que en el otro empleo la productividad es de 100. La mejor solución sería que el gobierno y el sindicato cobraran sólo los 15 pesos y un peso, que respectivamente valen sus servicios, y que la política de competencia eliminara al monopolio de transporte. De esta forma, el trabajador iría al empleo más productivo. Pero en presencia de ineficiencia en los impuestos, cuotas y servicios, el trabajador prefiere utilizar su esfuerzo en la ocupación que produce menos en total, pero produce más al final para su bolsillo.

En este capítulo presentamos evidencia que señala la existencia de distorsiones en el mercado de trabajo de 1980 a 2000, de manera que la asignación de recursos ha sido similarmente ineficaz durante porciones importantes del periodo. La principal causa de esta distorsión es la política fiscal que históricamente ha buscado estabilizar el consumo del gobierno sobre el consumo privado. Presentamos primero la evidencia al respecto, seguida por una evaluación de la legislación laboral y de la relación entre las regulaciones básicas de protección social y de eventos sociales que se interrelacionan con la misma: la valuación que de los beneficios del EB hacen los trabajadores, la desaparición del trabajo de por vida y la disminución del trabajo de los viejos. Finalmente hacemos una digresión sobre el tema del ahorro agregado, que en algunas opiniones podría ser afectado por el sistema de pensiones.

Los incrementos sostenidos y permanentes tanto en los salarios como en el tamaño de la población y de la fuerza de trabajo son las principales características que se asocian a una sociedad contemporánea exitosa. Pocas economías nacionales han conseguido resultados favorables en ambas metas en las últimas tres décadas, muchas han fracasado en forma recurrente con relación a la primera meta de incrementar los salarios reales. Con respecto a la segunda que consiste en lograr el crecimiento de la fuerza de trabajo, la cual aparentemente podría estar determinada por factores demográficos, las economías nacionales llegan a enfrentar problemas tan sólo para emplear a las personas (destacando el caso de las economías de Europa occidental con sus altas tasas de desempleo).

Los salarios reales que se pagan en un país, es decir, aquellos medidos en términos de intercambio por bienes y servicios de una cantidad y calidad determinada, están determinados por el valor de la producción total, menos los costos competitivos de producción (incluyendo costos de capital y de explotación de recursos naturales), menos las utilidades extraordinarias de las empresas y otros agentes monopólicos (como son las aduanas del gobierno, las autoridades locales que extorsionan empresas, los monopolios designados por el gobierno o los

sindicatos no democráticos).⁵⁸ Para una economía sin poder monopólico hacia el exterior, como en general es el caso de la economía mexicana,⁵⁹ el valor de la producción y los costos competitivos de producción están determinados por los precios internacionales.⁶⁰ El margen para la variación de salarios con respecto a otros países es entonces limitado. ¿Qué tan limitado? No es esa una pregunta fácil para responder con precisión, pero tampoco es difícil concluir que la variación histórica de los salarios descrita en el capítulo 6 pueda explicarse como un resultado de variaciones en la productividad, aunado a que era imposible sostener algunos de los episodios de crecimiento en productividad que se presentaron.

El periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial fue extraordinario para la humanidad por el crecimiento en la productividad de la economía a nivel global. Lejos de apaciguarse, este fenómeno que transforma las sociedades retomó fuerza al alcanzar Estados Unidos niveles elevadísimos de crecimiento en la productividad a partir de 1995. México no se pudo sustraer de ese movimiento y aproximadamente de 1960 a 1975, obtiene un primer episodio de crecimiento en los salarios, que los lleva a una tasa de elevación que implica una ganancia en productividad aún mayor que la observada en Estados Unidos en esos años. Para ver esto, en la gráfica 40 se muestra que el salario relativo México-Estados Unidos se duplicó en términos gruesos entre el final de los cincuenta y el inicio de los setenta, sin embargo es hacia el final de los noventa básicamente cuando se recupera el cociente obtenido en los cincuenta. Esto refleja a grandes rasgos lo que pasó con la productividad relativa de los países: México ganó terreno desde la Segunda Guerra Mundial hasta los años setenta, pero entre los setenta y ochenta deja de ganar en productividad mientras que Estados Unidos retoma gradualmente el liderazgo mundial en la materia, para cerrar el siglo con niveles de productividad superiores a los obtenidos por los tigres asiáticos.

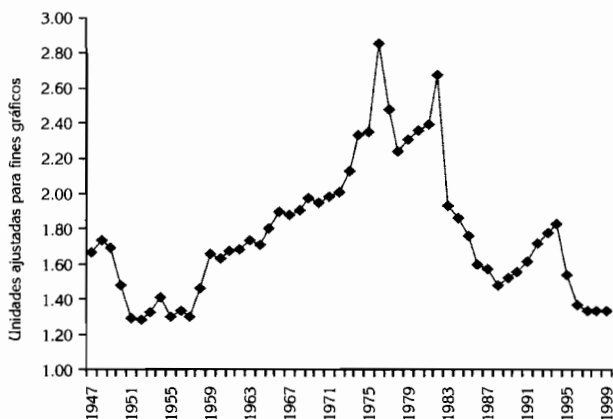
¿A qué se debe que se den estos ciclos tan pronunciados en el mercado de trabajo? Primero, podemos comentar que existen razones por las cuales esto no debiera pasar. Ambas economías son relativamente grandes en término de perso-

⁵⁸ En este cálculo se pueden excluir algunos costos públicos, como el asociado al deterioro ambiental, pues para un país es posible ignorarlos como costo de producción en el corto plazo. No considerar estos bienes públicos intergeneracionales implica disminuir los salarios de las futuras generaciones.

⁵⁹ Este es el supuesto usual en el análisis comercial de la economía mexicana, y prácticamente no existen casos antimonopólicos importantes contra empresas mexicanas en tribunales extranjeros. Sin embargo, existen monopolios definidos por el gobierno en energía, telecomunicaciones, educación, salud y algunos otros sectores, de manera que se dan desviaciones importantes del supuesto.

⁶⁰ El efecto de la tecnología ya está incorporado en los precios internacionales, excepto por la posible existencia de factores de conocimiento únicos en poder de las empresas del país.

GRÁFICA 40
Relación de salarios México-Estados Unidos, 1947-1999



Fuente: Elaboración propia.

nas y están muy cerca geográficamente; además como cuestión empírica, la productividad laboral no cambia en forma tan pronunciada por efecto de la tecnología o de la demografía, por lo cual los ciclos no pueden deberse a movimientos de largo plazo de esas variables. Por otro lado, la migración del trabajo y de los bienes fue relativamente restringida durante el periodo (el proteccionismo en México llegó a sus niveles máximos en los ochenta y Estados Unidos tuvo una política de inmigración crecientemente restrictiva); además en cuanto al valor agregado, la economía de Estados Unidos es mucho mayor a la de México y la industria mexicana y algunos de sus servicios pueden ser altamente dependientes de las variaciones observadas en Estados Unidos, por lo cual variaciones pequeñas, locales en la economía de Estados Unidos pueden tener un efecto proporcionalmente muy grande en la economía mexicana. Aunado a lo anterior y en vista de que las restricciones al comercio se fijan principalmente por el gobierno de México respecto a Estados Unidos, es posible que la política fiscal de México sea parte de una explicación.

El crecimiento de los salarios de los cincuenta a los setenta no era una situación sostenible, debido a que hasta la fecha la economía mexicana no ha generado nuevas tecnologías en forma tal que afecte su capacidad productiva de mediano plazo (es decir, básicamente es importador de tecnología), por lo cual su mejor escenario es el de ser capaz de adoptar conocimientos nuevos a un ritmo superior al que Estados Unidos los produce o adopta de otras economías (pues no está en

un proceso de creación original sino de adaptación). Desde los años cincuenta y aún hoy, la economía de México tiene que acomodar una oferta de trabajo que se genera día con día gracias a una de las mayores tasas de crecimiento de la población a largo plazo que se dan en el mundo (especialmente para una economía tan grande). Aun si estamos dispuestos a aceptar que en los sesenta la economía mexicana logró crecer tecnológicamente a un ritmo superior que la de Estados Unidos (lo que requeriría de una comprobación con información desagregada difícil de lograr), a mediano plazo el resultado no es factible, ya que se tiene que converger a la tasa de crecimiento tecnológico mundial (a menos de que en algún momento México hubiera comenzado a exportar tecnología a Estados Unidos). La conclusión es que el episodio de 1960 a 1975 representaba un crecimiento insostenible en los salarios. Adicionalmente, no se ha encontrado evidencia que señale que México lograba adoptar tecnologías más rápido que Estados Unidos. Dada la política industrial del país, que era proteccionista y limitaba la transferencia de tecnología (hacia los setenta se requería permiso del gobierno para hacer contratos de patentes o marcas), es posible que México haya adoptado tecnologías a un ritmo incluso menor que lo hacía el resto del mundo, haciendo aún menos factible sostener el escenario de crecimiento de salarios.

De 1950 a 1973 la productividad creció al 2.7 por ciento en Estados Unidos, al 4.8 por ciento en el promedio de países de la OCDE y en torno al 4.5 por ciento en México (cifra para 1960-1970 de Hernández Laos, 2000). Por lo que México estuvo arriba de Estados Unidos, pero debajo del promedio de la OCDE. Antes de los setenta, México cerró su brecha con Estados Unidos, sin embargo todos los demás países también lo hicieron, y en mayor proporción.

En México, el salario industrial real por hora creció 5.4 por ciento de 1950 a 1973. Situación que aunada al crecimiento observado en la productividad significa simplemente que de estar el crecimiento de salarios de los sesenta sustentado en un crecimiento de la productividad general de la economía, este último hubiera tenido que ser 2.6 por ciento superior al de Estados Unidos. Esto es posible, ya que como se comentó anteriormente, durante la posguerra se dio un movimiento en la productividad en el que todo el resto del mundo se acercó a Estados Unidos. Sin embargo, en los ochenta y los noventa el crecimiento de la productividad de Estados Unidos no fue bajo (3.7 por ciento), en tanto que en Europa se comenzó a estancar el crecimiento relativo. De 1995 a 2003, la brecha entre Estados Unidos y Europa comienza a ampliarse de nuevo, con crecimientos de productividad anuales en Estados Unidos que han estado varios puntos por arriba de los europeos.

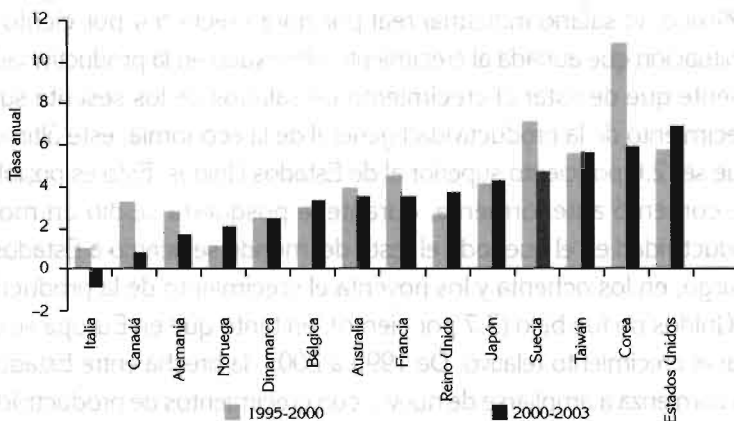
La gráfica 41 ilustra esta historia: de 1995 a 2000 Estados Unidos reinicia el despegue, y a partir de 2000 aun los tigres asiáticos han quedado atrás de la locomotora estadounidense.

Hacia 2000, de haber mantenido el crecimiento de salarios de los cincuenta a los setenta, México hubiera sido uno de los países más ricos del mundo, sin embargo no se dio la productividad necesaria para ello.

Para el caso de Europa, Robert J. Gordon (2004) señala que el nivel de productividad de Europa en efecto convergió a un nivel cercano al de Estados Unidos, pero las horas de trabajo en Europa han caído drásticamente en los últimos 40 años, como resultado de más vacaciones, alto desempleo y baja participación laboral. Él estima que al considerar estos factores, la diferencia en bienestar de Europa con Estados Unidos es de solamente 8 por ciento, y no el 25 por ciento que señalan las estadísticas de ingreso por habitante. Junto con Edward Prescott (2004), Gordon opina que Europa se ha comenzado a rezagar como consecuencia de un régimen fiscal inadecuado, el cual se requiere para mantener los programas del EB europeo.

Bajo esta perspectiva, una pregunta clave que surge es la siguiente: ¿qué estaba pasando en México para que se distorsionara el crecimiento de los salarios? Es probable que los periodos de crecimiento en salario que se observan no hayan estado sustentados en mayor productividad, lo que desembocó tarde o temprano en ajustes al salario pagado. ¿Puede la economía mexicana evitar estas distor-

GRÁFICA 41
Crecimiento del producto por hora en varios países, 1995-2003



Fuente: Bureau of Labor Statistics, 2005.

siones en el futuro? Si Prescott (2004) y Gordon tienen algo de razón, la forma en que se regule y financie el Estado de bienestar puede ser la variable más importante para contestar esta pregunta.

DISTORSIONES EN EL MERCADO DE TRABAJO

Cálculo de las distorsiones

El trabajo y el consumo de las personas (y en consecuencia su ahorro) tienen una relación estrecha. Por un lado, una persona quisiera tener estabilidad tanto en su nivel de consumo como en su esfuerzo de trabajo. Si por causas inesperadas la persona tiene un ingreso extraordinario en un año, sólo consumirá una pequeña parte de esa ganancia, y ahorrará lo demás para el futuro. Similarmente, si en un año determinado el gobierno define impuestos extraordinarios, la persona no disminuirá su consumo en la totalidad de esos impuestos, sino que tomará un poco de su ahorro o se endeudará para tratar de mantener su nivel de consumo.

En este apartado revisamos un ejercicio que compara la valuación del tiempo de las personas por sí mismas, con la valuación del tiempo de las personas por parte de las empresas. En economía, le llamamos a la primera cantidad la tasa marginal de sustitución, porque nos dice la cantidad de bienes de consumo que las personas requieren para estar dispuestas a trabajar un poco más. A la segunda cantidad le llamamos productividad marginal del trabajo, y nos dice cuántos bienes de consumo a cambio de su tiempo de trabajo, están dispuestas a pagar las empresas a las personas. La diferencia que observamos entre estas dos cantidades es una medición de las “distorsiones” en la economía, y argumentaremos que para el periodo en cuestión su variabilidad principalmente refleja cuánto fue lo que el gobierno tomó de impuestos de las familias. La lógica económica es relativamente básica: si observamos que el consumo baja y el producto no lo hace (o baja en menos), interpretamos que el gobierno ha tomado más en impuestos. Los resultados de este ejercicio se comparan en el siguiente apartado con las tasas observadas de impuestos. Por cierto, esto no significa que otras fuentes de distorsión no hayan sido importantes, sólo que la variación de la distorsión general dependió principalmente de la política fiscal.

Como ejemplo, digamos que una persona está dispuesta a trabajar una hora más si recibe un salario superior en 10 unidades de consumo. Si esa persona recibe una propuesta de trabajar una hora más a cambio de un aumento de salario equiva-

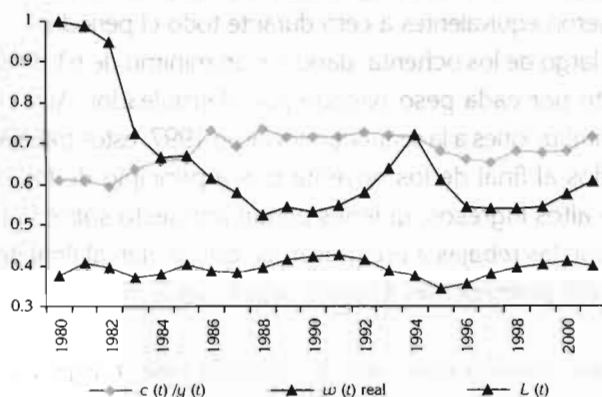
lente a 11 unidades de consumo, aceptará la oferta. Si la oferta es de solamente nueve unidades, la rechazará. Para esta persona, la tasa marginal de sustitución en el consumo es de 10 unidades de consumo por una hora de trabajo. Por otro lado, la empresa podrá ofrecer un pago adicional de 10 unidades de consumo por una hora de trabajo sólo si obtiene una producción que lo justifique, y esa producción es al menos el equivalente a 10 unidades de consumo. Es decir, la empresa requiere de un producto marginal del trabajo de 10. Como parte del proceso económico, el empate de intereses de empleado y empleador lleva a que se igualen las tasas de sustitución en el consumo y el producto marginal del trabajo.

Siguiendo con el ejemplo del párrafo anterior, si el gobierno decide poner un impuesto de cinco unidades de consumo sobre las ventas de la empresa, entonces se requerirá una productividad de 15 y no de 10 para que la empresa haga la oferta. Adicionalmente, el trabajador encuentra que la empresa sólo le puede pagar cinco que es menos de lo que él requiere para sacrificar su tiempo libre. Para empatar lo que la empresa está dispuesta a pagar con lo solicitado por el trabajador, en este modelo económico la empresa se mueve hacia un nivel menor de producción en el cual se da una mayor productividad marginal (por la “ley de rendimientos decrecientes”), pero el trabajador termina recibiendo menos salario que antes, pues hay que pagar una mayor parte de esa productividad al gobierno. Algo similar sucede cuando un sindicato, una regulación o un accidente absorben parte de la productividad.

La gráfica 42 incluye cantidades que utilizamos para medir las distorsiones en la economía. Se muestra que la relación de consumo a ingreso $c(t)/y(t)$ subió al darse el episodio de caída de salarios $w(t)$ en 1981-1983, para quedarse a un nivel más alto en forma permanente, mientras que el índice de horas trabajadas $L(t)$ fluctúa sin una tendencia clara (aunque parece haber una caída en 1983 y 1995, años de crisis monetarias y grandes disminuciones del salario).

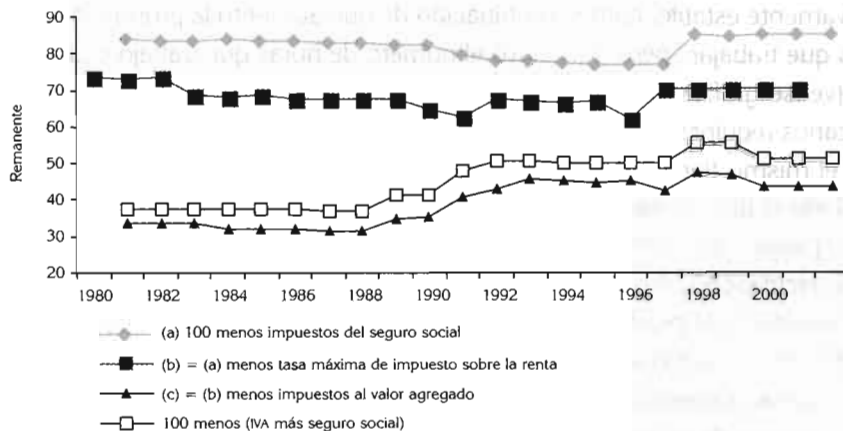
La gráfica 43 muestra un ejercicio contable relacionado: ¿cuál es el efectivo disponible al trabajador que paga la contribución a la seguridad social, la tasa máxima de impuesto sobre la renta y la tasa de impuesto al valor agregado? La línea más alta (R_4) descuenta sólo las contribuciones al seguro social, y muestra la tendencia que se dio entre los ochenta e inicio de los noventa a elevar las tasas correspondientes, que se revirtió con la reforma de 1997. La línea más baja (R_1) señala al gasto que hubiera tenido un trabajador al pagar la tasa máxima de impuesto sobre la renta y gastar todo su ingreso, estando en consecuencia obligado al pago del impuesto al valor agregado; hacia 1986 y 1987 ese trabajador hubiera tenido

GRÁFICA 42
Cociente de consumo a ingreso e índices de salario real y horas trabajadas, 1980-2001



Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICA 43
Remanente en efectivo para el trabajador después de impuestos, 1980-2001



Fuente: Elaboración propia.

sólo un ingreso privado de 31.60 centavos por cada peso de ingreso pagado por el empleador, el mínimo histórico. La segunda raya de esta gráfica (R_3 , última en la leyenda inferior), muestra sólo el efecto de deducir las contribuciones al seguro social y el impuesto al valor agregado, por lo que esta línea (R_3) y la más inferior (R_2) muestran los extremos superior e inferior de gasto que podía tener un trabaja-

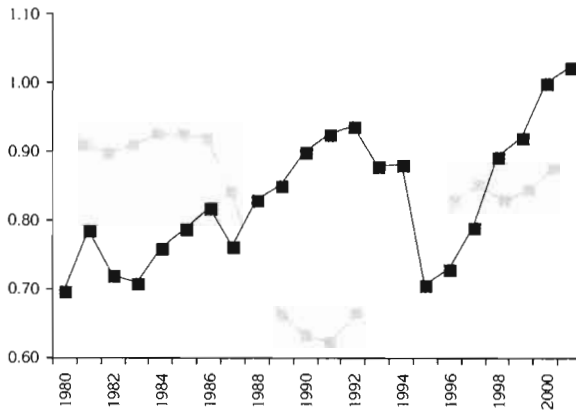
dor (uno que no pagara nada de impuesto sobre la renta y otro que pagara la tasa máxima, ambos gastando todo su ingreso). En conjunto, estas líneas señalan que para trabajadores de bajos ingresos, para quienes las tasas de impuesto sobre la renta fueron equivalentes a cero durante todo el periodo, la carga fiscal se incrementó a lo largo de los ochenta, dándose un mínimo de 61.8 centavos disponibles para gasto por cada peso pagado por el empleador. Aún con la desgravación de las contribuciones a la seguridad social en 1997, estos trabajadores estuvieron más gravados al final de los noventa que a principio de los ochenta. Para trabajadores de altos ingresos, quienes pagan impuesto sobre la renta, el alivio fiscal principió con las rebajas a ese gravamen que se dan al final de los ochenta, pero a pesar de ello permanecían a niveles superiores al 50 por ciento hasta el final del periodo.

La gráfica 44 muestra una estimación de la tasa marginal de sustitución entre consumo y ocio. Esta variable refleja el “precio” en términos de consumo que las personas están dispuestas a pagar a cambio de trabajar menos tiempo. El valor de esta variable se eleva a lo largo de dos décadas porque hay un incremento en el consumo real; el bache que se observa de 1995-1996 refleja una disminución real en el consumo. Para este periodo, el índice de horas trabajadas fue relativamente estable, como combinación de que aumentó la proporción de personas que trabajan, pero disminuyó el número de horas que trabajó cada una de ellas (véase gráfica 45). La lógica de esto es que a lo largo de estos años, los mexicanos requirieron de más unidades de consumo para estar dispuestos a trabajar el mismo tiempo. Si hubieran mantenido las horas de trabajo del pasado y recibido el incremento de consumo que tuvieron, esta raya sería aproximadamente plana.⁶¹ Pero esta gráfica sugiere que al tener más consumo, los mexicanos decidieron trabajar menos horas.

Del lado de la productividad (“de la demanda por trabajo”), observamos en la gráfica 46 que ésta cae durante los ochenta, y que a partir de la apertura comercial recupera una tendencia de crecimiento. De nuestro relato sobre cómo se dan las decisiones de empleo, mediante un empate de los deseos de trabajador y empresa, se deriva que las rayas en las dos gráficas (44 y 46) deberían moverse en forma similar. Aun si hay distorsiones “de largo plazo” como el poder monopolístico de algunas corporaciones o sindicatos, la valuación del tiempo por parte de los trabajadores o de las empresas debería moverse en el tiempo en forma

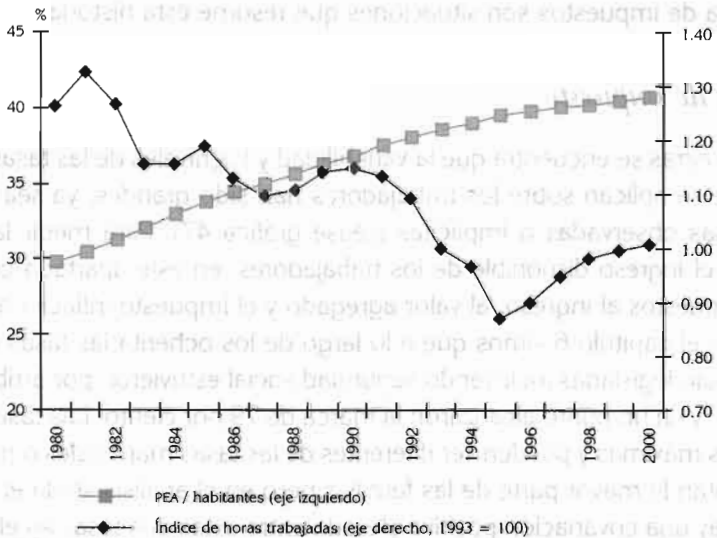
⁶¹ En este documento se presenta una versión más corta de la que se encuentra en Martínez (2004).

GRÁFICA 44
 Tasas marginales de sustitución de 1980 a 2001



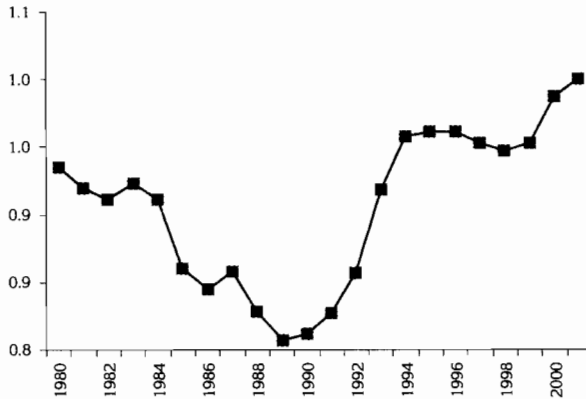
Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICA 45
 Tasas de participación en la fuerza de trabajo e índice de horas trabajadas, 1980-2001



Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICA 46
Producto marginal del trabajo de 1980 a 2001



Fuente: Elaboración propia.

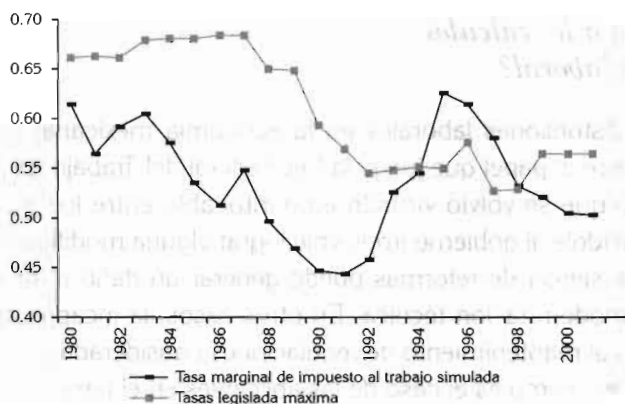
similar. Es decir, no esperamos que de un año para otro cambien radicalmente las preferencias de los trabajadores y que decidan entre consumo y trabajo, o que cambie la productividad de las empresas. La divergencia en estas funciones que observamos en las gráficas, y su comparación con el comportamiento de la política de impuestos son situaciones que resume esta historia.

Tasas de impuesto

En las cifras se encuentra que la variabilidad y los niveles de las tasas de impuesto que se aplican sobre los trabajadores han sido grandes, ya sea que se trate de tasas observadas o implícitas (véase gráfica 47). Para medir la carga total sobre el ingreso disponible de los trabajadores, en este apartado consideramos los impuestos al ingreso, al valor agregado y el impuesto inflacionario.

En el capítulo 6 vimos que a lo largo de los ochenta las tasas de impuesto al trabajo legisladas incluyendo seguridad social estuvieron por arriba del 70 por ciento, y en un punto alcanzaron la marca de 79 por ciento. Las tasas mostradas son las máximas y pueden ser diferentes de las tasas marginales o promedio que enfrentan la mayor parte de las familias pero en el análisis se da el supuesto de que hay una covariación positiva elevada entre estas dos tasas en el tiempo. Los impuestos al valor agregado son independientes de los niveles de ingreso, y los impuestos inflacionarios dependen de los saldos de activos monetarios. Las reformas legales de 1988-1989 disminuyeron en forma importante esa carga

GRÁFICA 47
Tasa marginal de impuesto al trabajo simulada
y máxima legislada, 1980-2001



Fuente: Elaboración propia.

fiscal hasta 49 por ciento, regresándose en 1995 a niveles cercanos a 60 por ciento, que se mantienen hasta el inicio de la década de 2000.

Con las estadísticas presentadas en este capítulo se puede medir la diferencia entre el grado en que las personas desearían estabilizar su consumo y su esfuerzo de trabajo a lo largo del tiempo, y el grado en el cual el gobierno ha dificultado esa estabilización al variar los impuestos. Por ejemplo, si el gobierno aumenta los impuestos de un periodo a otro, las personas tienen que decidir si disminuyen su consumo para pagar impuestos, si trabajan más para compensarlo (lo cual es complicado porque el gobierno se va a llevar más de su productividad en impuestos), o si utilizan su ahorro para enfrentar esa alza temporal de impuestos.

La gráfica 47 muestra la tasa marginal del impuesto al trabajo, lo más notable de esta gráfica es que las distorsiones y las tasas de impuesto son muy altas al inicio de los ochenta, comienzan a caer a la mitad de esa década y siguen bajando en los noventa, pero aproximadamente en 1995 se da un regreso en la tendencia. El cálculo de la tasa legislada se hace de la siguiente forma: de cada peso pagado por el empleador se deducen primero las contribuciones a la seguridad social, a la cantidad resultante se la aplica la tasa de impuesto sobre la renta, y finalmente se deduce el efecto del impuesto al valor agregado.

En comparación con los resultados de Mulligan (2000) para Estados Unidos, parece que para México la mayor parte de la distorsión puede ser explicada por los impuestos federales. Es decir, la distorsión de los impuestos es tan grande

que los efectos del sindicalismo y otros argumentos deben ser pequeños como parte de la explicación de la distorsión, para la época estudiada.

¿Cómo afecta a los cálculos la legislación laboral?

Al evaluar las distorsiones laborales en la economía mexicana, una pregunta obligada se refiere al papel que juega la Ley Federal del Trabajo (LFT). La LFT es una regulación que se volvió virtualmente intocable entre los años setenta y los ochenta, siéndole al gobierno imposible lograr alguna modificación. En algunos casos, la ausencia de reformas puede generar un daño al no introducirse elementos de modernización técnica. En otros casos, la incapacidad de lograr reformas obliga al mantenimiento de regulaciones consideradas en general costosas e ineficaces, como es el caso de las aplicables en el tema de capacitación o a los procesos de separación del empleo.

Pese a que el tema de este capítulo es el de describir la evolución de las distorsiones en el mercado de trabajo resulta difícil medir un efecto causal de la LFT hacia el mercado que explique las variaciones observadas. Al no haber cambios en la ley, no hay razón para esperar que el texto genere variaciones en las distorsiones. Podrían darse cambios por diferencias en la aplicación de la ley, pero tampoco tenemos bases como para modelar o presumir la forma en que se dieron esos cambios. Aun cuando no es posible medir el efecto causal de la LFT sobre las distorsiones laborales a continuación presentamos algunos comentarios a las iniciativas para reformar esta ley que se han hecho en años recientes. Efectuamos comentarios a las que pensamos son las principales propuestas, y mencionamos algunas relaciones con la legislación sobre seguridad social.

Las distorsiones y las barreras que presentan las regulaciones laborales limitan la productividad y el empleo formal. Los objetivos de estas regulaciones se resumen en tres: 1. elevar el costo del despido, 2. proveer a la autoridad de la capacidad de afectar críticamente el acceso al control de los sindicatos; 3. generar un proceso de litigio que permita la intervención de la autoridad para decidir el caso, presumiblemente a favor del trabajador. Estas regulaciones no coadyuvan al objetivo de proteger a las familias ante riesgos, y sus limitaciones principales, listadas en el mismo orden son las siguientes: 1. al tener como principal herramienta elevar el costo del despido, asumen que existe una situación generalizada de empleos estables en el largo plazo, siendo que esta es más la excepción que la regla para los trabajadores mexicanos; 2. al impedir la competencia entre los sindicatos y li-

mitar la elección libre se favorecen estructuras monopólicas en el liderazgo sindical y se afecta la democracia interna del sindicato; 3. al pretender que el litigio sea sesgado se genera un proceso discrecional que en la práctica termina alargando los litigios y genera incertidumbre para todas las partes (la protección al trabajador se debería definir sólo en las reglas de la relación laboral, pero no en el litigio, que debería evaluar solamente a la desviación en el cumplimiento).

Elevado costo del despido

El costo de las regulaciones por despido medido en proporción del salario pagado por la empresa varía con la antigüedad, pero en caso de despido está entre un mínimo de 6 a 7 por ciento para trabajadores que han estado mucho tiempo con la empresa (30 a 40 años), y aproximadamente 33 por ciento para un trabajadores que ha estado un año (100 por ciento para quien ha estado aproximadamente 4 meses). Adicionalmente hay costos asociados a la incertidumbre para la resolución de un evento, ya que el trabajador no recibe con frecuencia los beneficios y hay una alta incidencia de controversias legales. Esa misma incertidumbre significa que el problema no es uno del ámbito del “sector formal”, ya que todos los trabajadores y empresas están sujetos a litigios. No está de más señalar que para algunas empresas paraestatales y otras dependencias del sector público, el costo por indemnización es aún mayor. Por ejemplo, en el Instituto Mexicano del Seguro Social –que por sí mismo emplea al 3 por ciento de sector formal nacional– las indemnizaciones equivalen al salario de cinco meses más 50 días por año (por ejemplo, un caso con 10 años de antigüedad recibe un pago igual al salario de 650 días).

Aun si los pagos por separación no se dieran con incertidumbre, serían un mecanismo inadecuado para apoyar a los trabajadores a enfrentar el riesgo, ya que siendo la empresa el recipiente residual del riesgo, en épocas de dificultades para la misma, cuando los trabajadores enfrentan mayor riesgo de ser despedidos o de ver una disminución en sus horas de trabajo e ingresos totales, la legislación impone a la empresa la obligación de las mayores erogaciones en efectivo. ¿Cómo podrían las empresas enfrentar esta problemática?

La administración óptima del riesgo implica que sean los agentes con menor aversión al riesgo quienes lo asuman; es decir, quien está más expuesto al riesgo está dispuesto a pagar algo a su contraparte para que sea esta última la que enfrente la variabilidad en los ingresos. Si las regulaciones por separación se dieran sin incertidumbre (un supuesto alejado de la realidad por el bajo costo de iniciar un procedi-

miento ante una Junta de Conciliación y Arbitraje y el alto costo de terminarlo, y difícil de cambiar pues implica una reforma radical a los procedimientos contenidos en la Ley Federal del Trabajo), y si las empresas pudieran acceder al crédito a tasas competitivas (otro supuesto difícil de prever por al menos varios años en México por la alta concentración y baja calidad de la oferta de servicios bancarios, así como la virtual inexistencia del mercado de valores para todas excepto unas pocas decenas de empresas), entonces los costos de separación podrían ser asumidos también a un costo competitivo por los empleadores.

Sin embargo, la realidad es que para una empresa es poco factible lograr una administración de ese riesgo (en el sentido de transferirlo vía seguro o eliminarlo por la vía de la administración), y una empresa tiene frente a sí misma una decisión discreta: ahorrar internamente para garantizar el pago de gastos de separación, lo cual hace más probable que los tribunales obliguen al pago de los mismos, o bien no ahorrar, con lo cual la incertidumbre sobre la aplicación de los gastos de separación queda sesgada en su favor. Es decir, la empresa puede llegar a decidir no prepararse para pagar un riesgo porque éste es demasiado incierto y grande. Para empresas con alto costo de capital esta opción es menos atractiva, pero para aquellas con mayor proporción de trabajo en sus costos, la opción tiende a ser más interesante. Por ejemplo, una empresa pequeña o mediana, o bien una grande que pueda mover fácilmente su capital, puede decidir incurrir en un riesgo de altos pasivos laborales y no mantener activos financieros en la empresa (necesarios para respaldar esos pasivos), y cerrar la empresa en la eventualidad de que el pago sea requerido (por ejemplo, si por una disminución en la demanda debe disminuir su fuerza de trabajo). La incertidumbre sobre gastos de separación no es la única razón por la cual los propietarios de una empresa deciden vaciarla de ahorro financiero, ya que en general la incertidumbre imperante en el sistema judicial, al generar riesgos de litigios costosos y de resultado incierto, induce esa situación. Ante este diagnóstico, la regulación existente sobre gastos de separación es uno de los grandes obstáculos para lograr un ambiente de estabilidad en los ingresos actuales y esperados de los trabajadores.

Otros temas que han sido discutidos en torno a las posibles reformas laborales y que tienen que ver con el costo del despido son: a) las modalidades de contratación, ya que la LFT implica que virtualmente todos los contratos sean permanentes, lo que hace que en algunas empresas se tengan prácticas de rotación excesiva de trabajadores para disminuir la generación de pasivos; b) las reglas de promoción por escalafón, que afectan a los procesos de capacitación y dificultan el creci-

miento de la productividad; c) las prohibiciones a cerrar o disminuir el tamaño de las plantas, dando además al gobierno autoridad discrecional sobre las autorizaciones que pueden dar a una empresa para llevarlas a cabo.

Litigios sesgados

En las Juntas de Conciliación y Arbitraje los procedimientos son largos y costosos, resultan inciertos para las dos partes involucradas; además las juntas no son propiamente un tribunal, ya que dependen en exceso del Ejecutivo y tienen un gobierno tripartita (artículo 593 de la LFT), lo que obstaculiza que los casos se decidan por la evidencia y la ley, y disminuye la credibilidad del proceso. Las instancias cuasijudiciales pueden jugar un papel positivo en la solución de conflictos en la medida en que evitan los conflictos de interés que pueden tener las autoridades ejecutivas en la solución de controversias, y en que operan a un costo más bajo en tiempo y dinero que el Poder Judicial.

Para buscar disminuir los costos directos y de riesgo de los litigios, las propuestas que han circulado de reforma legal proponen ajustes a los procedimientos. Sin embargo, no se introducen mecanismos que garanticen que se llegue a acuerdos y se deja abierta la puerta para que se extiendan los litigios.

Un procedimiento que se puede adoptar para disminuir los casos que enfrenta de litigio es el siguiente. Primero, debería fijarse un periodo improrrogable para la presentación de pruebas y fijación de posiciones. Durante ese periodo se daría toda la oportunidad para que la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje (JFCA), la Procuraduría de la Defensa del Trabajo, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) y cualquier otra instancia cumpla su papel protector de los derechos del trabajador, asesorando e indicando la necesidad de pruebas adicionales. Al final del periodo, cada una de las partes presentaría al juez en un sobre cerrado su posición sobre el monto de la compensación, tiempo de pago, condiciones de la reinstalación y otros puntos que considere relevantes. Este juez debería ser diferente a las personas que llevan a cabo la asesoría del trabajador. El juez decidiría entre una de las dos propuestas presentadas, no estándole permitido modificarlas, ni siquiera por una propuesta intermedia. Durante el periodo de formación de los expedientes se presentaría la instancia de conciliación en forma obligatoria, pero ésta no interrumpiría el tiempo de formación de los expedientes. De esta forma, se tendría una resolución definitiva en un plazo fijado e inamovible. Al hacer las propuestas en un sobre cerrado y establecer que se escogerá únicamente entre una de las dos se induce a las partes a buscar arreglos dentro

de los parámetros establecidos en la ley y en los contratos. Este procedimiento se aplicaría tanto a litigios entre empleados y trabajadores, como a litigios entre el seguro social como asegurador y los asegurados. Para estos últimos la causa más frecuente de litigio es el reclamo del pago de pensiones por invalidez o riesgos de trabajo.

También es necesario incluir en la LFT disposiciones para definir cómo funciona la asesoría para el trabajador, así como la posibilidad de que los procedimientos se lleven ante autoridades estatales o municipales, o ante fedatario público. Esto se motiva porque el uso obligatorio de las JFCA es costoso, y no hay razón para permitir que los procedimientos se lleven a cabo siempre y cuando se cumplan con formalidades ante cualquier instancia capaz de dar una fe pública, en los casos en que no hay diferencias entre las partes.

Otra cuestión importante es que el problema de credibilidad es mayor, ya que no sólo la LFT da a la autoridad un alto grado de discrecionalidad, sino que históricamente esa discrecionalidad se ha utilizado en forma extensiva. Durante los ochenta y noventa, la STPS jugó el papel de policía y guardián de los controles de precios y salarios, función que si bien no está dentro de sus atribuciones, se apoyó en la amenaza de la aplicación discrecional de la LFT. La STPS presidió los denominados “pactos” de estabilidad económica entre los ochenta y los noventa, que fueron mesas tripartitas para el control de precios y salarios. Estos controles tuvieron un fundamento en la Ley sobre Atribuciones del Ejecutivo Federal en Materia Económica, que fue derogada en 1992 al promulgarse la Ley Federal de Competencia Económica.

Otras propuestas de reforma a las regulaciones laborales

El sindicalismo no tiene por qué generar distorsiones. El movimiento sindical ha disminuido su fuerza como parte de la maquinaria electoral por el advenimiento de la democracia, y ha tenido que enfrentar la apertura comercial de la economía. En esa medida es probable que en los últimos 20 años las distorsiones que impone a la economía se hayan reducido. Se ha dado dentro del movimiento sindical una división clara entre un grupo de sindicatos de empresas estatales y monopolios regulados y el resto de los sindicatos. Esta configuración puede ser endógena, ya que los sindicatos de paraestatales y monopolios (agrupados en su mayoría en la Unión Nacional de Trabajadores), tienen un interés en conservar el estatus de sus empresas y de contar con un poder de negociación que permita sostener los beneficios monopólicos (fuera de la UNT, la principal central es la Confe-

deración de Trabajadores de México y también es dominada por sindicatos de monopolios designados por el Estado: eléctrico, petroleros y de radiodifusión). De ser correcta esta hipótesis, significaría que el sindicalismo ha disminuido su impacto en distorsionar el mercado de trabajo, con excepción de empresas paraestatales y monopolios regulados.

Otro tema que ha sido motivo de debate en la reforma laboral es que la LFT no regula explícitamente el “trabajo por hora”, sin embargo, no es claro que ello sea una restricción importante, ya que el empleador y el empleado pueden adoptar prácticas que den una flexibilidad importante al aspecto de horas trabajadas. La LFT establece regulaciones para pagos superiores por trabajo nocturno, horas extra, pago de vacaciones y días de vacaciones. Estas regulaciones no resultan excesivas en comparación a otros países, y si vemos al contrato laboral como un paquete que acuerdan las partes, no es claro por qué esas restricciones lleven a ineficiencia. Por ejemplo, el tiempo de vacaciones es de seis días para nuevas contrataciones, nivel que para efectos prácticos no implica restricción alguna en una economía contemporánea, en que los trabajadores suelen obtener por la vía contractual individual o colectiva mayores vacaciones en la mayor parte de los sectores.

Una de las propuestas importantes que se han hecho y que tendría que coordinarse con el seguro social es la de crear tres nuevos tipos de contrato: de aprendizaje, de prueba y de trabajo discontinuo en posiciones generales. Conviene aclarar que el contrato de aprendizaje que se ha propuesto en México no tiene como objetivo aplicarse a ciertos grupos de edad y de nivel o tipo educativo, tampoco permite el pago de menores salarios, y no prevé que el caso normal sea la contratación definitiva de solamente una parte (posiblemente pequeña) de los trabajadores contratados. Esto significa que el contrato previsto no corresponde a los programas de entrenamiento tipo alemán que son populares en la literatura laboral.⁶² Lo que haría el contrato propuesto es permitir el entrenamiento por tres meses para cierta posición, extensibles a seis meses para casos administrativos y gerenciales, y que el empleador decida terminar la relación sin responsabilidad legal en su contra. La posibilidad de terminar el contrato es entonces la principal innovación. Aspectos que podrían incluirse al contrato de aprendizaje que no están

⁶²En Alemania y Austria se da un sistema de aprendices mediante el cual los estudiantes acceden a trabajos temporales en las empresas para mejorar sus habilidades y adquirir práctica, a cambio de lo cual reciben un salario reducido. El sistema es muy extendido y cuenta con una participación del gobierno, de las cámaras empresariales, de los sindicatos y del sector educativo. Las empresas pueden elegir contratar al estudiante en forma permanente, pero en general no tienen obligaciones con las personas que han estado bajo uno de estos contratos de aprendizaje. Se pueden encontrar descripciones del sistema en Dybowski (2005) y en www.bibb.de/en/welcome.htm.

contemplados en las propuestas son las ligas con las empresas, la posibilidad de contratos que cubran virtualmente todo el equivalente a la educación preparatoria, la integración plena del sistema educativo con el productivo (*e.g.* acreditar académicamente el trabajo y regulación del trabajo correspondiente), y el tratamiento especial de las contribuciones al seguro social. Este asunto aparece en las propuestas como algo secundario, sin embargo, una reforma completa podría significar que en unos años, la mayor parte de los jóvenes de 15 a 20 años de edad ocuparan su tiempo bajo un contrato de este tipo, en programas coordinados con el sistema educativo.

Si se evoluciona hacia un contrato de aprendizaje “tradicional”, pueden llegar a darse relaciones importantes. En un escenario en que se permitiera al empleador contratar a un número de trabajadores de cierta edad y grupo educativo (por ejemplo, jóvenes menores de 25 años, graduados de un programa educativo hace menos de 12 meses), bajo un programa específico de entrenamiento (y no para una posición específica), surgiría la pregunta de cómo se aplicarían las reglas de contribución a la seguridad social. ¿Qué pasaría si algunos de estos aprendices ganan cero o incluso pagan a la empresa por el entrenamiento?, ¿debería darse una excepción de contribución o algún pago mínimo?, ¿se daría exención de pago probablemente para el sistema de pensiones pero no para los riesgos de trabajo, la enfermedad y maternidad?

Los contratos de prueba que aparecen en las propuestas de reforma no atienden a estas preguntas. Su razón de ser es la inflexibilidad de las regulaciones sobre separación. La justificación de su existencia se daría como una forma de relajar las regulaciones que obligan al pago de primas de antigüedad y de liquidación. En ese sentido tendrían un efecto favorable y son deseables, pero debe pensarse también en el desarrollo de un sistema de aprendizaje más amplio y profundo.

Finalmente, los contratos discontinuos funcionarían adecuadamente sólo si los procedimientos del IMSS son mejorados. El seguro social ha tenido que enfrentarlos mediante mecanismos para afiliar a trabajadores en industrias como la portuaria, en las cuales un trabajador puede tener varios empleadores inclusive en un mismo día, pero en la realidad no se ha atendido la mayor parte de la demanda. Se da un problema del riesgo moral que desincentiva a la administración del IMSS a facilitar la afiliación de estas modalidades de contratación. Éste consiste en que si bien el IMSS tiene la obligación de afiliar a quien lo solicite y el objetivo de afiliar a toda la población, en la práctica incurre en prácticas administrativas para limitar la contratación de grupos que le representan altos costos de admi-

nistración. A la fecha, el IMSS no cuenta con mecanismos automatizados para afiliar a individuos en forma voluntaria, y mantiene una administración obsoleta de las opciones voluntarias. Como cualquier asegurador, el IMSS prefiere asegurar a grupos de alta prima y bajo uso (sobre los cuales concentra los esfuerzos de fiscalización), y no tiene interés en afiliar a grupos de alto uso o alto costo de administración (como quiénes se pueden afiliar en forma individual).

La LSS contiene una disposición que distorsiona en forma importante la demanda de trabajo en ocupaciones de alta rotación o de empleo simultáneo múltiple, pero las reformas laborales no la han considerado. Ésta consiste en que por cada empleo se debe pagar una cuota fija de afiliación (más los componentes ligados al salario). Así, un trabajador que tenga dos empleos debe decidir eludir el pago en uno de ellos o plantear al empleador un alto costo fijo del empleo. Por ejemplo, un profesor, un artista, un plomero, y cualquiera que pueda dar servicios a diferentes clientes ("patrones" es el concepto en la LFT), debe decidir funcionar bajo la figura de "servicios profesionales" de la legislación fiscal, o incurrir en un costo elevado de funcionar como asalariado. Este problema se puede resolver mediante acciones administrativas del IMSS, sin embargo, es un ejemplo del riesgo moral que enfrenta como asegurador. El IMSS podría decidir incurrir en costos para resolver el problema (por ejemplo, permitiendo a los empleadores verificar que un individuo ya ha pagado la cuota fija de su seguro en otro empleo). O bien, el IMSS puede decidir concentrarse en cobrar a empresas con ese tipo de empleo pero con un capital suficientemente elevado como para justificar la fiscalización. Esto trabaja contra su objetivo de ampliar la cobertura, pero en beneficio de su bienestar financiero.

Habiendo hecho estos comentarios, no podemos olvidar que la LFT tiene una aplicación muy heterogénea, con algunas empresas que cumplen con la mayor parte de las regulaciones y otras que cumplen pocas de las mismas. Aun para aquellas que cumplen, cierta regulación no genera necesariamente una distorsión, ya que la empresa y el trabajador pueden ajustar sus acuerdos previos en forma compensatoria. Por ejemplo, el costo de la prima de antigüedad o del aguinaldo, prestaciones que son iguales para todos los trabajadores, pueden ser incorporadas en el paquete de salarios y prestaciones laborales. Es muy probable que para el trabajador un peso de aguinaldo o uno de sueldo sean perfectos sustitutos, por lo cual ello no genera distorsiones. Los problemas se asocian a regulaciones de aplicación y monto incierto, y es sobre esos casos que las reformas deberían incidir.

En el siguiente apartado desarrollamos una discusión sobre la forma en que directamente las regulaciones afectan a la protección social empujando a la gente a la economía informal, asimismo se discute cómo dos realidades económicas se pueden ver acentuadas por efecto de las regulaciones: el fin del trabajo de por vida y la disminución del trabajo de personas cercanas a la edad de retiro.

PROTECCIÓN SOCIAL Y MERCADOS DE TRABAJO

¿Por qué es la economía informal un problema para la seguridad social? La seguridad social y otros componentes del sistema de protección social tienen una motivación principalmente de financiamiento hacia las familias, y secundariamente de redistribución del ingreso. En diferentes naciones y circunstancias históricas se ha contado con objetivos adicionales, cuya gama va desde la nacionalización de partes de la economía, la prevención en salud, el fortalecimiento del sistema financiero, el financiamiento del gasto público, el fomento a la investigación y muchos otros, pero las visiones de aseguramiento y redistribución permanecen inmanentes al concepto de protección social.

Por el objetivo primordial de financiamiento, la seguridad social pretende ser un programa que paga beneficios de acuerdo con las contribuciones, a nivel individual y agregado; es un programa de garantía que resuelve un problema financiero a las familias. Usualmente, la seguridad social cuenta con subprogramas de suplemento a familias de bajos ingresos, pero en general el diseño y expectativas de los programas nacionales supone que la gran mayoría de la población efectuará contribuciones a lo largo de su vida laboral suficientes para financiar los beneficios recibidos. En el corto plazo, un jefe de familia puede enfermar y requerir de financiamiento extraordinario para gastos hospitalarios, y la seguridad social los proporcionará en un papel de asegurador, no como en uno de beneficencia o de asistencia pública. Para que este concepto funcione, se requiere que las familias acepten que el servicio de aseguramiento tiene un valor adecuado con respecto al monto de las contribuciones. En la medida en que el valor de los servicios recibidos es demasiado bajo o que existen opciones de menor costo, una parte grande de las familias puede decidir no participar en el sistema.

Dentro de un EB adecuadamente diseñado, la población debe encontrar que el valor de los beneficios recibidos es comparable con el costo de esa protección. De no ser así, se incurre en situaciones de alto costo en forma indebida –se genera una distorsión–, y las personas buscan en forma natural evadir el peso de las regula-

ciones y de las instituciones, generando el fenómeno de la economía informal. De ahí la importancia de discutir el tema de la valuación de los beneficios.

Valuación de los beneficios sociales

Los efectos de los beneficios laborales obligatorios dependen del grado en que los trabajadores valúan los beneficios con relación a sus costos, y de si los salarios son libres de ajustarse para compensar esos beneficios. La evidencia señala que las empresas responden a mayores contribuciones para seguridad social contratando menos trabajo, a menos que los beneficios sean valuados por los individuos en la totalidad de los nuevos costos.

También existe evidencia de que los trabajadores valúan en forma importante los beneficios de la seguridad social, y de que los impuestos a la nómina son transferidos a los trabajadores. Por ejemplo, para México, Marrufo (2004) estima que la incidencia de los impuestos al seguro social sobre los salarios es de aproximadamente 50 por ciento. Las elevadas tasas de no participación en el sector formal sugieren que hay una valuación menor para quienes optan por salir del sistema, y el nivel de evasión sugiere que la oferta de trabajo relevante para el sector cubierto es altamente elástica (es decir, trabajadores y empresas responden rápidamente a incrementos en los costos relativos de contratación en el sector formal moviéndose hacia el sector informal). La decisión de una familia de participar en el sistema de protección social depende del paquete de regulaciones y costos que diferencian al sector formal y al informal, y es una decisión que se determina conjuntamente con la configuración de la demanda por trabajo, en especial en empresas pequeñas. Esto último quiere decir que cuando los costos de contribuciones y regulaciones son elevados, algunas empresas pueden decidir trabajar en la informalidad, y como algunos costos importantes son fijos (independientes del tamaño de la empresa), las empresas pequeñas tienen mayor probabilidad de terminar en la economía informal.

Según Heckman y Pagès (2005), en la mayor parte de América Latina y el Caribe (ALC) las contribuciones a la seguridad social constituyen más del 85 por ciento del total del costo de las regulaciones laborales. Algunas conclusiones empíricas adicionales son las siguientes. Primero, los países pobres obligan a tanta protección social como los ricos, y no hay una diferencia significativa entre el costo promedio de la regulación en los países de la OCDE y en el promedio de los países de ALC, a pesar de que el ingreso es mucho menor en el segundo grupo. Sin embargo, se dan diferencias en la composición de ese costo. Mientras que en ALC

se obliga a un mayor nivel de seguridad en el trabajo, los países de la OCDE tienen en general mayores contribuciones a la seguridad social. Aparentemente, la protección social es un bien inferior, ya que los países de menores ingresos exhiben mayores niveles de seguridad en el trabajo que los ricos. Dentro de ALC, los países más ricos aplican mayores contribuciones a la seguridad social, lo que no ocurre en los países de la OCDE. Finalmente, los países más ricos descansan más en periodos de notificación previa al despido como mecanismo para proveer seguridad a los trabajadores, mientras que los más pobres obligan a un mayor nivel de indemnización en ese evento.

Segundo, las leyes laborales están altamente correlacionadas con los orígenes del sistema legal. El costo de la regulación es mayor en países con sistema legal de origen francés que en aquéllos con un origen inglés. No hay diferencias importantes entre los sistemas escandinavos, alemanes o franceses. Los sistemas franceses utilizan en mayor grado las indemnizaciones, mientras que los sistemas ingleses tienen menores contribuciones a la seguridad social. En una investigación que incluye 85 países, Botero *et al.* (2004) encuentran que los países con sistemas legales de origen francés y escandinavo tienen mayores niveles de regulación laboral que los países de derecho común, y que el poder político de la izquierda se asocia con regulaciones laborales más estrictas de empleo y negociación colectiva y una seguridad social más generosa. Los efectos de origen legal son más importantes que los de la situación política, y las mayores regulaciones se asocian a menor participación de la fuerza de trabajo y mayor desempleo, en especial entre los jóvenes.

La notificación por adelantado tiende a ser una restricción más estricta en los países de la OCDE que en los de ALC, especialmente cuando se trata de trabajadores calificados. En cambio, la compensación por despido es tres veces superior en ALC que en la OCDE. El pago por antigüedad es más común en ALC, y en los países que lo aplican tiene un valor elevado. Una vez que se consideran estos tres componentes, el costo de la seguridad laboral es mayor en ALC que en los países más industrializados y ricos de la OCDE. La seguridad social es el mayor componente del costo laboral obligatorio: 86 por ciento en ALC y 96 por ciento en OCDE.

La brecha fiscal, que mide la diferencia entre el salario pagado por el empleador y el recibido por el trabajador es menor en los países de ALC (22.1 por ciento) que en los de la OCDE (33.4 por ciento). En ALC los costos no salariales permanecieron aproximadamente constantes en los noventa, pero es posible que la brecha fiscal haya disminuido por la liga más estrecha entre contribuciones y beneficios que

representan las reformas en los sistemas de pensiones (es decir, los sistemas reformados hacia sistemas capitalizados son percibidos en menor grado como un impuesto por la mayor confiabilidad en el pago de los beneficios).

El impacto de las regulaciones

Para medir el impacto de las regulaciones sobre el empleo nos interesa conocer qué tanto disminuye el empleo por las empresas al aumentar el costo de la contratación. Las elasticidades de demanda de trabajo (es decir, la respuesta de los lugares de empleo ofrecidos por las empresas ante a los salarios) para ALC son ligeramente menores a las que se miden para otros países (Hammermesh, 1993), especialmente en México y Perú (Heckman y Pagès, 2005). La elasticidad es mayor para trabajadores de cuello azul que para los de cuello blanco, lo que sugiere un menor impacto de las regulaciones para los segundos. Esto implica que un aumento exógeno de 10 por ciento en el costo del empleo disminuirá entre 2 y 6 por ciento el empleo. Este empleo puede ser disminuido por la incidencia del costo sobre los trabajadores, es decir, el efecto de menor empleo por las regulaciones se puede amortiguar por menores salarios. Combinando información de incidencia sobre los salarios y de demanda de trabajo, el efecto de un incremento de 10 por ciento en el costo laboral se encuentra entre 0.6 y 6.5 por ciento, un rango que es demasiado amplio.

El párrafo anterior se refiere al impacto sobre el empleo total. Las regulaciones que afectan las decisiones de contratación y despido no pueden analizarse en un modelo de oferta y demanda, sino que requieren considerar el efecto en el tiempo que se da sobre la decisión de la firma para ajustar su fuerza de trabajo. La investigación que toma en cuenta este efecto encuentra como principal resultado que mayores costos de contratación y despido resultan en menor empleo en las expansiones, mayor empleo en las recesiones, y menores tasas de rotación al contratar y despedir las firmas a un ritmo menor. Podría pensarse que este resultado es lo que éticamente desean las regulaciones laborales restrictivas: menos variabilidad en el empleo. Desafortunadamente, ése se obtiene con menor empleo general y una informalidad que significa que la protección de unos se da a costa de la de otros (lo que no desean hacer las legislaciones).

Choques menos persistentes y menores tasas de descuento se asocian con mayores efectos negativos de la seguridad laboral sobre el empleo porque ambos factores reducen la contratación con relación al despido. Una mayor elasticidad de la demanda por bienes implica un mayor efecto negativo de la seguridad labo-

ral sobre el empleo, y cuando se consideran las decisiones de inversión, los costos de despido disminuyen las utilidades y desalientan la inversión, incrementando la probabilidad de que los costos de despido disminuyan la demanda por trabajo. Adicionalmente, si en cada periodo hay choques exógenos que llevan a la creación y destrucción de empresas, mayores costos de despido llevan a un incremento en el empleo promedio de las firmas existentes, y a menor entrada de nuevas firmas. Las regulaciones de seguridad laboral incentivan a las firmas de alta rotación a funcionar en el sector informal, lo que tiende a producir firmas pequeñas, menos eficientes en su escala, con el fin de evadir los controles fiscales.

Para ALC, la evidencia más fuerte se refiere al impacto de la seguridad laboral sobre la rotación. La evidencia empírica confirma que las regulaciones menos astringentes se asocian con mayor rotación en el mercado de trabajo. La evidencia sobre el nivel promedio de empleo también es de un efecto negativo, pero de forma menos consistente, como se espera del análisis teórico (Heckman y Pagès, 2005). Las indemnizaciones tienen un efecto importante sobre el empleo, de 4 por ciento en promedio. Para ALC en promedio el efecto empírico es mayor (5.8 por ciento) porque la protección promedio es mayor. Para los jóvenes, las cifras son 10.5 por ciento en general y 15.2 por ciento para ALC. Las contribuciones a la seguridad social tienen un efecto promedio de 2.5 por ciento sobre el cociente de empleo a población. Para un costo monetario dado, las provisiones de seguridad en el trabajo tienen un mayor efecto sobre el empleo o el desempleo que las contribuciones a la seguridad social. Las reformas a la seguridad social no parecen tener un efecto importante, pero ello puede deberse a problemas de medición de la variable. En ALC, las contribuciones a la seguridad social se asocian negativamente con el empleo de hombres adultos, resultado que no se repite en la OCDE.

La desaparición del trabajo de por vida

Las legislaciones de seguridad social en el mundo fueron elaboradas durante la primera mitad del siglo XX, partiendo de un supuesto de baja movilidad que no se da hoy en día. La expectativa era que los hombres trabajarían en forma continua hasta jubilarse, que las mujeres trabajarían sólo por excepción y que sólo recibirían los beneficios del esposo (vivo o muerto). También se esperaba que las personas tuvieran una rotación laboral baja, y que la mayoría tuviera trabajos y ocupaciones de por vida.

La realidad actual es diferente, y además son relativamente pocos los casos de personas que tienen un trabajo de por vida. Aquellos quienes tienen trabajo de por vida lo tienen porque cuentan con una profesión especializada o porque se encuentran en algún sector regulado, sin embargo, en general se enfrenta una rotación importante en el mercado laboral, como lo indica la tabla 29. Aquí vemos que el crecimiento anual del empleo se descompone en tasas de creación y destrucción de empleo que son elevadas. En un año determinado, podemos esperar que uno de cada cinco empleos sea destruido, y que aproximadamente el mismo número de empleos, más aquellos que se deriven de la tasa de crecimiento del empleo sean creados. Es útil tener en cuenta que México no es un caso extraordinario en este aspecto y que las tasas de rotación en otros países se encuentran en niveles similares. Presentamos estas cifras para asegurados del IMSS, pues no tenemos datos para la economía en general, pero es de esperarse que el comportamiento sea similar por la movilidad que sabemos hay entre el sector formal y el informal.

La investigación de este fenómeno de creación y destrucción de empleo se desencadenó en los noventa a partir de los trabajos de Haltiwanger, Davis y Schuh (1996). Ahora, sabemos que este fenómeno se da en todos los países a un nivel más activo de lo que se pensaba en el pasado. Entre las implicaciones de esto destaca que el “trabajo de por vida” es una excepción en las economías contemporáneas. Esto no significa que los trabajos actuales sean menos buenos que los del pasado, pero sí que el EB debe adecuar sus reglas a las nuevas condiciones.

TABLA 29
Tasas de creación y destrucción del empleo
para asegurados al IMSS, 1994-2000

	Tasa de Tasa de creación	Crecimiento neto destrucción	del empleo
1994	19.6	16.3	3.2
1995	14.8	18.6	3.8
1996	20.6	10.4	10.2
1997	25.4	9.9	15.5
1998	20.2	13.8	6.3
1999	18.4	12.4	6.0
2000	17.8	13.2	4.6

Fuente: Kaplan *et al.* (2001).

La disminución en el trabajo de los viejos

Uno de los fenómenos más importantes de la última parte del siglo XX fue la caída en la oferta de trabajo de los hombres mayores de 50 años, la cual fue muy importante en los países desarrollados, pero se observó también en el área de América Latina y el Caribe. Las causas de esta caída son tres principalmente. La primera es que al enriquecer la sociedad las personas demandan mayor tiempo de descanso; la segunda es que al trabajar más las mujeres, muchos hombres encuentran menos necesario hacerlo ellos mismos; y la tercera es que la generosidad de los sistemas de seguridad social para la vejez, y el relajamiento de las condiciones para obtener pensiones por invalidez o retiro temprano por desempleo o por años de servicio, determinó que una gran cantidad de personas en muchos países decidiera abandonar la fuerza de trabajo, en especial en Europa.

En países de la OCDE se ha dado una disminución del trabajo de personas en edades cercanas y posteriores a la edad "normal" de retiro, pero existen diferencias muy grandes en la magnitud de este fenómeno. Estas diferencias están relacionadas con la generosidad de los sistemas de pensiones y el nivel de riqueza de las sociedades, porque la decisión de retiro combina efectos de ingreso (la gente más rica puede comprar un retiro más temprano) y de sustitución (en la medida en que los ingresos por continuar trabajando son relativamente mayores que lo que se puede obtener como pensión, las personas tienden a continuar haciéndolo). Entre países de la OCDE, aquéllos con sistemas de protección social más inclinados hacia las soluciones privadas han tenido menor disminución de la oferta de trabajo de viejos (Japón, Estados Unidos), mientras que los sistemas más estatizados y los que han utilizado al retiro temprano como una estrategia para atender al problema del desempleo tienen las mayores caídas (España, Italia, Francia). La tabla 30 muestra la oferta de trabajo de personas cercanas a la edad de retiro en algunos países de la OCDE. Las diferencias son notables: los hombres japoneses trabajan básicamente el doble que los belgas, y 40 por ciento más que la gran mayoría de los países europeos.

El argumento de por qué los europeos están trabajando mucho menos es elaborado por Prescott (2004), quien observa que en los años setenta los europeos trabajaban más que los norteamericanos, y que a raíz del crecimiento de los programas de bienestar han disminuido su oferta en forma importante (véase tabla 31).

TABLA 30
Tasas de empleo para personas de 50 a 64 años, 2000

	Hombres	Mujeres
Austria	56.3	32.4
Bélgica	51.5	27
Dinamarca	70.3	60.1
Finlandia	59.1	57.6
Francia	54.7	42.9
Alemania	57.7	39.6
Grecia	66	29.5
Islandia	95.8	82.7
Irlanda	71.1	34.7
Italia	54.4	23.1
Japón	84.1	54.8
Países Bajos	65.5	38.2
Portugal	70.8	48.6
Suiza	83.6	59.2
España	64.9	25.6
Suecia	73.7	70.6
Reino Unido	68.6	52.9
Noruega	78.3	67.3

Fuente: OCDE, 2004.

TABLA 31
PIB, oferta de trabajo y productividad en países desarrollados grandes

País	PIB por persona de 15 a 64; EUA=100	Horas por persona de 15 a 64; EUA=100	PIB por hora; EUA=100
<i>1993-1996</i>			
Alemania	74	75	99
Francia	74	68	110
Italia	57	64	90
Canadá	79	88	89
Reino Unido	67	88	76
Japón	68	104	74
Estados Unidos	100	100	100
<i>1970-1974</i>			
Alemania	75	105	72
Francia	77	105	74
Italia	53	82	65
Canadá	86	94	91
Reino Unido	68	110	62
Japón	62	127	49
Estados Unidos	100	100	100

Cifras de PIB ajustado por paridad del poder de compra de la OCDE.

Fuente: Prescott (2004).

La enorme economía informal observada en países de ALC (y casi todo el mundo con excepción de los países de la OCDE) debilita el efecto de sustitución (es decir, hay una menor proporción de personas de edad mayor elegibles para los beneficios del EB), y la menor riqueza debilita el efecto ingreso (es decir, al aumentar los salarios en el tiempo, los trabajadores de menores ingresos “compran” tiempo de retiro a un ritmo menor que aquéllos más ricos). En consecuencia, en países diferentes a la OCDE es menor la disminución de las tasas de participación en la fuerza de trabajo al envejecer la población.

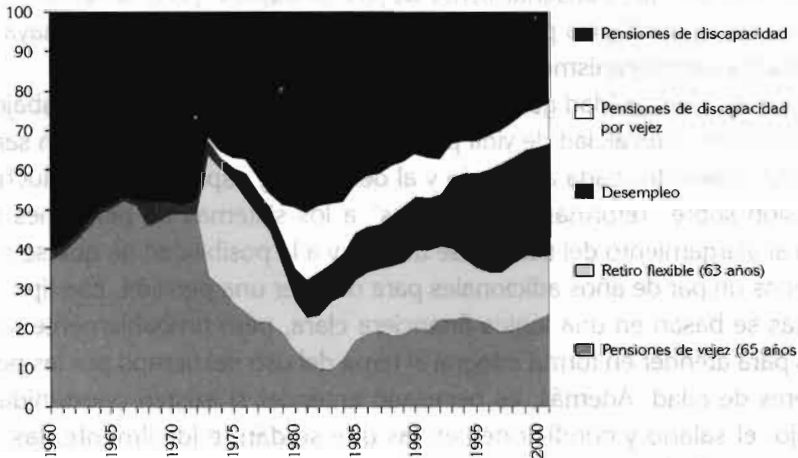
Las implicaciones del declive del trabajo europeo no son menores, ni parece haber un camino sencillo para su atención. De acuerdo con Robert Gordon (2004), durante la década que inicia en la mitad de los noventa la productividad europea creció a la mitad del ritmo que lo hizo la de Estados Unidos, provocando que el nivel de la productividad europea cayera de 94 a 85 por ciento de la de Estados Unidos. En perspectiva, esto significa que se perdió una quinta parte de los avances que tuvo Europa para alcanzar a Estados Unidos desde la Segunda Guerra Mundial, que llevaron su productividad de 44 a 94 por ciento de la de Estados Unidos. Gordon argumenta que además de los temas de regulación laboral y de industrias que se han estudiado para explicar el retraso europeo, las regulaciones que han impedido una adopción más rápida de las nuevas tecnologías de información han jugado un papel en este proceso.

Con respecto a los gastos públicos en salud en la población vieja, las diferencias entre países son mucho mayores que en el caso de las pensiones, y dependen de los formatos de aseguramiento y prestación del servicio (Disney, 1996).

Un elemento central en este debate ha sido el grado en que los sistemas de beneficio definido (o de reparto) tienden a distorsionar la decisión de retiro, causando que los trabajadores abandonen la fuerza de trabajo a edades demasiado tempranas. Los estudios contenidos en el volumen editado por Gruber y Wise (1999) tratan los casos de los países del Grupo de los Siete (G7) tales como Alemania, Canadá, Francia, Italia, Japón, Reino Unido y Estados Unidos, más Bélgica, Países Bajos, España y Suecia. Para estimar el efecto de las reglas de retiro sobre el trabajo se define la “riqueza de la seguridad social” para cada persona, la cual corresponde al valor de los beneficios menos las contribuciones por seguir trabajando, y se calcula en cada periodo de la vida. Así, la decisión de continuar trabajando o de retirarse depende de cómo las reglas del sistema afectan el crecimiento de esa riqueza. En países en los cuales trabajar años adicionales no resulta en una pensión mayor y en cambio se requieren contribuciones adicionales, los

trabajadores tienden a jubilarse a la primera oportunidad que se les presenta. Existe fuerte evidencia en el sentido de que las reglas específicas a cada país determinan las variaciones internacionales observadas en el retiro temprano. La gráfica 48 ilustra la importancia de esta decisión de política. En Alemania, se legisla en la primera parte de los setenta la posibilidad de tener un retiro temprano por varias vías: por haber trabajado ya muchos años, por tener un grado menor de discapacidad, y por haber estado desempleado mucho tiempo. La respuesta de los trabajadores fue muy rápida, y hacia el final de los ochenta apenas uno de cada nueve nuevos pensionados lo hacía por la vía tradicional, es decir, por vejez, y la mayor parte comenzaba a optar por los caminos más rápidos. En Argentina, después de la crisis de 2001, se comenzaron a facilitar vías para la jubilación en forma similar a como lo hizo Alemania: prestación anticipada por desempleo, jubilación a viejos que no han contribuido el número requerido de periodos requeridos, trato especial a algunos grupos (docentes).⁶³ En el caso de Argentina es imposible saber si seguirá el camino de Alemania, pero sí podemos afirmar que cada país tiene ante sí opciones de política que pueden determinar niveles muy diferentes de empleo de personas en torno a las edades de jubilación (50 a 70 años de edad).

GRÁFICA 48
Vía para el retiro de hombres en Alemania, 1960-2000



Fuente: Elaborado con base en datos de Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2004.

⁶³ www.anses.gov.ar.

Un contraargumento es que si el programa de seguridad social es endógeno, los países democráticos tienen un rol legítimo que jugar en definir reglas del sistema que favorecen el retiro temprano. Esta visión parece ser, por ejemplo, la de la Organización Internacional del Trabajo, que considera que son culturales las diferencias entre Europa occidental (donde se trabaja menos) y otros países desarrollados (que trabajan más). Sin embargo, este contraargumento no parece ser válido a la luz de los resultados de Mulligan, Gil y Sala-i-Martin (2001) que se comentan abajo, y de los argumentos de Prescott (2004).

La dificultad en obtener predicciones simples del efecto del envejecimiento sobre el trabajo, el ahorro y la demanda de servicios proviene de analizar Japón en comparación con Norteamérica (Hurd y Nashiro, 1997). En Japón, la gran mayoría de los viejos vive con sus hijos o con otros familiares jóvenes, por lo cual su bienestar tiende a ligarse menos a mediciones de ingreso monetario como la pensión, que puede ser crítica para un viejo que vive solo (40 por ciento de los viejos en Japón viven solos o con su cónyuge). En Japón, los viejos que viven solos tienden a ser más ricos, pero es claro que el apoyo de la red familiar hace que la diferencia de ingresos entre viejos sea un indicador menos adecuado de las diferencias en bienestar que en Norteamérica. En Japón también se observa que los viejos no desahorran, pero en vista del alto nivel de riqueza inmobiliaria, se ha planteado la posibilidad de que las hipotecas revertidas sirvan para elevar su nivel de vida. Sin embargo, la hipoteca revertida es poco usada, probablemente porque requiere del consentimiento de los herederos, pero también porque al no observarse desahorro por los viejos en general, no es claro que haya interés en utilizar esos mecanismos.

La mayor longevidad genera ampliaciones en la posibilidad de trabajo. Parte del incremento en calidad de vida podrá darse si hay una combinación sana para la gente mayor dedicada al trabajo y al descanso y esparcimiento. Mucho de la discusión sobre “reformas paramétricas” a los sistemas de pensiones gira en torno al alargamiento del tiempo de trabajo y a la posibilidad de que se requiera al menos un par de años adicionales para obtener una pensión. Ese tipo de propuestas se basan en una lógica financiera clara, pero probablemente son limitadas para atender en forma integral al tema del uso del tiempo por las personas mayores de edad. Además, es necesario entender si existen oportunidades de trabajo, el salario y condiciones en las que se dan, e idealmente, las causas de esos resultados.

Las propuestas de política deben considerar las diferentes preferencias de las personas, entre los que se incluye su estado de salud. Algunas personas mayo-

res pueden estar dispuestas a sacrificar la expectativa de una mayor pensión a cambio de tener un retiro total de la fuerza de trabajo, mientras que otras pueden estar deseosas de trabajar durante toda su vida a pesar de tener una pensión.

Los sistemas de seguridad social han jugado un papel de gran importancia al influir en la decisión de una persona en el sentido de abandonar totalmente la fuerza de trabajo o de buscar permanentemente opciones de ingreso. Gruber y Wise (1999) presentan un conjunto de estudios que revelan la diferencia entre Europa y Norteamérica en cuanto a la conducta de oferta de trabajo de las personas cercanas a los 60 años o mayores. En ambos casos se han dado disminuciones en el trabajo de estas personas, pero el cambio es mucho mayor en Europa. Estos cambios parecen estar influenciados por las políticas de pensiones, tanto para retiro, como para invalidez y desempleo.

En esta discusión, hay que pensar en la política “de largo plazo”, idealmente definido por una situación de estabilidad en la distribución de la población por edades. Sin embargo, la realidad es una de transición permanente por al menos varias décadas. En esa transición, la gran mayoría de los países aún están en un periodo de envejecimiento que genera cambios constantes en la proporción de trabajadores de diferentes edades. Si el trabajo de personas de diferente edad no es sustituible, esto genera variaciones en los niveles salariales y oportunidades de empleo.

El trabajo de viejos y jóvenes no es sustituible por razones tecnológicas y generacionales. Tecnológicamente, cada empleo requiere de una combinación de habilidades que empata en forma distinta con las habilidades que poseen las personas. Algunos casos son evidentes por asociarse a un esfuerzo físico: los atletas profesionales o los estibadores de un puerto no pueden ser de una edad tan avanzada que les impida efectuar sus tareas. La perspectiva generacional a este problema señala que cada cohorte ha recibido una combinación de educación, experiencias generales de vida, acceso a tecnología y otros factores que moldea su capacidad de llevar a cabo cierto trabajo. Las generaciones más recientes tienen una educación más adecuada al uso de nuevas tecnologías por el efecto obvio de cercanía en el tiempo.

Si cada vez hay menos trabajadores jóvenes y el cambio tecnológico favorece a las habilidades adquiridas en la escuela por los jóvenes, probablemente se tienda a tener un aumento relativo del salario de los jóvenes y menores oportunidades de trabajo para los viejos. En un trabajo sobre México, Meléndez (2003) encuentra que para trabajadores de baja habilidad, el proceso de envejecimiento

relativo está siendo muy rápido, mientras que para trabajadores con estudios de secundaria o superiores el proceso es más lento. La razón es que al elevarse el nivel educativo para las nuevas generaciones, el número relativo de personas en bajos niveles educativos es menor para las nuevas generaciones, mientras que en los niveles de más alta preparación hay efectos temporales que retrasan el envejecimiento relativo del grupo educativo (efectos que pueden afectar a los datos a lo largo de una o dos décadas).

Meléndez (2003) encuentra que entre 1987 y 1999 se da una tendencia en contra de los salarios relativos de trabajadores más viejos, la cual implica una disminución de 1.2 por ciento anual en los salarios relativos por hora de los trabajadores viejos que no está relacionada con los cambios en las ofertas de trabajo, lo que considera evidencia de cambio tecnológico mediante el cual los trabajadores viejos están siendo desplazados por trabajadores más jóvenes. En el periodo estudiado, el premio en ingresos por la experiencia después de 25 años de trabajo es de 35 por ciento, pero de mantenerse la tendencia observada, aun si las ofertas relativas permanecen sin cambio, habrá una disminución a 25 por ciento en los próximos 25 años. Adicionalmente, se proyecta un cambio de 0.25 por ciento trimestral en el cociente de trabajadores viejos a jóvenes, o uno de 28.2 por ciento a lo largo de 25 años. En vista de los coeficientes estimados, esto traerá una disminución de entre 8.2 y 20.6 por ciento en los salarios relativos de los trabajadores viejos. Sumando el efecto tecnológico y el demográfico, la disminución de salarios relativos de los trabajadores viejos se proyecta entre 34.3 y 46.7 por ciento. Una implicación de estos resultados es que los trabajadores que serán viejos hacia 2028 tendrán salarios y ahorro relativamente bajos, probablemente incentivándolos a trabajar más por la debilidad del efecto ingreso (es decir, poblaciones de viejos con bajos ingresos no “compran” mucho tiempo de retiro). Por otro lado, debe considerarse que el periodo de proyección es muy largo, y es posible que el cambio tecnológico adverso al empleo de trabajadores viejos cambie su dirección, pero no hay razones para esperar esto. El retiro temprano de la fuerza de trabajo es aún de escasa significación en México. Para el grupo de 50 a 54 años de edad, las tasas de participación prácticamente no cambian en la última década, y para el grupo de 55 a 59 el descenso es sólo de 90.4 a 87 por ciento (véase tabla 32). En cambio, las mujeres de 50 a 59 están trabajando mucho más, para un balance total de aumento del trabajo en ese decenio previo a la edad oficial de retiro. Para los mayores de 60 hay una tendencia más clara hacia el retiro, pero las tasas de participación continúan siendo elevadas. Como referencia, la tabla 33 muestra las tasas de

empleo en miembros de la OCDE; con excepción de Islandia, los países listados tienen tasas inferiores a las mexicanas, en el caso de España, Francia y Alemania varias decenas de puntos por abajo.

TABLA 32
Trabajo de personas alrededor de la edad de retiro en México, 1991-2003
(Tasas de participación, 50 años de edad o más)

Año	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
		50-54			55-59	
1991	59.0	93.6	28.9	58.4	90.4	26.5
1993	59.9	91.4	31.6	57.6	88.6	27.0
1995	61.7	92.4	32.1	55.7	85.3	28.6
1996	62.3	91.9	35.0	57.4	85.6	31.2
1997	63.8	92.7	36.4	59.2	87.5	32.2
1998	63.6	93.7	36.4	57.6	88.0	30.2
1999	63.6	91.9	37.6	59.2	86.8	32.4
2000	63.6	92.4	37.3	58.5	87.1	32.9
2001	63.9	93.0	37.1	57.1	86.5	30.8
2002	63.9	93.3	37.0	58.6	86.6	33.1
2003	63.8	92.5	38.8	59.8	87.0	34.9
		60-64			65+	
1991	49.8	80.1	21.8	32.4	55.2	12.4
1993	50.8	79.8	22.7	35.5	60.0	15.0
1995	49.5	75.4	24.7	32.4	52.6	15.0
1996	48.4	74.1	23.8	31.9	52.0	14.1
1997	52.4	79.2	27.9	32.9	52.9	14.7
1998	50.5	77.0	26.0	34.4	54.1	16.0
1999	51.3	77.3	25.9	32.3	53.0	15.2
2000	47.6	73.7	23.6	31.7	49.8	14.8
2001	47.4	73.4	23.8	30.7	49.7	13.3
2002	48.3	74.6	24.8	31.0	49.7	14.5
2003	47.9	73.8	24.4	30.0	48.4	14.1

Fuente: Cálculos propios con datos de la Encuesta Nacional de Empleo.

Este apartado trata el que es probablemente el tema estratégico de mayor relevancia para la política social del país en la primera mitad del siglo. Las naciones tienen posibilidad de elegir legislaciones que favorezcan el trabajo, la competitividad y la adopción de nuevas tecnologías, o bien pueden decidir atender a los problemas de corto plazo de desempleo y demanda sociales con promesas crecientes de beneficios que disminuyan esas tendencias.

TABLA 33
 Tasa de empleo en países miembros de la OCDE, 2000
 (Tasa de participación, hombres mayores de 60 años)

Australia	58.5	Corea	68.2
Austria	40.2	Luxemburgo	37.9
Bélgica	35.1	México	79.8
Canadá	57.7	Holanda	50.0
República Checa	51.7	Nueva Zelanda	68.3
Dinamarca	61.9	Noruega	73.1
Finlandia	43.7	Polonia	36.7
Francia	38.5	Portugal	62.5
Alemania	48.2	República Eslovaca	35.4
Grecia	55.3	España	55.2
Hungría	33.2	Suecia	67.8
Islandia	94.2	Suiza	77.0
Irlanda	63.0	Turquía	51.0
Italia	40.9	Reino Unido	59.8
Japón	78.4	Estados Unidos	65.6

Fuente: OCDE, 2002.

Finalmente, a modo de digresión comentaremos si la migración internacional puede rescatar a los países ricos de la crisis de seguridad social. Para atender a esta pregunta se plantea si los efectos macroeconómicos y la migración constituyen una solución al problema fiscal que genera el envejecimiento en los países ricos. El efecto macroeconómico salvador sería un crecimiento de la productividad (salarios antes de impuestos) a un ritmo muy elevado, como consecuencia del crecimiento histórico del ahorro y en consecuencia de la relación capital-trabajo. La inmigración podría rejuvenecer a la población y ampliar la base fiscal que financia el pago de beneficios en la vejez. Fehr, Jokisch y Kotlikoff (2003) estudian el problema con base en un modelo de la economía de los países desarrollados. Especifican un ambiente de economía grande y abierta con tres regiones (Japón, Europa y Estados Unidos), con sus propias instituciones fiscales, costos de ajuste, inmigración, tasas de fecundidad específicas a grupo de edad, esperanza de vida, incertidumbre de supervivencia, herencias (debidas a anuitización imperfecta) y heterogeneidad dentro de cada cohorte. En este modelo, el trabajo efectivo aumenta en todos los países debido a que el crecimiento tecnológico supera el efecto del envejecimiento. El capital por unidad de capital humano decrece en todos los países. Este desplazamiento de capital se debe a que el ahorro disminuye como consecuencia de los mayores impuestos, especialmente impuestos al tra-

bajo. Esta disminución del capital hace que los salarios declinen, lo que hace necesario en el equilibrio general que los impuestos aumenten aún más de lo que parecería necesario en un ejercicio parcial por efecto de la demografía. La escasez de capital también induce un incremento muy importante en las tasas de interés. El capital también tiene ganancias en valor al escasear, lo que beneficia a los grupos de mayores ingresos. Los impuestos al salario para financiar las pensiones (ligadas al salario), y al salario para financiar gasto público en salud (que en el modelo no están ligados al salario), son muy importantes. La inmigración tiene en general efectos positivos, ya que los impuestos sobre los jóvenes disminuyen y los viejos tienen una pequeña ganancia de capital. La eliminación gradual del sistema público de pensiones y del impuesto al trabajo, así como el financiamiento de la transición mediante un impuesto al consumo genera grandes ganancias en bienestar. Este impuesto se elevaría en el mediano plazo y sería cero a la larga, pues sólo financia la transición para eliminar el sistema anterior de pensiones. Las ganancias se deben a que el impuesto al consumo deprime al consumo agregado y eleva el ahorro y la formación de capital. En el largo plazo, los mayores salarios y menores impuestos al trabajo disminuyen la oferta total de trabajo, generando ganancias de capital y menores tasas de interés.

¿Qué otras implicaciones puede tener el escenario que plantean Fehr, Jokisch y Kotlikoff? Para México esta es una pregunta muy relevante, pues el flujo entre México y Norteamérica es uno de los más importantes del mundo. Una primera conclusión es que la migración a Estados Unidos tiene una ventaja para el sistema de protección social de ese país, por lo cual hay un incentivo a mantener el flujo migratorio. Por otro lado, Chiquiar y Hanson (2002) muestran que la migración de mexicanos a Estados Unidos está compuesta por personas cuya distribución de educación es superior a la del país en general. Es decir, los mexicanos son de calificación laboral relativamente baja en Estados Unidos, pero en México son de calificación superior al promedio. Por ello, las perspectivas de una emigración continuada en gran escala no son necesariamente optimistas para México, pues estas personas reciben proporcionalmente más del gasto público en educación y probablemente tengan habilidades superiores al resto de la población, ya que deben tener capacidad física y mental para migrar, incluyendo las habilidades para aprender otro idioma y funcionar en una economía sofisticada. La menor presión para la seguridad social de Estados Unidos puede significar una mayor presión para la mexicana.

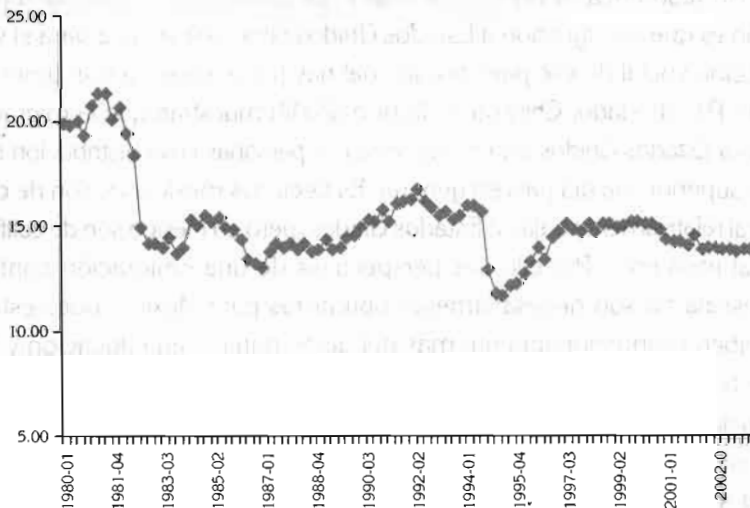
REFORMA Y AHORRO

Este apartado es una digresión sobre la relación entre el EB, en particular el sistema de pensiones, y el ahorro.

Otro tema importante es el efecto del envejecimiento sobre el ahorro. De acuerdo con las teorías del ciclo vital, se debería observar desahorro en la vejez, pero la evidencia empírica muestra que las personas no desahorran tanto como se esperaría de esos modelos, y que los trabajadores jóvenes de bajos ingresos no ahorran tanto como se esperaría del modelo. En resumen, no se han encontrado relaciones sencillas entre el ahorro y el envejecimiento de la población (Disney, 1996). Por otro lado, se está observando un crecimiento en el uso de criterios de pruebas de medios para contener el costo fiscal de los programas públicos, lo que puede llevar a una disminución de los incentivos al ahorro de los trabajadores de ingresos bajos. Las pruebas de medios consisten en un conjunto de estándares que tiene que cumplir una persona para recibir un beneficio; por ejemplo, tener un ingreso menor a la línea de pobreza, tener niños pequeños en el hogar o tener un nivel de nutrición debajo de cierto estándar.

Un tema poco explorado es cuál será la conducta de la tasa de fecundidad, y cómo evolucionará la conducta de las herencias. ¿Se darán a largo plazo arreglos

GRÁFICA 49
Formación bruta de capital fijo o ahorro nacional



Fuente: Elaboración propia con base en cifras del INEGI

sociales que permitan retornar a tasas de fecundidad mayores?, ¿en vista del pequeño número de niños que están naciendo, habrá un mayor nivel de herencias por niño?, ¿habrá cambios mayores en el precio de las casas que constituyen el principal componente de las herencias para la mayor parte de las familias, debilitando aún más el financiamiento para el retiro?

Una de las preocupaciones principales en las políticas de seguridad social es su efecto sobre el ahorro. En forma directa, no es claro que éste deba ser un objetivo de la política (aunque con frecuencia los gobiernos así lo consideran), pues tampoco es clara la evidencia en el sentido de que una mayor tasa de ahorro nacional genere mayor o menor nivel de estabilidad de un sistema de pensiones. El volumen editado por Feldstein (1998), en el cual se estudian las reformas de pensiones en Chile, Reino Unido, Australia, Argentina y México, señala en diversos puntos que la relación entre estas reformas y el ahorro no es clara.

En México se dio un aumento en el ahorro nacional posterior a la reforma de 1997, pero es probable que ese movimiento haya sido parte de un ciclo de largo plazo. El ahorro agregado de México ha fluctuado desde los ochenta en una tasa de 15 por ciento (véase gráfica 49).

Conclusiones

El Estado de bienestar es una institución ubicua de las sociedades contemporáneas. En décadas recientes nuestro entendimiento de las causas que llevan al gobierno a intervenir en los mercados de aseguramiento y de la forma en que mejor se puede tomar esa intervención ha crecido en forma importante. Por otro lado, es limitado nuestro entendimiento de las causas últimas del Estado de bienestar, a las respuestas de la pregunta de ¿por qué?, la cual es la marca de contraste de la explicación científica. En esta investigación nos abocamos a entender primero qué es lo que hace el EB, y las principales hipótesis económicas que determinan la posibilidad de ganancias en eficiencia por esa intervención.

Para la economía contemporánea, la hipótesis del consumo permanente y las hipótesis de equilibrio de mercados en situaciones de información asimétrica son los caballos de batalla para el análisis. En el capítulo 1 también mencionamos las nuevas teorías derivadas de la economía conductista, pero es temprano para evaluar su importancia. Todas esas teorías nos explican por qué las personas se benefician del seguro, y que los mercados competitivos pueden ser ineficientes, justificando así una intervención estatal, pero no nos explican por qué en los últimos 100 años hemos tenido el crecimiento del Estado de bienestar como institución social y política preeminente. Por ello pasamos a discutir la forma en que las sociedades industriales han desarrollado un concepto de bienestar que es solidario, en el cual la colectividad no acepta que se

den niveles de consumo excesivamente bajos para algunas familias. Vimos que este concepto rebasa el ámbito de la política, pues no se correlaciona con la fortaleza de las democracias, sino que diversas formas de organización política han coincidido en su interés de distribuir recursos de jóvenes a viejos, favorecer el retiro temprano, y garantizar niveles de consumo.

Si bien tenemos limitaciones para explicar las causas fundamentales del Estado de bienestar, tenemos capacidad de identificar las formas principales que ha tomado y encontrar un grado elevado de coincidencia en las políticas de países de nivel de ingreso y sistema político diverso. En ese contexto, surge la hipótesis del Estado de bienestar como una herramienta para lograr la participación voluntaria de la población en una solución colectiva de gran redistribución de los flujos de ingreso. En esa hipótesis, y por el gran impacto de las instituciones del Estado de bienestar sobre las familias, los ciudadanos encuentran debilitadas las ligas tradicionales que asociaban condiciones socioeconómicas con una afiliación política. Los partidos políticos son menos capaces de generar mayorías claras que les den poder efectivo en las arenas ejecutiva y legislativa. Las divisiones tradicionales comienzan a ser dominadas por el objetivo de sostener en forma estable a los programas del Estado de bienestar, y el sistema político encuentra que el margen para alterarlos es estrecho.

Se dan dos contradicciones que continuamente dificultan el gobierno del Estado de bienestar. La primera es que el EB original buscaba garantizar un nivel mínimo de consumo para aproximar a las personas a un estándar de vida, mientras que en la actualidad su intervención es, con mayor frecuencia, para integrar a los beneficiarios al sistema de control social ante conductas hedonistas. La segunda es que el Estado de bienestar pretende la descentralización y a la participación comunitaria como elementos clave para su funcionamiento, pero sus instituciones se organizan sobre bases funcionales, generando grandes burocracias. Esto se debe a las ventajas en costo de organizar al EB como una corporación de servicios, pero también a las dificultades del EB de conciliar objetivos de igualdad, que le son primordiales, con las demandas de libertad que generan otros ámbitos sociales. La libertad genera diversidad, y un EB estático pierde con el paso del tiempo la capacidad de generar equidad y de impulsar un conflicto con la conducta social que en su naturaleza evolutiva demanda flexibilidad. Por ello los regímenes políticos de Occidente han sido incapaces de gobernar y modificar con efectividad las instituciones básicas del EB, por lo cual la expansión del EB se ha acompañado de regímenes políticos débiles.

Ante esta complejidad, el capítulo 1 incluye el análisis de dos casos paradigmáticos, que son la creación del seguro social alemán por Bismarck y el debate sobre la Ley de Pobres en el Reino Unido en las primeras décadas del siglo XIX. El caso alemán es considerado fundacional para el EB contemporáneo, y ahí vemos que el objetivo de control político era explícito. En el caso del Reino Unido, vemos cómo se dan coaliciones políticas importantes para atacar o defender los programas de apoyo a los pobres, y cómo finalmente la percepción del gobierno sobre la necesidad de control social termina definiendo el sentido de la política social.

En el capítulo 1 me hubiera gustado incluir una discusión del surgimiento histórico del seguro social en México, pero creo que aún no sabemos casi nada de los procesos reales que se dieron. Sabemos que aquí, como en el resto de América Latina, se dio un movimiento promovido por la Organización Internacional del Trabajo y el gobierno de Estados Unidos para desarrollar sistemas de seguridad social, después de que ese país lo había hecho en los años treinta a raíz de la gran depresión. Probablemente, se dio una historia análoga a la de los casos paradigmáticos que tratamos en el capítulo 1, con los grupos económicos y políticos dominantes acordando la creación del seguro social con grupos sindicales. No hay que olvidar que hablamos de los años de la Guerra Fría, y no es aventurado pensar que la gran estabilidad de los grandes sindicatos mexicanos de los cuarenta hasta los noventa del siglo XX era parte de un equilibrio determinado principalmente por el entorno internacional. Pero de esto sabemos poco, y toca a los historiadores abundar sobre el tema.

En el capítulo 2 vemos que los últimos años han sido de iniciativas y reformas para atender presiones sociales y fiscales que el EB impone a los gobiernos. La discusión gira en torno a los seguros pensiones y de salud. Comenzamos señalando que no hay lecciones de consenso, y que se presentan desacuerdos fundamentales acerca de la conveniencia de diversos caminos de reforma.

Para producir esta diversidad se conjugan las diferencias entre los mercados laborales de los países y entre los balances de grupos dentro de sus estructuras de poder, las heterogéneas distribuciones del ingreso, el diferente grado de desarrollo financiero, y otros factores. La investigación debe jugar el papel de dibujar los mapas de opciones disponibles para modelar al sistema de protección social sobre bases realistas, logrando así disminuir la virulencia de los debates. Algunas diferencias tienen un fondo ideológico y serán inevitables, pero otras surgen de la falta de entendimiento de los problemas y de los programas.

Clasificar detalladamente los diferentes programas de protección social es una tarea complicada, pero las teorías de organización industrial proveen una forma

de visualizar estos programas como realizadores de funciones financieras (de aseguramiento) y operativas (de provisión de servicios). Estas funciones pueden estar integradas verticalmente lo que implica que una misma agencia lleve a cabo todas las funciones o estas funciones pueden llevarse a cabo por separado por diferentes agencias. Haya o no integración vertical de las funciones aseguradora y proveedora, es relevante el grado de integración horizontal.

En los programas de pensiones, las reformas más importantes se han dado en América Latina, el Reino Unido y algunos países de Europa del este para avanzar hacia sistemas de ahorro con base en cuentas individuales. Las reformas pueden interpretarse en el sentido de mantener la garantía estatal del ingreso mediante una funcionalidad de integración nacional de riesgo por parte del Estado (nivel de aseguramiento social), permitiendo la competencia en el mercado de provisión, que en este caso es el de rentas vitalicias (nivel de provisión de servicios, en este caso de renta vitalicia). Otros países han seguido reformas “paramétricas”, que consisten en modificar edades de jubilación y tasas de impuesto para balancear las finanzas de los seguros sociales.

Otro caso de gran importancia es el de la salud. La diversidad de programas es aún mayor en salud que en pensiones. Hasta los cincuenta o sesenta, un número de gobiernos intentaron la integración vertical y horizontal de los programas de salud, pero pocos lograron hacerlo, siendo el ejemplo preeminente el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, creado a raíz del Reporte Beveridge de 1942. En América Latina, hasta los setenta se dio con frecuencia la estrategia de hacer crecer a los grandes institutos de seguridad social que integraban las funciones financieras y operativas, pero en la práctica pocos países de la región cuentan en la actualidad con un control vertical por el seguro social de la atención a la salud para la mayor parte de la población. Algunos países han tenido cambios fundamentales al buscar separar las funciones financieras de la provisión de servicios de salud, estando en este grupo Chile, Colombia, Perú y República Dominicana (con grados de avance heterogéneos). En México se mantiene una fuerte integración vertical, pero hay además una fuerte separación horizontal de los proveedores de servicios finales.

Los sistemas de protección social integrados verticalmente han enfrentado dos problemas importantes que han motivado reformas. Primero, generan dificultades para la movilidad de trabajadores entre empleos o al momento del retiro, al atar la protección a un empleo determinado. Segundo, han mostrado menor capacidad para enfrentar el incremento en costos de la salud en comparación a los sistemas en que el financiador y el proveedor son distintos, por lo cual tienden a controlar costos mediante el uso de colas y disminución de la calidad del servicio.

La evaluación de algunas reformas y propuestas notables señala la existencia de un menú amplio. Sin embargo, al comparar lo que ha pasado en México con una propuesta amplia de Kotlikoff (2005), encontramos que si bien hay un avance importante en adoptar una regulación adecuada al sistema de pensiones, en el seguro de salud el EB mexicano tiene deficiencias abundantes.

Por el gran tamaño del EB, gran parte del sistema fiscal se diseña en torno a sus programas —es decir, a sus seguros. Por eso incluimos una discusión sobre la propuesta del impuesto plano al ingreso, que fue popular en los ochenta y noventa pero que ha perdido apoyo. Una razón parece ser que quienes están a favor de un Estado más delgado piensan que facilitar la recaudación puede terminar generando más gasto público en lugar de disminuir los déficit y las deudas. Otro argumento en contra es que el costo de eficiencia de varios impuestos pequeños puede ser menor que el de uno solo más grande. Finalmente, es probable que este sea otro tema en el cual las teorías económicas sean todavía limitadas en su entendimiento de lo que desea la población.

Dedicamos en el capítulo 2 un número de páginas al problema europeo. En ese continente, las personas se están retirando a edades muy tempranas y en general están trabajando menos, fenómenos que se atribuyen en gran parte al diseño de los programas del EB. Si eso es un evento cultural o un problema económico es una pregunta esencial. Existe la opinión de que esos programas son responsables no sólo de que se trabaje poco, sino también de las bajas tasas de fecundidad, que influyen sobre la formación misma de la familia y la identidad básica de las personas con la sociedad y su país.

Algunos países europeos han comenzado a cambiar sus programas para evitar esos efectos, y discutimos el caso destacado de Suecia, que ha disminuido el impuesto al trabajo y se ha movido parcialmente hacia un sistema de ahorro individual. En los próximos años veremos a Alemania y a otros grandes países europeos tomar acciones. Las hipótesis de nuestro capítulo 1 nos sugieren que esas reformas serán graduales y se darán en un ambiente de fricción política.

En América Latina, con sociedades y estados de bienestar más jóvenes, durante los ochenta y noventa se dieron reformas revolucionarias en los seguros de pensiones. Estos nuevos sistemas se han estabilizado en general, pero hay críticas en aspectos neurálgicos, como es el de la falta de competencia y las altas comisiones. Sin embargo, las reformas han logrado un nivel de ahorro que hubiera sido difícil de imaginar bajo los viejos sistemas de reparto. En algunos países, comienzan a ser realidad las promesas de pensiones más estables y se gana credibilidad, pero

el caso argentino (la crisis de 2001-2002) indica que aun un sistema de ahorro individual no es inmune a perder valor ante crisis económicas. En el ámbito del seguro de salud, la experiencia de América Latina es más limitada; hay pocas reformas y las evaluaciones sobre las mismas no son tan claramente favorables.

En términos conceptuales, la principal asignatura pendiente del EB mexicano es el seguro de desempleo. Por un lado la discusión de los seguros europeos, y por el otro la implantación de un seguro de desempleo en Chile, abren la puerta para una discusión valiosa sobre el tema.

En el capítulo 3 estudiamos la situación de los seguros para la población en general en México. Antes de discutir cada seguro, relatamos la historia y los problemas de gobierno corporativo del seguro social. El capítulo 1 habló de la importancia de la regulación sobre las instituciones para lograr el éxito del EB. La historia señala a dificultades notables durante los setenta y los ochenta, que llevaron a cambios legislativos que gradualmente han mejorado la transparencia en las finanzas del IMSS.

En el análisis de cada seguro encontramos algunos éxitos notables de la política, como es el caso del sistema de guarderías. Para éste, el cambio en las reglas de financiamiento y de reparto de riesgo entre proveedores y seguro social ha permitido un gran crecimiento en los servicios ofrecidos. Para los seguros de pensiones el evento dominante es la reforma de 1995, la cual se ha consolidado en su parte de retiro, pero enfrenta dificultades básicas en el seguro de invalidez. En el caso de la salud, se mantienen esencialmente los mismos programas de hace varias décadas, y se genera una situación de deficiencia crónica en el uso de recursos, la que se agrava por el costo de los avances tecnológicos y el envejecimiento.

El principal mensaje del capítulo 4 es que el *statu quo* está llevando a la declinación gradual del sistema de protección social para la salud en México. Mientras que el debate entre los partidos políticos se centra en el fenómeno de la privatización —que es secundario en esta discusión—, y las agencias públicas siguen agendas parciales en su competencia por el presupuesto federal, el evento central de las últimas décadas es el crecimiento gradual e imbatible de la oferta privada y del financiamiento sin aseguramiento por las familias. En el apartado “Tendencias en seguros para la salud” he delineado un conjunto de políticas realistas y complementarias. Estas son reformas de largo plazo y requieren en general de un trabajo complejo de gestión. A diferencia del caso de pensiones, en salud no veremos la adopción de un “modelo”. Cualquiera que sea el camino tomado se mantendrá una gran diversidad de proveedores: públicos y privados, de todos tamaños, algunos con fines de

lucro y otros filantrópicos, algunos integrados en grandes corporaciones y muchos especializados en nichos. Por ello es muy interesante pensar en una mecánica básica de aseguramiento federal que a la vez sea simple y permita acomodar esa gran diversidad.

Para el Estado de bienestar los programas de apoyo especial a los pobres son suplementarios a los grandes programas de aseguramiento. Por su naturaleza, el EB busca la normalización del consumo de las familias, para lo cual instituye grandes flujos de recaudación de impuestos y pago de beneficios, bajo el supuesto de que sus beneficios son una función de la productividad promedio de la economía. Tal normalización parece facilitarse en la medida en que la nación es socialmente homogénea o suficientemente rica como para financiar una gran elevación del consumo de las familias con muy baja productividad. Sin duda el EB se constituye en parte esencial de la afinidad nacional en los estados contemporáneos. Sus programas definen de una forma fundamental las perspectivas de la mayor parte de las familias acerca del grado y forma en que se da la solidaridad en el país.

Los programas discutidos en el capítulo 5 nunca crecerán hasta ser el núcleo del EB, y mucho de la discusión en otros capítulos trata de los esfuerzos para lograr la integración de más familias a los programas centrales del EB: los seguros de salud y pensiones. La estructura de Progres-Oportunidades es favorable a ello, pues se basa en administración individual de casos, siendo posible prever un tránsito hacia los otros programas. Los programas que dan beneficios en especie en forma "comunitaria" requieren también de controles comunitarios, por lo cual están condenados a ser sujetos de control político. En el ambiente contemporáneo de movilidad geográfica de las personas, es necesario que los programas las acompañen en sus travesías por diferentes empleos, regiones e incluso familias.

El capítulo sobre la economía política del EB nos dice que la pobreza es un concepto social, no un estándar definido biológicamente o por otras reglas inamovibles. La percepción que tengan la clase media (que es la que paga los impuestos) y los gobernantes (que son quienes los gastan) acerca de las causas de la pobreza será crítica para el futuro de estos programas. Recientemente, el gobierno adoptó la hipótesis de un déficit de capital humano asociado a restricciones de liquidez. Los resultados de las evaluaciones de Progres-Oportunidades sugieren que este diagnóstico es correcto, pues las intervenciones para financiar a la familia resultan en un retorno elevado. Sin embargo, quedan pendientes en la agenda de política dos discusiones clave, sobre el papel de la calidad de la oferta pública de educación y salud, y una consideración seria sobre el tema del atraso de las comunidades indígenas.

La evolución favorable que se ha dado hacia el programa Oportunidades puede terminar de consolidarse si se logra su integración a los programas centrales del seguro social. Además de los temas corporativos, probablemente eso llevará a ampliar el concepto de transferencias en efectivo a toda la población, y veremos que el programa se transforma en uno de asignaciones familiares para todas las familias. Esto último puede ser la clave para erradicar la pobreza de los niños en las ciudades y para dar a las madres de bajos ingresos, en especial a las solteras, un alivio real a sus limitaciones de consumo e inversión. También vemos como probable un desarrollo de programas de pensión suplementaria. Ya hoy, hay cerca de tres millones de pensionados en el país, y la mayor parte de ellos tiene en la pensión su principal fuente de ingreso. En el papel del EB como canal principal para la realización de una visión nacional de bienestar compartido, será decisivo el futuro de estas dos clases de programas: de transferencias para eliminar la pobreza y de pensiones suplementarias.

En los capítulos 6 y 7 nos concentramos en los temas de trabajo e impuestos, el otro lado de la moneda al de los seguros y programas que tratamos en los capítulos 2 a 5.

El capítulo 6 parte del supuesto de que México experimentará una importante ampliación en la oferta de programas de protección social, y de que el financiamiento a partir del trabajo tendrá que jugar un papel central en soportar ese crecimiento. Utilizamos la frase “financiamiento a partir del trabajo” y no “impuestos al trabajo” porque la discusión en otros capítulos resalta la posibilidad de que el crecimiento se dé bajo formas de organización que no están bajo el control directo o total del Estado. “El gran objeto de la economía política en cada país es incrementar la riqueza y el poder de ese país”, expresó Adam Smith en 1776. En ocasiones se considera que la mejor forma de lograr eso es mediante la acción estatal en materia de defensa nacional, protección a la propiedad, y provisión o regulación de bienes públicos (incluyendo en este último caso el concepto general de externalidades y su caso más estudiado, que es el monopolio). Sin embargo, como cuestión empírica, los gobiernos contemporáneos cada vez actúan relativamente menos en esas áreas, y crece en importancia su operación en torno al sistema de bienestar. Mantener el capital en el país era una forma de lograr la riqueza de la nación, pero una deficiente política fiscal hacia los trabajadores aleja no sólo al capital para inversión, sino también a los propios trabajadores que emigran hacia lugares en que es mejor valuado su esfuerzo (en México esto significa la economía informal y el extranjero). Afortunadamente, la teoría económica ha avanzado y no tenemos

que depender de Smith para estudiar al Estado de bienestar y encontrar formas de mejorarlo.

Con respecto a la base fiscal, observamos que ésta es difícil de predecir y que ha sido sumamente inestable a lo largo de los años. Si bien es deseable que una política monetaria estable ayude a disminuir ese problema, es probable que en cualquier caso permanezca una variabilidad importante en los salarios reales de la economía que afecte la capacidad de financiar los programas sociales. Ante ese diagnóstico, es recomendable reforzar los mecanismos de ahorro del propio seguro social.

El gobierno intentó elevar los impuestos a la nómina todavía en 1993, pero el efecto en la recaudación se eliminó en pocos años. El principal evento del EB mexicano de los últimos 15 años es el estancamiento del seguro social, primero de 1990 a 1995, y luego de 2000 a 2005, por lo cual probablemente no veamos elevaciones en las tasas de impuestos (a menos de que el gobierno decida la contracción permanente del programa). Eso puede llevarnos a observar en el futuro el crecimiento del financiamiento con fondos generales para los programas públicos, para lo cual el gobierno deberá dedicar recursos crecientes del presupuesto. Ante las limitaciones *de facto* para ampliar el impuesto a la nómina y el impuesto sobre la renta sin afectar el empleo formal, ello se podrá hacer sólo mediante impuestos a las ventas, específicamente con la elevación del IVA si no se desea contraer a los programas de seguridad social.

La problemática descrita lleva implícito un cambio importante en la obligatoriedad del pago de impuestos para la seguridad social: de alguna forma, todos los generadores de ingresos deberán pagarlos. En la actualidad, sólo están obligados los asalariados. En este punto se resalta la importancia de flexibilizar el sistema, ya que difícilmente se logrará la mayoría política para el cambio si la obligación de pago conlleva la obligación de recibir el servicio de proveedores públicos establecidos. En la práctica, la obligatoriedad se puede dar por medio de las reglas para la deducción de gastos para la salud de la base gravable: sólo serán deducibles los gastos hechos dentro de un programa de aseguramiento (incluyendo deducibles y copagos hasta cierto límite). Las deducciones fiscales para la salud podrán así acotarse, de manera que los gastos suntuarios o la sobrefacturación sean inútiles como generadores de ganancias fiscales. Otra opción es que el gobierno intente hacer obligatoria la afiliación de no asalariados sin modificar el funcionamiento del IMSS, pero esto implica un problema político mayor pues se trata de millones de personas que verían afectados sus ingresos sin que ello les

represente una mejoría en los beneficios (si lo tuvieran, se afiliarían voluntariamente). Este cambio puede además requerir de un cambio constitucional, pues la obligatoriedad para los asalariados se deriva del artículo 123.

Un grupo importante de población que en todos los escenarios enfrentará dificultades para estar asegurado, es el de hogares en poblaciones pequeñas y de bajos ingresos. Su incorporación al sistema de seguridad social es factible y deseable, sólo si se da sobre la base de una reorganización de los sistemas estatales de salud que se discute en el capítulo 4.

El gasto de la seguridad social continuará con una alta tasa de crecimiento y de la misma forma otros programas sociales crecerán en forma importante. Si bien el discurso político tiende a plantear este evento como resultado de la filantropía de los profesionales de la política, la hipótesis correcta señala a que esto se da como resultado de la demanda de una población que mayoritariamente votará por programas que la protejan contra riesgos de la economía contemporánea, los cuales aparentemente se amplían con el crecimiento del comercio internacional. Bajo esa perspectiva, el tema de cómo financiar y regular el crecimiento del sistema de protección social es uno de los grandes retos. La opción de mantener el *statu quo* probablemente llevará a una mayor carga fiscal y a un mayor diferencial entre los costos de las empresas y el dinero que los trabajadores se llevan a su casa después de pagar los impuestos. En ese caso, la pregunta está en si la población respondería contribuyendo o si se acentuaría el crecimiento de la economía informal, lo que determinaría un declive aún más acentuado de las instituciones públicas, al no poder mantenerse los costos fijos del aparato de provisión de servicios existente. A diferencia de los monopolios estatales de energía, que tienen capacidad de sostener prácticas restrictivas y alta rentabilidad, en los programas sociales no es posible obligar a toda la población a contribuir y a recibir servicios del Estado, por lo cual el supuesto de que los monopolios estatales son sostenibles es menos válido. Esto significa simplemente que los hogares no tienen opciones en su demanda de energía y deben consumir los bienes que ofrecen las empresas del gobierno, lo que las hace altamente rentables (a un alto costo para el aparato productivo). En el caso del IMSS, los hogares tienen sustitutos casi perfectos a costos competitivos, por lo cual el poder monopólico se erosiona en la medida en que las empresas y sus empleados encuentran la forma de eludir el pago de los impuestos a la nómina.

Con respecto al capital, las prácticas contables permiten que la base de los impuestos emigre al capital aun cuando el capital mismo no lo haga, al alterar el valor asignado a los bienes intermedios que son enviados dentro de una compa-

ña. Así, una empresa multinacional puede arreglar sus libros para que una parte relativamente elevada de sus utilidades mundiales se concentre en países con bajas tasas corporativas. Si bien los países de la OCDE muestran una tendencia a reducir los impuestos corporativos, no es claro el grado en que ello se debe a la competencia de impuestos. Con respecto al sector no corporativo, es cada vez más difícil gravar el ingreso de residentes ganados en países extranjeros, y algunos países se han movido incluso hacia un sistema dual de impuesto al ingreso, con un menor impuesto para el ingreso del capital.

Existe la opinión de que la competencia fiscal internacional impone un dilema a la política fiscal: la carga de proveer servicios sociales se debe enfocar hacia el trabajo o esos servicios deben ser reducidos. Se argumenta que la mayor apertura económica se asocia a mayor incertidumbre sobre el consumo, especialmente para los trabajadores, quienes pueden asegurar muy poco de su ingreso en los mercados. En ese marco, el gasto estatal en programas de apoyo social evoluciona para proveer seguridad contra esos riesgos. Rodrik (1997) presenta evidencia basada en análisis de regresión que sugiere que mayor apertura lleva a menores impuestos al capital y mayores impuestos al trabajo, y que las restricciones a las cuentas de capital han permitido mayores impuestos al capital.

En contra de esa opinión se encuentra que es eficiente reducir los impuestos al capital para promover inversión de largo plazo y mayores niveles de vida, ya que aún en una economía cerrada, la carga de los impuestos al capital será transferida hacia los trabajadores al reducirse el ahorro, lo que puede explicar la presión y bondad para la disminución del impuesto al capital y los beneficios de hacerlo. En realidad, observamos una gran diversidad de niveles de gasto social en relación con el PIB y de tasas de impuestos al capital, y a pesar de la tendencia hacia menores tasas, en los países industrializados la ampliación de la base fiscal permitió incrementar la recaudación, ya sea medida como proporción del PIB o como ingreso total.

Obstfeld (1998) piensa sin embargo que el predicamento planteado por Rodrik debe ser enfrentado al menos en parte. Las restricciones al movimiento de capital parecen ser una forma ineficiente para lograr una solución, y los países que enfrentan disminuciones temporales en el financiamiento de los programas sociales harían mejor en transferir la carga hacia impuestos al consumo que al trabajo. Por otro lado, también debe considerarse la necesidad de programas que proveen seguro a un costo menor: por ejemplo, los programas que ofrecen beneficios generales sin condiciones y desincentivan el empleo llevan a grandes gastos en apoyo de ingreso de largo plazo más que al aseguramiento.

En conclusión, existen dos grandes temas a resolver para lograr la ampliación del EB mexicano. En el capítulo 6 se trata una de ellas, la referente al origen de los recursos para su financiamiento. Incrementar los impuestos al trabajo como respuesta al reto de fortalecer la cobertura de la seguridad social puede ser contraproducente. Se tiene que ponderar el grado en que el IVA puede ser la base para financiar el crecimiento, y los impuestos al capital pueden ser una opción poco atractiva ante la movilidad de capitales. En vista de la gran oposición a la ampliación del IVA en México, a la preferencia de los gobiernos locales por impuestos a la nómina y a las dificultades para flexibilizar la oferta del EB, un escenario probable es el de declive gradual de las instituciones públicas de seguridad social. El otro gran tema a resolver es el de descentralización y flexibilización del EB para orientarlo por un camino de competitividad, y ese es un tema que tratamos en los capítulos 2 a 5

En el capítulo 7 la conclusión principal es que el gobierno impuso altos impuestos al trabajo en los ochenta, la cual fue una época de caída en el ingreso y en el consumo en México. En su estudio sobre Estados Unidos, Mulligan (2001) encuentra que el gobierno de Estados Unidos impuso altos impuestos a los salarios durante la Gran Depresión, por lo cual parecería que en ambos casos los gobiernos decidieron sacrificar el consumo privado para mantener el consumo público. La gran divergencia entre la valuación del ocio y del trabajo parece haber sido consecuencia de la política fiscal.

En general, una pregunta que no atendemos en este libro es el papel que tiene la elevada proporción de no pagadores de impuestos en la economía. Sin embargo, la investigación de Garro y Meléndez (2004), así como la de Maloney (2003), indican a la existencia de una elevada movilidad del trabajo entre sectores formales e informales, por lo cual la productividad de ambos tiende a igualarse ajustando por los impuestos. Por ello, las variaciones entre las tasas de impuesto medidas y las pronosticadas se pueden asociar a que cuando la distorsión se vuelve muy elevada, los hogares y empresas se ajustan parcialmente migrando a la economía informal, por lo cual son mayores a la mitad de los ochenta, cuando se dan las máximas tasas legisladas. Esto significa que sin detrimento de la importancia de los problemas de agregación y calidad de datos, los hogares y empresas encuentran formas de disminuir el grado de distorsión al dejar de cumplir la ley. Es decir, en un ambiente de tasas más bajas y más estables, la diferencia entre las dos curvas no sólo sería menor, sino también más estable.

Los años recientes han sido de una política más estable, con menores impuestos marginales a los hogares y mayor estabilidad en la forma y el volumen

de recursos apropiados por el gobierno. De mantenerse esta evolución favorable, la legislación laboral puede pasar a ocupar el lugar de factor de distorsión más importante. Por ello discutimos las iniciativas de reforma laboral, que en general no atienden a los problemas principales que se plantean: dar certidumbre a las regulaciones sobre costos de separación del empleo, lograr la libertad de asociación de los trabajadores y adoptar un procedimiento expedito y cierto en litigios laborales. También comentamos sobre la ausencia de avances hacia un sistema eficaz de aprendizaje, lo que limita no sólo la productividad de las empresas, sino también del sector educativo.

La persistencia de las malas políticas puede deberse a una demanda por seguridad en el ingreso que se autosatisface y por grupos políticos que han inclinado el balance de poder en su favor. La seguridad laboral reduce los flujos fuera del desempleo y hacia el empleo. Por ello, aunque la seguridad laboral reduce la probabilidad de perder el empleo, también disminuye la probabilidad de encontrar un nuevo empleo. Esto produce un sentimiento de inseguridad entre trabajadores, quienes ejercen presión para mantener altos niveles de seguridad. Los trabajadores que reciben con mayor probabilidad beneficios de esa política también están representados con mayor probabilidad en el proceso político. Las restricciones a la libertad sindical benefician a grupos políticos “que ya están en la fiesta”, y una apertura que signifique la dilución de beneficios monopólicos genera su oposición radical. Finalmente, la adopción de procedimientos de litigio expeditos y con certidumbre sobre el resultado en las decisiones afecta a las burocracias que administran el complejo procedimiento vigente, y a los grupos de litigantes y líderes laborales que absorben el margen de negociación que en otro caso se repartirían entre la empresa y el empleado.

Siglas

BD	Beneficio definido
CD	Contribución definida
CDN	Contribución definida nacional
EB	Estado de bienestar
DEA	Data Envelopment Analysis
GRD	Grupos Relacionados de Diagnóstico
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.
ISR	Impuesto sobre la Renta
IVA	Impuesto al Valor Agregado
LGS	Ley General de Salud
LSS	Ley del Seguro Social
OAS	Organizaciones de Administración de la Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SFP	Secretaría de la Función Pública
SMS	Sistema Mexicano de Salud
SPOP	Seguro Popular
SSA	Secretaría de Salud
SSFAM	Seguro de Salud para la Familia
TI	Tecnologías de información
VEV	Valor estadístico de la vida

Bibliografía

- AKERLOF, George, "The Market for Lemons: Qualitative Uncertainty and the Market Mechanism", *Quarterly Journal of Economics*, 84 (1970), pp. 488-500
- AMERICAN ACADEMY OF ACTUARIES, "Health Practice Note 2005. Statutory Rese"Thrves for Individual Disability Income Insurance", abril de 2005, http://www.actuary.org/pdf/practnotes/health_disability05.pdf
- ALVARADO, José y John Creedy, *Population Ageing, Migration, and Social Expenditure*, Cheltenham, U.K., Northampton, MA, Elgar; distributed by American International Distribution Corporation, Williston, VT, 1998.
- ANDERSSON, A.E.B. Hårsman y J.M. Quigley (eds.), *Government for the Future: Unification, Fragmentation and Regionalism*, Contributions to Economic Analysis Series, núm. 238, Ámsterdam, North Holland, Elsevier Science B.V., 1997.
- ARELLANO BERNAL, Gloria, "¿Dónde están las aportaciones al Infonavit?", Sánchez Arellano Abogados, enero de 2001, <<http://www.shrm.org/nahrma/infonavit0101.asp>
- ATKINSON, Anthony Barnes, *Public economics in action: The basic income/flat tax proposal*, Lindahl Lectures Series, Oxford y Nueva York, Oxford University Press, Clarendon Press, 1995.
- AUIERNHEIMER, L., "The Honest Government Guide to the Revenues from the Creation of Money", *Journal of Political Economy*, 82 (mayo-junio de 1974), pp. 598-606.
- AYALA CONSULTING CO., "Taller sobre programas de transferencias condicionadas (PTC): experiencias operativas. Informe final. Preparado para Banco Mundial", Quito, marzo de 2003.

- BARR, Nicholas, "Notional defined contribution pensions: Mapping the terrain", London School of Economics and Political Science, Conference on NDC Pensions, Sandhamn, Suecia, 29-30 de septiembre de 2003.
- _____, "Reforming Pensions: Myths, Truths, and Policy Choices", IMF Working Paper, WP/00/139, 2000.
- _____, *The Welfare State as Piggy Bank. Information, Risk, Uncertainty, and the Role of the State*, Oxford, Oxford, University Press, 2001.
- BARRO, Robert J. y Gary S. Becker, "Fertility Choice in a Model of Economic Growth", *Econometrica*, 57, núm. 2 (1989), pp. 481-501.
- BECKER, Gary., *A Treatise on the Family, Second edition*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1992.
- _____, y K.M. Murphy, "The Family and the State", *Journal of Law and Economics*, xxxi (abril de 1988), pp. 1-18.
- BECKER, Gary S., Tomas J. Philipson y Rodrigo Soares, "The Quantity and Quality of Life and the Evolution of World Inequality", *American Economic Review*, 95 (2005), pp. 277-291.
- BECKER, Gary y Casey Mulligan, "Deadweight Costs and the Size of Government", National Bureau of Economic Research, Working Paper 6789, noviembre de 1998.
- BEHRMAN, Jere, Piyaly Sengupta y Petra Todd, *Progressing Through Progreso: An Impact Assessment of a School Subsidy Experiment in Mexico*, mayo de 2002.
- BERTRANOU, Fabio, *Pensiones no contributivas y asistenciales. Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay*, Santiago, Organización Internacional del Trabajo, 2002.
- BLACK JR., Kenneth y Harold D. Skipper, Jr., *Life and Health Insurance, Thirteenth Edition*, Nueva Jersey, Prentice Hall, 2000.
- BLANCHFLOWER, David G., "Self-Employment: More May Not Be Better", National Bureau of Economic Research, Working Paper 10286, febrero de 2004.
- BLANK, Rebecca M., "When Can Public Policy Makers Rely On Private Markets? The Effective Provision of Social Security", National Bureau of Economic Research, Working Paper 7099, abril de 1999.
- BLOSE, Julia E., William B. Tankersley y Leisa R. Flynn, "Managing Service Quality Using Data Envelopment Analysis", *Quality Management Journal*, 12, núm. 2, 2005.
- BOLDRIN, Michele B.M. y Larry E. Jones, "Mortality, Fertility and Saving in Malthusian Economy", *Review of Economic Dynamics*, 5, núm. 4 (2002), pp. 775-814.
- _____, Mariacristina DiNardo y Larry E. Jones, *Fertility and Social Security*, University of Minnesota, FR Minnesota y NBER, 29 de abril de 2004.
- BONTURI, Marcos, "The Brazilian Pension System: Recent Reforms and Challenges Ahead", OECD Economics Department, Working Paper núm. 340, 2002.
- BÖRSCH-SUPAN, Axel, "What are NDC Pension Systems? What Do They Bring to Reform Strategies?", World Bank-RFV Conference on NDC Pensions, Sandhamn, Suecia, 29-30 de septiembre de 2004.

- BOTERO, Juan C., Simeon Djankov, Rafael La Porta, Florencio Lopez-de-Silanes y Andrei Shleifer, "The Regulation of Labor", National Bureau of Economic Research, Working Paper, junio de 2004.
- BROWNING, Martin y Anna Maria Lusardi, "Household Saving: Micro Theories and Micro Facts", *Journal of Economic Literature*, xxxiv (diciembre de 1996), pp. 1797-1855.
- BROOKS, David, "The Do-Nothing Conspiracy", *New York Times*, 19 de marzo de 2005.
- BUREAU OF LABOR STATISTICS, "International Comparisons of Manufacturing Productivity and Unit Labor Cost Trends, Revised Data for 2003", USDL 05-308, febrero de 2005.
- CALDWELL, Bruce J., *Hayek's Challenge: An Intellectual Biography of F.A. Hayek*, Chicago, University of Chicago Press, 2004.
- CAMERER, Colin, Samuel Issacharoff, George Loewenstein, Ted O'Donoghue y Matthew Rabin, "Regulation for Conservatives: Behavioral Economics and the Case for «Asymmetric Paternalism»", *University of Pennsylvania Law Review*, 151 (enero de 2003) de 1210-1254.
- CARD, David y Alan B. Krueger, *Myth and Measurement. The Economics of the Minimum Wage*, Princeton, Princeton University Press, 1995.
- CHARNES, A., Cooper W.W. y Rhodes E., "Measuring the efficiency of decision making units", *European Journal of Operations Research*, 2 (1978), pp. 429-444.
- CHERNICHOVSKY, Dov, "The Public-Private Mix in the Modern Health Care System-Concepts, Issues and Policy Options Revisited", National Bureau of Economic Research, Working Paper 7881, 2000.
- CHIQUELIER, Daniel y Gordon H. Hanson, "International Migration, Self-Selection, and the Distribution of Wages: Evidence from Mexico and the United States", Department of Economics, University of California, San Diego, febrero de 2002.
- CHOI, James J., David Laibson, Brigitte Madrian y Andrew Metrick, "For Better or For Worse: Default Effects and 401(k) Savings Behavior", *The Quarterly Journal of Economics*, 116, 4 (noviembre de 2001), pp. 1149-1187.
- CIEDESS, *El seguro de desempleo en Chile. Evaluación y perspectivas a dos años de su puesta en marcha*, Santiago, CIEDESS, 2005.
- CISS, *Informe sobre la Seguridad Social en América 2005*, México, Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 2004a.
- , "Desafiliación del sistema privado de pensiones en Perú", *Boletín Mensual de Seguridad Social*, I. núm. 10, octubre de 2004b.
- CONAPO, "Proyecciones de la Población de México, 1996-2025", México, Consejo Nacional de Población, www.conapo.gob.mx
- COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, *Boletín de Análisis Sectorial*, año 4, núm. 13, marzo de 2005.
- , *Actualidad en seguros y fianzas*, 54, diciembre de 2004.
- DAWKINS, Richard, *River Out of Eden*, Basic Books, 1995.

- DIAMOND, P. y J. Mirrlees, "A Model of Social Insurance with Variable Retirement," *Journal of Public Economics* (1978), pp. 295-336.
- DION, Michelle, *The Political Origins of Social Security in Mexico during the Cardenas and Avila Camacho Administration*, Sam Nunn School of International Affairs, Georgia Institute of Technology, 2002.
- DISNEY, Richard, *Can we afford to grow older? A perspective on the economics of aging*, Cambridge y Londres, MIT Press, 1996.
- , Carl Emmerson y Sarah Smith, "Pension Reform and Economic Performance in Britain in the 1980s and 1990s", National Bureau of Economic Research, Working Paper 9556, marzo de 2003.
- DISTRITO FEDERAL, "Acuerdo Mediante el Cual se Ermite el Programa de Apoyo Alimentario y Atención Médica y Medicamentos Gratuitos Para Adultos Mayores de 70 Años, Residentes en el Distrito Federal". *Gaceta del Distrito Federal*, 6 de febrero de 2001.
- DIXIT, Avinash, "Power of incentives in private versus public organizations," *American Economic Review*, 87 (1997), pp. 378-382.
- DRESSER, Dense, "En busca de la legitimidad perdida. Pronasol, pobreza y política en el gobierno de Salinas", en Gabriel Martínez (ed.), *Pobreza y política social en México*, México, Fondo de Cultura Económica, 1997.
- DYBOWSKI, Gisela, "The Dual Vocational Education and Training System in Germany Federal Institute for Vocational Education and Training", Keynote Speech on Dual Vocational Training International Conference 2005 Taiwán, abril de 2005.
- EASTERLIN, Richard A., *Growth triumphant: The twenty-first century in historical perspective*, Economics, Cognition, and Society Series, Ann Arbor, University of Michigan Press, 1996.
- ENTHOVEN, Alain C., "The History and Principles of Managed Competition", *Health Affairs*, 12, suppl. (1993), 24-28.
- EPELBAUM, Mario y Michael Cragg, "La creciente desigualdad salarial: elasticidades, comercio internacional o tecnología?", en Gabriel Martínez (ed.), *Pobreza y política social en México*, México, Fondo de Cultura Económica, 1997.
- EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING CONDITIONS. <<http://www.eurofound.ie/emire/GERMANY/BISMARCKSSOCIALSECURITYLEGISLATION-DE.html>>
- EVANS, Robert G, "Financing Health Care: Options, Consequences and Objectives", en Gregory P. Marchildon, Tom McIntosh y Pierre-Gerlier Forest (ed.), *The Fiscal Sustainability of Health Care in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 2004.
- FEHR, Hans, Sabine Jokisch y Laurence Kotlikoff, "The Developed World's Demographic Transition-The Roles of Capital Flows, Migration, and Policy", National Bureau of Economic Research, Working Paper 10096, noviembre de 2003.
- FELDSTEIN, Martin "The Welfare Loss of Excess Health Insurance". *Journal of Political Economy*, vol. 81, núm. 2 (marzo-abril de 1973): pp. 251-280.

- _____, (ed.), *Privatizing Social Security*, NBER Project Report Chicago y Londres, University of Chicago Press, 1998.
- _____, "Rethinking Social Insurance", *American Economic Review*, 95 (marzo de 2005), pp. 1-24.
- _____, Jeffrey B. Liebman (eds.), *The Distributional Aspects of Social Security and Social Security Reform*, Chicago y Londres, University of Chicago Press, 2002.
- _____, y Horst Siebert (ed.), *Social Security Pension Reform in Europe*, Chicago y Londres, University of Chicago Press, 2002.
- FORRESTER, J., *World Dynamics*, Wright-Allen Press, 1971.
- FREDERICK, Shane, George Loewenstein y Ted O'Donoghue, "Time Discounting and Time Preference: A Critical Review", *Journal of Economic Literature*, XL (junio de 2002), pp. 351-401.
- FRIEDMAN, Milton, *Capitalism and Freedom*, Chicago, University of Chicago Press, 2002.
- FRIEDMAN, Thomas L., "A Race to the Top", *New York Times*, 3 de junio de 2005.
- GABEL, Jon, "Ten Ways HMOs Have Changed During the 1990s", *Health Affairs*, 16, núm. 1 (mayo-junio de 1997), pp. 134-45.
- GANA CORNEJO, Pamela A., *Las pensiones no contributivas en Chile: pensiones asistenciales (Pasis)*, Chile, Subsecretaría de Previsión Social, Ministerio del Trabajo y Previsión Social.
- GARBER, Alan M. (ed.), *Frontiers in Health Policy Research*, vol. 1, Cambridge y Londres, MIT Press for the National Bureau of Economic Research, 1998.
- GARCÍA ALBA, Pascual, Lucino Gutiérrez y Gabriela Torres Ramírez, *El nuevo milenio mexicano*, México, Eón y Universidad Autónoma Metropolitana, 2004.
- GARRO, Nora y Jorge Meléndez, "Estimación de una función de producción agregada para México con trabajo cubierto y no cubierto por la seguridad social", a ser publicado, 2004.
- GILL, Indermit, Truman Packard y Juan Yermo, *Keeping the Promise of Old Age Income Security in Latin America*, Washington, World Bank, 2004.
- GORDON, Robert J., "Why was Europe Left at the Station When America's Productivity Locomotive Departed?", National Bureau of Economic Research, Working Paper 10661, agosto de 2004.
- _____, "Two Centuries of Economic Growth: Europe Chasing the American Frontier", National Bureau of Economic Research, Working Paper núm. 10662, agosto de 2004.
- GREENWALD, Bruce y Joseph E. Stiglitz, "Externalities in economies with imperfect information and incomplete markets," *Quarterly Journal of Economics* 101 (1986), pp. 229-264.
- GRUBER, Jonathan y David A. Wise (ed.), *Social Security and Retirement Around the World*, NBER Conference Report series, Chicago y Londres, University of Chicago Press, 1999.
- HALEVY, Elie, *The Liberal Awakening (1815-1830)*, Londres y Nueva York, Ank, 1987.

- HALL, Robert E. y Jones, *The Value of Life and the Rise in Health Expenditure*, noviembre de 2004.
- HALTIWANGER, Steven J., John C. Davis y Scott Schuh, *Job creation and destruction*, Cambridge y Londres, MIT Press, 1996.
- HECKMAN, James J. y Carmen Pagés, *Regulación y Empleo: Lecciones de América Latina y el Caribe*, edición especial en español, México, CISS y CIEDESS, 2005.
- HERNÁNDEZ LAOS, Enrique, "Crecimiento económico, distribución de ingreso y pobreza en México", *Comercio Exterior* (octubre de 2000), pp. 863-873.
- HIMMELFARB, Gertrude, *La idea de la pobreza. Inglaterra a principios de la era industrial*, México, Fondo de Cultura Económica, 1988.
- HURD, Michael, D. y Naohiro Yashiro (eds.), *The economic effects of aging in the United States and Japan*, National Bureau of Economic Research (NBER), Conference Report Series, Chicago y Londres, University of Chicago Press, 1997.
- INFONAVIT, *El Infonavit en cifras*, http://www.infonavit.gob.mx/inf_general/infonavit_cifras/el_infonavit_en_cifras.shtml.
- IMSS, *Memoria estadística*, México, varios años.
- _____, *Informe financiero y actuarial*, 1998.
- _____, *Informe financiero y actuarial*, 1999.
- _____, *Aportaciones al debate*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Finanzas y Sistemas, 1996.
- _____, *Evidencias para el debate*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Planeación y Finanzas, 1998.
- _____, *Perspectivas para el debate*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Planeación y Finanzas, 1999.
- _____, *Valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida al 31 de diciembre de 2003*, Dirección de Planeación y Finanzas, 2004a.
- _____, *Informe al Ejecutivo federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social*, México, 2004b.
- INTERNATIONAL MONETARY FUND, *Government Finance Statistics Manual*, 2002.
- ISSSTE, *El ISSSTE, entorno, situación financiera y perspectivas*, Subdirección General de Finanzas, octubre de 2004.
- IZA, "Caught between Demographic Realities and Early Retirement-Germany's Attempts at Pension Reform", *IZA Compact*, noviembre-diciembre de 2003.
- _____, "Does Less Restrictive Dismissal Protection Increase Employment in Germany?", *IZA Compact*, enero de 2005.
- _____, "Reform of the Unemployment Insurance: Different Pricing Options lead to Significant Cost Reductions", *IZA Compact*, junio de 2005.
- JACK, William, "Health Insurance Reform in Four Latin American Countries", World Bank Policy Research Working Paper 2492, noviembre de 2000.
- JANOWITZ, Morris, *Social Control and the Welfare State*, Nueva York Elsevier, 1976.

- JOHNSON, Harry, "The Economics Approach to Social Questions", en *On Economics and Society*, Chicago, The University of Chicago Press, 1975.
- JORRAT, Michael y Patricio Barra, "Un análisis del sistema tributario chileno", Santiago, Subdirección de Estudios, Servicio de Impuestos Internos, 1998.
- KAPLAN, David S., Gabriel Martínez González y Raymond Robertson, *Worker and job-flows in Mexico* junio de 2004.
- , Raymond Robertson y Gabriel Martínez, *Job Creation and Destruction in Mexico*, noviembre de 2001.
- KAPSTEIN, Ethan B. y Branco Hilanovic (ed.), *When Markets Fail. Social Policy and Economic Reform*, Nueva York, Russell Sage Foundation, 2002.
- KILLINGSWORTH, Mark R., *Labor Supply*, Cambridge, Cambridge University Press, 1983.
- KNIESNER, Thomas J. y John D. Leeth, *Studies in Risk and Uncertainty*, Boston y Dordrecht, Kluwer Academic, 1995.
- KOTLIKOFF, Laurence J. y Scott Burns, *The Coming Generational Storm: What You Need to Know about America's Economic Future*, Cambridge, MIT Press, 2004.
- KUTZIN, Joseph, "Towards Universal Health Care Coverage. A Goal-oriented Framework for Policy Analysis", World Bank, HNP Discussion Paper, julio de 2000.
- Le Monde, «La crainte pour l'emploi est la raison principale du rejet de la Constitution par les Français», 30 de junio de 2005.
- LJUNGE, Martin, "Labor Supply and the Tax Reform of the Century", University of Chicago, 27 de octubre de 2004.
- LONDOÑO, J.L. y J. Frenk, "Structured Pluralism: Toward and Innovative Model for Health System Reform in Latin America", *Health Policy*, 41 (1997), pp. 1-35.
- LUCAS, Robert E. Jr., "Supply Side Economics: An Analytical Review", *Oxford Economic Papers*, 42, (abril de 1990), pp. 293-316.
- MALONEY, William F., "Informality Revisited." World Bank. Policy Research Working Paper 2965, 2003.
- MALTHUS, Thomas R., *Population: The First Essay*, Ann Arbor, University of Michigan Press, 1959.
- MARCHILDON, Gregory P., Tom McIntosh y Pierre-Gerlier Forest (ed.), *The Fiscal Sustainability of Health Care in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 2004.
- MARRUFO, Grecia M, *Financing Social Security Programs in Mexico: Who Bears the Costs?*, Stanford Center for International Development, SPHERE Institute, 2004.
- MARTÍNEZ, Gabriel y Blanca Conesa, 2005, no publicado.
- , *Economía y población en México*, ITAM, 1992.
- , "Distorsiones en el mercado de trabajo en México", en Pascual García Alba, Lucino Gutiérrez y Gabriela Torres Ramírez, *El nuevo milenio mexicano*, México, Eón y Universidad Autónoma Metropolitana, 2004.

- MEADOWS, Donella H., *The Limits to Growth: A Report for the Club of Rome's Project on the Predicament of Mankind*, Pan MacMillan, 1974.
- MELÉNDEZ, Jorge, "El envejecimiento poblacional y el mercado laboral: temas relevantes para la seguridad social en México", *Revista Seguridad Social*, 241, 2003.
- MESAROVIC, M. y E. Pestel, *La humanidad en la Encrucijada. Segundo Informe del Club de Roma*, México, Fondo de Cultura Económica, 1974.
- MODIGLIANI, Franco y Shi Larry Cao, "The Chinese Saving Puzzle and the Life-Cycle Hypothesis", *Journal of Economic Literature*, XLII (marzo de 2004), pp. 145-170.
- MORENO PÉREZ, Juan, "Las secuelas del rescate bancario y la necesaria reforma fiscal", en Pascual García Alba Iduñate, Lucino Gutiérrez Herrera y Gabriela Torres Ramírez, *El nuevo milenio mexicano*, t. 3: *El cambio estructural*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, 2004.
- MULLIGAN, Casey, "A Dual Method of Empirically Evaluating Dynamic Competitive Equilibrium Models With Market Distortions, Applied to the Great Depression and World War II", National Bureau of Economic Research, Working Paper 8775, febrero 2002.
- _____, A Century of Labor-Leisure Distortions, University of Chicago, septiembre de 2001.
- _____, "Comments on Seidman, Laurence S. Social Security: A Strategic Alternative", *Journal of Economic Literature*, xxxviii (septiembre de 2000), pp. 659-660.
- _____, Ricard Gil y Xavier Sala-i-Martin, *Social Security and Democracy*, 2001.
- MULLIGAN, Casey B. y Xavier Sala-i-Martin, "Internationally Common Features of Public Old-Age Pensions, and Their Implications for Models of the Public Sector", *Advances in Economic Analysis & Policy*, 4(1), 2004, Article 4.
- MYRDAL, Gunnar, *Beyond the Welfare State: Economic planning in the welfare states and its international implications*, Gerald Duckworth, 1960.
- OBSTFELD, Maurice, "The Global Capital Market: Benefactor or Menace?", *Journal of Economic Perspectives*, 12, núm. 4 (otoño de 1998), pp. 9-30.
- OCDE, *OECD Economic Surveys, Mexico. 2000*, París, Organization for Economic Co-Operation and Development, 2000.
- _____, *Taxing Wages Statistics: 2000-2001*, OECD, París, 2002.
- _____, "Policies to Improve the Labour Market Prospects of Older Workers: Progress Report", DEELSA/ELSA(2002)10, octubre 2002.
- _____, *Transforming Disability into Ability. Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People*, París, OECD, 2003.
- _____, *Employment Outlook 2004*, París, OCDE, 2004.
- _____, *OCDE Reviews of Health Systems, México*, París, OCDE, 2005.
- PISSARIDES, Christopher A., *Equilibrium Unemployment Theory*, 2a. ed., Cambridge, MIT Press, 2000.
- PRESCOTT, Edward C., "Why Do Americans Work so Much More than Europeans?", National Bureau of Economic Research, Working Paper 10316, febrero de 2004.

- RODRIK, Dani, "Trade, Social Insurance and the Limits to Globalization", National Bureau of Economic Research, Working Paper 5905, enero de 1997.
- , *Has Globalization Gone Too Far*, Washington, D.C., Institute for International Economics, 1997.
- RODRÍGUEZ, Evelynne, "Proteger a los vulnerables: el diseño e implementación de redes de protección social efectivas", Instituto del Banco Mundial. Curso de Educación a Distancia, 9 de octubre-20 de noviembre de 2001.
- ROSEN, S., "The theory of equalizing differences", en Orley C. Ashenfelter y Richard Layard, *Handbook of Labor Economics*, vol. I y II, Amsterdam, North Holland, 1986.
- ROSENZWEIG, Mark R. y Kenneth I. Wolpin, "Natural Experiments" in Economics", *Journal of Economic Literature*, xxxviii (diciembre de 2000), pp. 827-874.
- ROTSCHILD, Michael y Joseph Stiglitz, "Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay in the Economics of Imperfect Information", *Quarterly Journal of Economics*, 90 (1976), pp. 629-650.
- SADOULET, Elisabeth, Frederico Finan, Alain de Janvry y Renos Vakis, "Can Conditional Cash Transfer Programs Improve Social Risk Management? Lessons from Education and Chile Labor Outcomes", World Bank, Social Protection Discussion Paper 0420, diciembre de 2004.
- SCHMIDT-HEBBEL, Klaus, *Latin America's Pension Revolution: A Review of Approaches and Experience*, Banco Central de Chile, 1999.
- SCHNEIDER, Friedrich y Dominik H. Enste, "Shadow Economies: Size, Causes, and Consequences", *Journal of Economic Literature*, xxxviii (marzo de 2000), pp. 77-114.
- SCHUBERT, Baldur, *Brasil, la protección social de los adultos mayores*, Organización Iberoamericana de Seguridad Social, 2004.
- SECRETARÍA DE SALUD, *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, México, Secretaría de Salud, 2000.
- , *Financiamiento Justo y Protección Social Universal: la Reforma Estructural del Sistema de Salud de México*, México, Secretaría de Salud, 2004.
- , *Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Indicadores de Resultados*, primer trimestre, 2005.
- SEDESOL, *Programa Institucional Oportunidades 2002-2006*. México, Secretaría de Desarrollo Social, 2003.
- SEIDMAN, Laurence S., *Social Security: A Strategic Alternative*, Cambridge, Nueva York y Melbourne, Cambridge University Press, 1999.
- SCHWEITZER, Stuart O., *Pharmaceutical Economics and Policy*, Nueva York y Oxford, Oxford University Press, 1997.
- SHNEIDER, Hilmar, Marcus Hagedorn y Ashok Kaul, *Reform der Arbeitslosenversicherung*, Bertelsmann Stiftung, 2004.

- STERN, Nicholas, Jean-Jacques Dethier y F. Halsey Rogers, *Growth and Empowerment. Making Development Happen. Munich Lectures in Economics*, Cambridge, MIT Press, 2005.
- STIGLITZ, Joseph E., *Economics of the Public Sector, Third Edition*, Nueva York, W.W. Norton & Company, 2000.
- SZÉKELY, Miguel y Ricardo Fuentes, "Is There a Future for Social Policy in Latin America?", en Ethan B. Kapstein y Branco Hilanovic (ed.), *When Markets Fail. Social Policy and Economic Reform*, Nueva York, Russell Sage Foundation, 2002.
- TAYLOR, John B., "Staggered Price and Wage Setting in Macroeconomics", en John B. Taylor y Michael Woodford (eds.), *Handbook of Macroeconomics*, vol. 1B, Ámsterdam, North Holland (1999), pp. 1009-1050.
- TAYLOR, A.J. y P. Bismarck, *The Man and the Statesman*, Nueva York, Vintage Books, 1967.
- THALER, Richard, *The Winner's Curse: Paradoxes and Anomalies of Economic Life*, Princeton University Press paperback, 1993. <<http://www.pupress.princeton.edu/>>
- _____ y Shlomo Benarti, "Naïve Diversification Strategies in Defined Contribution Savings Plans", *American Economic Review* 79, 2001.
- VICARIO, María Elena, Sandra Polaski y Dalil Maschino, *Los mercados de trabajo en América del Norte. Cambios principales a partir del TLCAN*, Secretariado de la Comisión para la Cooperación Laboral, 2003.
- WORLD BANK, *Averting the Old Age Crisis. Policies to protect the old and promote growth*, Washington, World Bank, 1994.

Índice

PRÓLOGO.....	5	
Capítulo 1		
ECONOMÍA POLÍTICA DE LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL.....		9
Introducción.....	9	
¿Qué hace la protección social?	10	
Pobreza y estándares relativos de consumo	15	
¿Tienen las democracias más seguridad social?	16	
Control social y el Estado de bienestar.....	18	
Capítulo 2		
TENDENCIAS EN LA PROTECCIÓN SOCIAL	29	
Introducción.....	29	
Organización de los sistemas de protección social.....	31	
La transferencia de modelos entre países.....	33	
Capítulo 3		
SITUACIÓN DE LOS SEGUROS PARA LA POBLACIÓN EN GENERAL		57
Introducción.....	57	
Descapitalización del seguro social	57	
Reforma al financiamiento y evaluación.....	62	
El gobierno corporativo del IMSS.....	69	
Financiación de los riesgos sociales	74	

Capítulo 4	
EL SISTEMA MEXICANO DE SALUD.....	117
Introducción.....	117
Instituciones y programas.....	118
Proyecciones cuantitativas del gasto en salud	131
El reto de la administración pública.....	140
Los principales esfuerzos de reforma: qué ha avanzado y qué no.....	146
¿Convergencia a un mejor modelo?	162
Tendencias en seguros para la salud	164
Cuentas de ahorro para la salud.....	170
Capítulo 5	
LA POLÍTICA CONTRA LA POBREZA	177
Introducción.....	177
Progres-a-Oportunidades	178
Pensiones no contributivas.....	188
Capítulo 6	
FINANCIACIÓN DEL ESTADO DE BIENESTAR.....	193
Introducción.....	193
¿Por qué es relevante la relación directa entre impuestos y programas sociales?	195
¿Qué se financia?	199
¿Qué impuestos se cobran al trabajo?	200
¿Qué determina la base fiscal?.....	215
Capítulo 7	
DISTORSIONES EN EL MERCADO DE TRABAJO EN MÉXICO.....	227
Introducción.....	227
Distorsiones en el mercado de trabajo	233
Protección social y mercados de trabajo	248
Reforma y ahorro	264
CONCLUSIONES.....	267
SIGLAS	281
BIBLIOGRAFÍA.....	283

El Estado mexicano de bienestar, se terminó de imprimir en la ciudad de México durante el mes de mayo del año 2006. La edición, en papel de 75 gramos, consta de 2,000 ejemplares más sobrantes para reposición y estuvo al cuidado de la oficina litotipográfica de la casa editora.



ISBN 970-701-727-9
MAP: 014545-01

El Estado de bienestar es un elemento ubicuo en las sociedades occidentales contemporáneas. Bajo un importante ideal del siglo xx el Estado asumiría los riesgos de todas las personas por pérdida de empleo, enfermedad, pobreza en la vejez, discapacidad o situaciones familiares que generan desventaja en el mercado de trabajo; las enormes dificultades para su implementación significaron su abandono, simbolizado por la caída del muro de Berlín y el fin de la revolución cultural en China. Esta investigación plantea las motivaciones generales del Estado mexicano de bienestar y analiza sus principales programas. Plantea una visión general cómo el país está buscando equilibrar su imparable evolución social y económica, que inevitablemente genera ganadores y perdedores, con programas que mantengan un nivel aceptable de solidaridad y provean una perspectiva de un futuro mejor para todos. *El Estado mexicano de bienestar* enfrenta retos primordiales si ha de cumplir su misión de proveer a todos los mexicanos de una visión de sociedad en la cual se comparten los éxitos y todos ayudan a sacar adelante a quienes enfrentan situaciones difíciles por desempleo, discapacidad, cuidado de niños o problemas de salud; estamos cerca de observar un cambio de paradigma, en el cual pasaremos de una política de Estado basada en "ayudar a los pobres", hacia una política de bienestar compartido.

El Estado mexicano de bienestar



9 789707 017276

Miguel Ángel
Porrua



CONOCE
PARA DECIDIR
EN APOYO A
INVESTIGACIÓN
ACADÉMICA