

No hay pierde: Todos pierden

Asa Cristina Laurell¹

Para contribuir con la discusión de la problemática de la Reforma al Régimen de la Seguridad Social en Latinoamérica, el Comité Editorial de la Revista Salud de los Trabajadores presenta a continuación una reflexión publicada en México, por el Instituto de Estudios de la Revolución Democrática, en la cual analiza la situación de la seguridad social en ese país. En ella presentan una serie de circunstancias que podrían tomarse como referencia en el continente, considerando las características de nuestras realidades y la semejanza en los sistemas de gobierno y las clases dirigentes que dominan esta región, su forma de actuar en base a concepciones que en nada favorecen a los sectores mayoritarios.

Introducción

La lucha por la seguridad social no terminó cuando el voto solitario del PRI impuso la nueva Ley del Seguro Social en la madrugada del 8 de diciembre de 1995. Apenas se reinicia. La presentación y aprobación de la ley en menos de cuatro semanas tomó por sorpresa a la sociedad mexicana; no le permitió adquirir los elementos necesarios para tener una opinión informada sobre la conveniencia de cambiar el modelo de seguridad social vigente -público, solidario, igualitario, obligatorio y tendencialmente universal-, por otro individualista, privatizador y reproductor de la desigualdad en el campo de la salud.

La ofensiva propagandística (con sabor pronasolero), la activación de los mecanismos de control corporativo (obrero y empresarial), el empeño de la autoridad presidencial a favor de la ley y la poca apertura de los medios de comunicación a las diversas posiciones del debate no han ayudado a plantear con claridad la problemática, ni a entender su trasfondo, ni a delinear las posibles soluciones. Una vez más la sociedad, en sus más variadas expresiones, fue atropellada por las prácticas más tradicionales del régimen de partido de Estado. No deja de ser revelador que el Presidente y su partido hayan forzado la aprobación de una ley, cuyo resultado será una profunda reforma del Estado, al modificar sustancialmente la principal institución de bienestar del país, mientras que los partidos políticos, como si nada pasara, estaban elaborando la agenda del diálogo nacional justamente sobre la reforma del Estado.

Otra de las razones que explican la dificultad de entender con la suficiente rapidez la magnitud de las

implicaciones de la (contra) reforma del Instituto Mexicano de los Seguros Sociales (IMSS), que con certeza se extenderá al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), es que esta institución ha sido una referencia incuestionable de la realidad, algo casi natural que allí está y siempre estará. Su funcionamiento genera quejas o inconformidad, pero la idea de que pueda desaparecer, o reducirse a un mínimo, es algo que poca gente logra percibir. Pero la realidad puede ser diferente... y peor. Si algo nos han enseñado doce años de experimento neoliberal es que ningún derecho social es inatacable, ni ningún compromiso del pacto social de la Revolución Mexicana inviolable.

Con la convicción de que falta mucho por aclarar y discutir sobre la reforma del IMSS, sobre sus implicaciones y las soluciones alternativas a los innegables problemas que aquejan al Instituto, hemos decidido publicar estas reflexiones como una aportación al debate que apenas empieza. Pretende, por una parte, explicar algunos elementos -ideológicos y fácticos- del proceso que llevó a la reforma y, por la otra, presentar el contenido del nuevo modelo de seguro social y sus implicaciones para la gente y para el país. De esta manera, se hace énfasis en las prestaciones concretas de los asegurados y derechohabientes; por ejemplo, el monto de las pensiones o el tipo y calidad de los servicios médicos. Así mismo, se revisa a quién se incluye y a quién se excluye. También se analizan algunas de las supuestas ventajas de la reforma, como son la viabilidad financiera del nuevo esquema y su impacto positivo sobre el empleo.

¹ Profesora-Investigadora de la Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México. Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Coyoacan N° 04960, México, D.F. México.
Instituto de Estudios de la Revolución Democrática, Odontología 76, Col. Copilco-Universidad, México, D.F., C.P. 04360

Las causas del desfinanciamiento del IMSS

El principal argumento esgrimido para imponer la nueva Ley del Seguro Social ha sido que el IMSS se encuentra al borde del colapso financiero y que está en riesgo de desaparecer si no se hace una reforma a fondo. Nadie niega hoy estas dificultades, pero se dan diferentes explicaciones sobre cómo se produjeron. Desde el punto de vista estructural, sus principales causas son dos y se derivan directamente del modelo económico impuesto al país a partir de 1983; la primera es la sistemática caída del salario, que se traduce en una pérdida equivalente en los ingresos del IMSS porque provienen de un porcentaje fijo sobre los salarios. Por esta causa el Instituto perdió ingresos del orden de 217 mil millones de nuevos pesos en el período de 1983 a 1994, o un monto equivalente a 5,4 veces su presupuesto total de 1994. Es decir, si hoy tuviéramos el mismo nivel salarial que en 1982 (muy bajo por cierto) el IMSS gozaría de perfecta salud financiera.

La segunda causa del desfinanciamiento es el estancamiento del número de asegurados activos, o sea trabajadores que están pagando regularmente sus cuotas al Instituto. Así, según los datos del IMSS, la cifra de estos asegurados creció hasta 1990, pero disminuyó en 1,1% entre 1991 y 1994 y cayó en casi el 10% en 1995. Este problema tiene su origen en el lento crecimiento del empleo formal en los ochenta, que se agudizó en el período 1991-1994 y llegó a una caída catastrófica en 1995. La tendencia de no incorporación de trabajadores al IMSS ha alterado la relación entre asegurados activos y jubilados, que bajó de 12,7 en 1980 a 8,4 en 1990 y a 7,1 en 1994. El resultado de esta situación es que empieza a haber problemas en el pago de las pensiones, ya que las cuotas de los trabajadores activos que ingresan a los fondos colectivos de reparto crecen más lentamente que los egresos por pensiones. Este fenómeno se debe, entonces, a la incapacidad de la economía para generar puestos de trabajo y no, como se dice, a un cambio importante en la estructura por edades de la población.

Con este panorama queda claro que las principales causas de la crisis financiera del IMSS se encuentran en un modelo económico que ha sido incapaz de generar los empleos requeridos -antes al contrario, los ha destruido- y salarios remuneradores.

Esta conclusión plantea dos cuestiones centrales para el debate sobre la seguridad social mexicana. La primera es que el proyecto neoliberal es, a todas luces, incompatible con la forma de protección social que surgió con el pacto social de la Revolución Mexicana, hecho que debe ser considerado un factor importante en el debate sobre opciones de desarrollo.

La segunda cuestión de este debate se refiere primordialmente a cuál sería un modelo de protección social financieramente viable si no existe generación de empleo ni

tampoco de salarios. La respuesta es que este modelo no existe como modelo general, independientemente de que fuera privado, mixto o público. La única posibilidad sería un modelo excluyente, sin capacidad de lograr ni siquiera tendencialmente una cobertura universal, y con prestaciones estrictamente equiparables al pago realizado, lo que para la gran mayoría de los asalariados significaría una pensión baja y un paquete restringido de servicios de salud y de otras prestaciones sociales.

El nuevo modelo de seguro social

El análisis de la nueva Ley del Seguro Social y las declaraciones gubernamentales confirman que se está perfilando un nuevo modelo de seguro social que significa el abandono de la actual concepción de seguridad social pública, solidaria, integral y obligatoria. El cambio es más evidente respecto al sistema de pensiones, pero también se detecta en las partes referidas a los servicios médicos, guarderías y otras prestaciones sociales. De esta forma, el sistema de pensiones pasa a ser controlado por organismos financieros privados y se elimina el principio de solidaridad, ya que la pensión dependerá básicamente del ahorro individual de cada trabajador. Este sistema corresponde a la idea de que cada persona es responsable de su propia jubilación, y elimina la concepción de que la seguridad económica y la vida digna en edad avanzada son derechos de los ciudadanos cuyo cumplimiento es responsabilidad de la sociedad en su conjunto, o sea de interés público como se establece en la Constitución.

Respecto a los servicios médicos se reafirma, mediante los llamados convenios de reversión de cuotas y la subrogación de servicios, la opción privada dentro del aseguramiento obligatorio. Con el nuevo esquema de cotización para el seguro de enfermedad y maternidad se elimina, hasta los tres salarios mínimos, el pago solidario al introducirse una cuota uniforme o única. Esto significa que la cotización sobre los salarios más bajos es porcentualmente más alta, o sea que propicia una redistribución regresiva de recursos entre los cotizantes. Así mismo, con la introducción de una cuota adicional para los salarios mayores a tres mínimos se constituye la base financiera para viabilizar el traslado de derechohabientes a los seguros y servicios médicos privados.

En los tres campos de aseguramiento restantes (riesgos de trabajo, guarderías y prestaciones sociales), los principales cambios se refieren de nuevo a la promoción del sistema privado, vía la subrogación o contratación de servicios con el sector privado, y a la restricción de prestaciones por el traslado de las prestaciones sociales al seguro de guarderías. Finalmente, no hay medidas para incluir nuevos grupos al asegurado, excepción hecha de los servicios médicos donde se plantea el llamado Seguro de Salud para la Familia. Sin embargo, su costo no permite suponer una ampliación de cobertura importante.

En resumen, se constata que el modelo implícito en la nueva Ley del Seguro Social tiene una orientación privatizadora e individualizada, al fijar los beneficios recibidos en equivalencia al pago realizado. Por ello tiende a ser excluyente, sobre todo en un país caracterizado por su mercado de trabajo estrecho y sus bajos salarios. Este modelo expresa la concepción neoliberal, que considera el bienestar social como una responsabilidad individual y como un ámbito de negocios privados. Su puesta en práctica se traducirá en una nueva estratificación social, fiel reproductora de las crecientes desigualdades provocadas por el modelo económico. El abandono de la seguridad social como proyecto incluyente de protección social explica, por otra parte, el nuevo énfasis en los “programas de combate a la pobreza”; éstos son el complemento del seguro social privado y una medida, ejercida discrecionalmente, para controlar o amortiguar la conflictividad social.

De la pensión solidaria al contrato privado

Los argumentos esgrimidos para cambiar el actual sistema de pensiones son básicamente su inequidad y la crisis financiera. La inequidad tendría dos vertientes. Una se derivaría del hecho de que se pierden las cuotas aportadas al fondo común de pensiones, ya que quien ha cotizado las 500 semanas requeridas tiene el mismo derecho a una pensión que quien ha aportado, por ejemplo, durante 1.200.

Sobre la crisis financiera, se sostiene que el envejecimiento de la población hace inviable manejar los fondos de pensiones con un régimen colectivo de reparto. Este consiste en que todos los asegurados en activo pagan un porcentaje de su salario a un fondo común, del cual se pagan las pensiones de los asegurados que por edad o invalidez tienen derecho a ellas. Este sistema se basa en la solidaridad entre generaciones y de los trabajadores sanos con los minusválidos: los que tienen ingresos proveen recursos para dar seguridad económica a aquellos que no los tienen, bajo un compromiso solidario y recíproco entre los miembros de la colectividad; cuando tengo ingresos pago, y cuando los pierdo, recibo un ingreso garantizado.

Este principio se plasmó en la seguridad social mexicana en el seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en edad avanzada y Muerte (IVCM) que actualmente cubre las pensiones de vejez-a partir de los 65 años o 60, en el caso de desempleo-, de invalidez y de sobrevivencia (viudez, orfandad, ascendencia). Este seguro acumuló fondos muy importantes que fueron utilizados sobre todo, por mandato de ley, en inversiones inmobiliarias. Con estos recursos se construyó prácticamente toda la red de clínicas y hospitales del IMSS. De esta manera, se les dio un uso social provechoso para todos los derechohabientes y para el país al crearse una vasta infraestructura sanitaria pública. La afirmación de que se utilizaron indebidamente estos fondos al subsidiarse el seguro de enfermedad y maternidad (que ampara la atención médica) omite con dolo este hecho. Sólo

una mente económica ciega puede considerar como un “mal uso de recursos” la creación de condiciones de acceso, para varias generaciones de mexicanos, a instalaciones de salud adecuadas y en un contexto de inocultable desigualdad social bastante democráticas.

Los problemas actuales del sistema de pensiones se pueden resumir en tres puntos: el agotamiento de las reservas actuariales, el bajo monto de las pensiones y la poca cobertura (uno de cada cinco ciudadanos en tercera edad recibe una pensión). Contra lo que se sostiene el discurso oficial, ninguno de estos problemas es directamente imputable al modelo de fondos solidarios de reparto, sino que se derivan de problemas de la estructura productiva del país que se han agudizado enormemente con la imposición del proyecto neoliberal, tal como vimos líneas arriba. De esta manera, el agotamiento de las reservas financieras obedece a la no incorporación de nuevos asegurados; el bajo monto de las pensiones depende directamente del nivel salarial deprimido; y la falta de cobertura y pérdida de derechos se relacionan con la destrucción de empleo formal durante la última década. Sin embargo, esto no significa que la única reforma posible sea la plasmada en la nueva Ley del Seguro Social; es más, es improbable que esta reforma resuelva alguno de los problemas, lo que confirman que obedece a otro tipo de objetivos, de orden ideológico y económico. En cambio, con otras medidas existirá la posibilidad de empezar a resolver la crisis financiera mientras que se transite hacia un proyecto económico que genera una recuperación salarial y un mercado laboral en expansión.

De Afores privadas y cuentas alegres

El ensayo general de la actual reforma pensionística fue el establecimiento del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) en 1992, tiene las dos características claves de ésta, que son los fondos de capitalización individual y la administración privada. Con la nueva ley desaparecen tanto el IVCM como el SAR y son sustituidos por dos nuevos seguros: el de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez (RCV) y el de invalidez y vida (IV). Los cambios más profundos se dan en el RCV, pero tampoco el IV se salva del proceso privatizador. Veamos:

La cotización (prima) para el RCV se compone del 2% sobre el salario del SAR (pagado por el patrón), otro 4,5% sobre el salario (pagado por obreros, patrones y estados, o sea bajo un esquema tripartita) y la “cuota social” (un peso por día) aportada por el gobierno. Estos recursos, junto con el 5% sobre el salario para el infonavit, se depositan en una cuenta individual de cada trabajador. Estas cuentas son manejadas por las administradoras de fondos de retiros (Afores) que, con una sociedad de inversión especializada, invierten los fondos en instrumentos financieros. Aunque el trabajador sea propietario de sus fondos, una u otra Afore los controlará durante varias décadas porque las reglas de acceso a éstos son estrictas y obligatorias. Así, para disponer

del ahorro el trabajador debe haber cumplido 65 años, ó 60 si está desempleado, o puede retirar el 10% una vez cada cinco años a condición de estar cesante.

Dicho de otro modo: al votar a favor de la nueva ley los priístas, incluyendo su diputación obrera, autorizaron la conversión de los fondos sociales más importantes del país en fondos financieros y los pusieron a disposición de los grandes grupos financieros nacionales y extranjeros. Para comprender la magnitud de esta transferencia de recursos públicos al sector privado basta indicar que los fondos de pensiones acumularán un monto equivalente al 25% del PIB en diez años, al 45% de PIB en 20 años y al 60% en 30 años. El hecho de que el IMSS recaude las cuotas o fiscalice las Afores, o que eventualmente algún sindicato o el propio IMSS tenga un Afore, no cambia en nada el sentido de esta reforma que extinguió el sistema solidario y público de pensiones al establecer otro individualizado bajo el control y beneficio de los grandes grupos financieros. Todavía más: los legisladores priístas aprobaron el nuevo sistema sin saber qué beneficios ofrecerá a los trabajadores o cómo funcionarán las Afores, cuya reglamentación no está en la ley. Y para rematar, aprobaron un subsidio estatal para las Afores (a cargo de los contribuyentes, que pagamos los costos de todas las audacias de los estrategas neoliberales) que según estimaciones del IMSS, subirá del 0,5% del PIB en 1997 al 1,3% del PIB en el transcurso de las próximas cinco décadas.

La propaganda oficial ha intentado crear la idea de que el nuevo sistema ofrecerá certidumbre sobre las futuras pensiones e incrementará su monto. Ambas cosas son falsas. Para empezar, es probable que el porcentaje de los ciudadanos en tercera edad con una pensión será menor hoy, debido a la dificultad de cumplir con el requisito de 1.250 semanas (24 años) cotización para tener derecho a ella, requisito que antes era de 500 semanas. Ocurre así por la notoria inestabilidad del empleo de grandes grupos de trabajadores, que será todavía mayor si se impone la tan anunciada reforma de la legislación laboral. Es, además, previsible que las mujeres resulten las más perjudicadas con este cambio de criterios por ser las que tienen interrupciones más prolongadas en la vida productiva. En el caso de que los trabajadores no puedan demostrar las semanas de cotización requeridas, las Afores simplemente les regresarán sus ahorros que, por regla general, serán insuficientes para amparar una vejez con seguridad económica; por ejemplo, alguien que ha cotizado veinte años tendrá un ahorro aproximado de 2 a 3 veces su salario anual.

Aun en el caso de cumplir el requisito de tiempo de cotización, no hay certidumbre sobre el monto de la futura pensión. Es más, los expertos llaman al sistema de capitalización individual "el sistema de cotización conocida con beneficios inciertos". Este hecho se comprende al analizar los factores que determinan el monto de la pensión y que podemos representar de la siguiente manera:

$$\text{Monto Pensión} = \text{CANTIDAD AHORRADA} + \text{TASA DE INTERÉS} - \text{COMISIONES}$$

La cantidad ahorrada es función directa del nivel salarial y del tiempo de cotización. Es decir, si el salario sigue deprimido y el empleo escaso, la suma ahorrada será baja no por culpa o imprevisión del trabajador, si no como consecuencia de las condiciones económicas generales.

Ahora bien, una de las aberraciones de la nueva ley es que no dice nada sobre la tasa de interés ni sobre las comisiones de las Afores, lo que significa que hay incertidumbre absoluta sobre el monto de la futura pensión. En la legislación del SAR se garantiza una tasa de interés mínima de dos por ciento anual por encima de la inflación, reglamentación que desaparece en la nueva ley. Esta "corrección" no parece casual, pues ningún sistema pensionístico de capitalización individual tiene este tipo de garantía por la sencilla razón de que nadie puede prever, y menos garantizar, el nivel de rentabilidad financiera para un período de 30 a 50 años. De esta manera, la nueva ley obliga a los asegurados a jugar su futura pensión en el mercado financiero y someterla a riesgo que están totalmente fuera de su control. La experiencia chilena es aleccionadora al respecto porque después de una alta rentabilidad inicial, vinculada a la privatización de las empresas estatales, hubo que permitir la inversión de las pensiones en el extranjero para evitar la caída de las tasas de interés ganadas. Y aún así, en 1995 estos fondos tuvieron pérdidas, o sea una rentabilidad negativa.

La experiencia chilena también ayuda a entender la importancia para el monto de la pensión de la comisión cobrada por las administradoras -allá AFPS, aquí Afores-, que es un porcentaje fijo sobre la cotización que no depende de la rentabilidad de los fondos. Esta comisión empezó siendo del 25% y se estabilizó en 15%. Es decir, para que quede en la cuenta individual un ahorro igual a la cantidad cotizada se requiere de una tasa de interés del mismo orden que la comisión, o sea 15%. Esto podía lograrse, con suerte, durante un período corto, pero es casi imposible para uno largo. De este modo, una parte del ahorro forzoso de los trabajadores serán expropiados directamente por las Afores y no reportará ningún beneficio para ellos.

Es previsible, entonces que el monto de la factura de la pensión no sólo será incierto sino además será bajo para la mayoría de los trabajadores mexicanos, dados sus ínfimos salarios, la inestabilidad laboral y la imposibilidad de sostener una alta rentabilidad de los fondos en el largo plazo.

No es gratuito que muchos expertos, en particular de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la Asociación Internacional de Seguridad Social, adviertan contra el sistema de capitalización individual precisamente porque es de los mayores gastos de administración y las pensiones más bajas.

La nueva ley reconoce implícitamente este hecho al introducir una pensión mínima garantizada cuyo monto es un salario mínimo del Distrito Federal, o sea igual a la pensión mínima actual. Esta será la que reciban los trabajadores que se ubican entre uno y tres salarios mínimos, o sea cerca de dos tercios del total. Los demás pueden aspirar a pensiones más altas, pero se requieren tasas de interés insólitas para que superen a las que propicia el actual sistema. En este contexto habría que advertir que en las estimaciones del IMSS sobre las futuras pensiones, presentadas a los legisladores, no se descuenta la comisión de las Afores y aún así, sólo se muestran pensiones ligeramente superiores a las actuales con una tasa de interés anual sostenida del 5%. No es cierto pues, que todos ganen y nadie pierda; lo más probable es que todos perdamos, excepción hecha de las Afores.

¿Ahorro para generar empleo o para la especulación?

La gran justificación para la reforma pensionística es que las cuentas individuales manejadas por las Afores representarán un incremento significativo en el ahorro interno. Este ahorro, a su vez, permitiría lograr un crecimiento económico estable y creación de empleo. Esta argumentación omite dos cuestiones importantes. La primera es que ahorro no es inversión productiva inmediata, que es lo que se requiere para generar empleo; todo depende del uso que las Afores dieran a los fondos. Por ejemplo, en Chile una parte de los recursos de las AFPS se utilizaron para comprar acciones en las empresas estatales privatizadas, cuya venta no generó nuevos puestos de trabajo. Como la reglamentación de las Afores todavía no existe, sólo se puede decir que generalmente este tipo de fondos se invierten en los mercados financieros y no en empresas productivas, y mucho menos en infraestructura social. Tan es así que una buena parte de los tristemente célebres capitales golondrinos son justamente fondos de pensiones que recorren el mundo en búsqueda de la más alta rentabilidad posible.

Esto nos lleva a la segunda cuestión, omitida por los promotores de la nueva ley, que podemos llamar la paradoja de la reforma. Esta consiste en que hay una contradicción entre el objetivo de promover la inversión productiva y el de garantizar un monto razonable de la pensión futura. Ocurre así porque para el primer objetivo se requiere de crédito barato, o sea bajas tasas de interés, mientras que para el segundo son necesarias tasas altas como ya vimos al analizar esta cuestión.

La segunda vertiente privatizadora del sistema de pensiones aparece a la hora de acceder a la pensión. Si el trabajador cumple el requisito de semanas de cotización, sólo tiene dos opciones para acceder a ella: o deja sus fondos en la Afore que le paga un retiro programado, o contrata una renta vitalicia y un seguro de sobrevivencia con una compañía aseguradora pagándola con los fondos de su cuenta individual. Aun en el caso de que el trabajador tenga que

acogerse, por falta de fondos, a la pensión mínima garantizada por el IMSS, ésta se contrata con una aseguradora. A pesar de que las cotizaciones del seguro de invalidez y vida (2,5% sobre el salario pagado por trabajadores, patrones y gobierno) efectivamente se depositan en un fondo común, también la pensión por invalidez, viudez y orfandad se contrata con una aseguradora. De esta manera, todo el dinero para pagar las pensiones se transfiere del IMSS a la industria aseguradora o queda en las Afores. O sea, en ambos casos los fondos quedan en manos de algún grupo financiero, las más de las veces privado. Con ello el poder económico de estos grupos será todavía mayor que en la actualidad, y en el futuro tendrán interés directo en impedir cualquier cambio en la política social que fortalezca al sector público. Además, la experiencia enseña que generalmente hay una tendencia a la concentración tanto entre las aseguradoras como entre las administradoras de pensiones. Por ejemplo, en el caso del SAR tres bancos captaron el 76% de los fondos. O sea, se tiende a un oligopolio privado.

Existe una solución alternativa

La solución alternativa para refinar el IVCN hubiera sido el camino opuesto al escogido por el gobierno. Así, con la incorporación del 2% del SAR a este seguro no sólo habría sido posible hacer frente al pago de las pensiones, sino además se podría haber acumulado reservas actuariales del orden de 25 mil millones de dólares para el año 2020, bajo las premisas de un crecimiento anual de los asegurados en 5% y de los salarios en 2%. Estas reservas podrían además invertirse productivamente o en infraestructura social, cobrando una tasa de interés no especulativa. Esta propuesta, compartida por expertos y organizaciones sindicales y presentada como iniciativa de ley por el PRD, fue rechazada básicamente con el argumento de que la premisa del crecimiento de asegurados es imposible de lograr, ya que significaría que toda la población estaría cubierta por la seguridad social en quince años.

Ante este argumento, al igual que ante los errores en la estimación de las futuras pensiones, uno se pregunta si los expertos del IMSS son técnicamente incompetentes u obran de mala fe. De esta forma los cálculos respectivos demuestran que un incremento anual de asegurados del orden del 5% del IMSS y del ISSSTE, desafortunadamente sólo permitiría ampliar la cobertura de seguridad social al 55% de la población económicamente activa (PEA) en veinte años. ¿Se les olvidó a los expertos del IMSS que la PEA crece por lo menos en un 2% anual o consideran que hay cobertura total cuando un miembro de la familia está asegurado? Si así fuera, soslayan el hecho de que la única manera de ampliar y consolidar la seguridad social es extender la base cotizante. El segundo argumento en contra de la propuesta perredista ha sido que la incorporación del SAR al IVCN sería una acción expropiatoria contra los trabajadores; objeción cínica en boca de los promotores de una ley que somete, con carácter obligatorio y durante décadas, el ahorro forzoso de

los trabajadores al control de organismos de intermediación financiera con derecho a cobrar una comisión jugosa. Como es obvio, no es muy difícil resolver la supuesta expropiación de los fondos del SAR, ya depositados, reintegrando éstos a los trabajadores. En todo caso, no hay elementos objetivos para sostener que los trabajadores se resistirían a refinanciar el seguro solidario de IVCM con la cuota del SAR. Por otra parte, la opinión de los asegurados no ha sido precisamente la máxima preocupación de los directivos del IMSS en este proceso de reforma.

Los servicios médicos: ¿viabilidad financiera y ampliación de cobertura?

Los dos cambios cruciales en el seguro de enfermedad y maternidad son un nuevo sistema de cotización y la promoción de los "convenios de reversión de cuotas". En la ley anterior la cotización en este seguro corresponde a 12,5% sobre el salario, pagado por patrones, trabajadores y Estado. En el nuevo esquema se mantiene la cotización un 1% tripartita sobre el salario para las llamadas prestaciones económicas, pero se introduce un cambio de fondo en la cotización para los servicios médicos. Esta se compone de una cuota uniforme correspondiente a 27,8% del salario mínimo, pagado en partes iguales por el patrón y el Estado y 8% (6% patronal y 2% obrero) sobre el monto que excede tres salarios mínimos. Este sistema reduce la cotización obrera y patronal. Excepción hecha de las empresas con bajos salarios, e incrementa sustancialmente la estatal.

Cabe recordar que este seguro tradicionalmente ha tenido un déficit significativo que, según datos del IMSS, requeriría un incremento de 1,5% de la cuota para compensarse. Una de las ventajas de la reforma, de acuerdo con sus promotores, es que dará sustentabilidad financiera a cada uno de los seguros y para ello el estado está incrementando su aportación. Sin embargo, esta supuesta viabilidad financiera no se confirma en los datos. De esta manera, el cálculo de los ingresos que tendría el IMSS con el nuevo esquema de cotización demuestra que representaría sólo 83% de los ingresos del viejo esquema (3.297.883,4 salarios mínimos *versus* 3.955.132,4). Si se añade a este monto la cotización correspondiente a este rubro de servicios médicos para los jubilados (1,5 % sobre el salario), se aumentarían los ingresos a un 95% del viejo esquema. Es decir, aun usando estos fondos, que supuestamente deberían acumularse en reservas para cubrir a los futuros pensionados, no se alcanzaría a darle viabilidad financiera al seguro de enfermedad y maternidad, ya que no se compensa el déficit existente. Esto significa además que no habría recursos para el mantenimiento y reemplazo del equipo ni para proporcionar cantidades adecuadas de material y medicamentos. Bajo el supuesto de independencia financiera de cada uno de los seguros, tampoco quedarían recursos para invertir en la construcción de infraestructura, que en algunas entidades federativas llega a tener carencias importantes.

La manera de incrementar los recursos financieros sería, según los directivos del IMSS, el nuevo seguro de salud para familia, pensado para ampliar considerablemente la cobertura de servicios médicos a los trabajadores del sector informal. Incluso se ha llegado a sugerir que se podría incorporar a millones de personas mediante este mecanismo. Para tener elementos de juicio sobre la viabilidad de esta propuesta, recordemos que el costo familiar de este seguro sería una suma equivalente a 22,4 % del salario mínimo del DF. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en 1992, el 33 % de las familias mexicanas tenían ingresos de tres salarios mínimos o menos y el otro 14 % de cuatro salarios mínimos. Con el desplome del empleo en 1995, es probable que estos datos hayan empeorado. Asimismo habría que recordar que la cantidad requerida para cubrir la canasta básica de alimentos para una familia es aproximadamente de cuatro salarios mínimos. Con estos datos parece poco probable que los trabajadores del sector informal puedan sustraer sistemáticamente de su gasto 137 pesos mensuales para pagar un seguro de salud, cuya cotización representa 11,2 % sobre dos salarios mínimos, 7,5 % sobre tres y 5,6 % sobre cuatro. Como punto de comparación se puede señalar que, con el viejo sistema, los trabajadores asalariados pagan 5,25 % sobre su salario para tener derecho a servicios médicos, pensión, SAR, guarderías y prestaciones sociales.

Estos últimos datos resumen nítidamente las consecuencias, por un lado, de un mercado de trabajo sin seguridad en el empleo ni prestaciones laborales con un fuerte componente informal y, por el otro del abandono del principio solidario (cada quien aporta en función de sus ingresos) y la adopción del principio de equivalencia (cada quien paga lo que cuesta el servicio), en el pago de las aportaciones a los servicios sociales. Como se aprecia, la desigualdad crece bruscamente y perjudica desproporcionadamente a los trabajadores informales con bajos ingresos, que en la práctica quedan excluidos del sistema de protección social.

Convenios de reversión de cuotas y proceso de privatización

El proceso de privatización de los servicios médicos del IMSS se inscribe dentro de un proyecto global de reorganización administrativa y de gestión que hasta ahora no ha sido explicitado. El punto final de esta reorganización sería la separación entre las funciones de recaudación-distribución de fondos y de gestión financiera y de servicios. El primer paso en este proceso involucra los servicios del primer nivel. Consiste en la libre adscripción de los derechohabientes de un médico familiar, quien tendría más tareas y una remuneración en función del número de derechohabientes atendidos. En el mediano plazo es muy probable que se introduzca un esquema administrativo de gestión autónoma de las unidades médicas, con un sistema presupuestal de "compra-venta de servicios", como paso previo de la separación

Tabla N° 1

Distribución de los asegurados y los fondos del seguro de enfermedad y maternidad según nivel salarial

Nivel salarial *	% asegurados	% fondos
Hasta 3	68,4	48,1
4 a 10	25,9	31,6
11 o más	5,7	20,3

* en salarios mínimos

Fuente: Elaboración propia con datos del IMSS sobre distribución de asegurados, 4° bimestre de 1995.

definitiva entre las funciones de recaudación-distribución de fondos y gestión financiera y de servicios. Al término del proceso el papel del IMSS sería recaudar y distribuir los fondos a los nuevos intermediarios financieros y prestadores públicos autónomos, cuasi-privados (cooperativas médicas, hospitales autónomos y ONG's) o privados.

Es en este contexto que los convenios de reversión de cuotas² y la subrogación adquieren su pleno significado, dado que son la base legal para impulsar una política de ampliación de la opción privada de seguros y servicios dentro del aseguramiento obligatorio. El hecho de que la redacción del artículo sobre "los convenios de reversión de cuotas" haya quedado igual en la nueva ley, no impide una ampliación de éstos. Es así porque deja a discreción del IMSS firmar los convenios con las empresas y regresar a ellas, total y parcialmente, su cotización al seguro de enfermedad y maternidad. Sobran las pruebas para suponer que ésta será la política del Instituto en el futuro próximo. Así por ejemplo, el proyecto águila, presentado ante el gabinete económico el 25 de abril, concluye que con la reforma del IMSS "todas las empresas tienen la posibilidad de establecer convenios de reversión de cuotas ...(y)...se impulsan los mercados de seguros (médicos) privados, así como los diversos servicios de atención hospitalaria". Y si quedara alguna duda, habría que señalar que los priistas rechazaron una redacción del mencionado artículo, propuesta por el PRD, que ponía fuertes candados a los convenios de reversión. El nuevo esquema de financiamiento de los seguros de enfermedad y maternidad y de salud para la familia se adapta conceptualmente a la política señalada, al pasar del pago solidario al pago equivalente por el servicio. Ocurre así porque ambos proporcionan un seguro que genera capacidad de compra de servicios médicos como la condición necesaria para la creación de un mercado de salud. Se vislumbra, pues, una intención clara de crear y ampliar el mercado de seguros y servicios de salud mediante la promoción activa de la mercantilización del ámbito de la salud. Al madurar este proyecto se dismantlaría el sistema integral de servicios del IMSS, y la instancia "integradora" de los servicios sería el mercado. La ampliación del acceso a los servicios se instrumentaría dando poder de compra a los individuos para habilitarlos como clientes. En esta propuesta el complemento necesario es, por razones de legitimidad, una mínima atención -por ejemplo, el Paquete Básico de Salud promovido por la SSA- para los excluidos del mercado.

En el corto plazo los convenios de reversión de cuotas sólo se promoverán para el grupo de alta cotización, formado por trabajadores que pagarán la cuota adicional de 8% sobre el monto salarial excedente a los tres salarios mínimos y que serán el mercado potencial para los seguros y servicios privados. Para apreciar las consecuencias de su traslado al sector privado es preciso analizar la distribución de los asegurados por nivel salarial y los fondos aportados por cada grupo de trabajadores con el nuevo esquema de cotización (Tabla N° 1).

El hecho más relevante que se desprende de estos datos es que dos tercios de los trabajadores se encuentran en el nivel de hasta tres salarios mínimos y aportan el 48% de los fondos del seguro de enfermedad y maternidad. En contraparte, un tercio de los asegurados aportan 51% de los recursos y, entre todos ellos a 5,7% le corresponde 20,3% de los fondos. En caso de que los altos cotizantes optaran por trasladarse al sector privado a través de convenios de reversión de cuotas, se llevarían la mitad de los ingresos del IMSS. Su eventual salida provocaría un proceso indetenible de desfinanciamiento, el cual impondría la necesidad de reducir instalaciones y personal y/o restringir los servicios disponibles.

En esta lógica, tanto el grupo que se quedará en el IMSS como el de seguro y servicios privados únicamente tendrían acceso a "planes de salud" predefinidos, que no son otra cosa que la restricción de la cobertura de servicios. Ocurre así porque es previsible que, en el mediano plazo, la cuota uniforme sólo daría derecho a un paquete básico de servicios en el IMSS y que el acceso a otros servicios requiriera de un pago adicional. Este mismo sistema se aplica en todos los seguros privados que tienen un tope máximo de gasto total y por enfermedad, excepto determinadas enfermedades y lesiones. Se introduciría así una lógica en este seguro obligatorio totalmente ajena al espíritu solidario e igualitario de la seguridad social mexicana, al condicionar la amplitud de derechos al monto de la primera cotizada y estratificar a los asegurados en los de primera, segunda, tercera y cuarta categorías.

La experiencia de este tipo de sistema, inspirado en el estadounidense y el chileno, demuestra que tiende a encarecer los servicios y, frecuentemente, a empeorar su calidad al incorporar tratamientos invasivos y peligrosos (cirugía en lugar de tratamiento con fármacos, cesárea en vez de parto normal, etc.). Cuando la opción privada se incluye dentro del sistema de seguro obligatorio provoca además de recursos en el sistema privado un crónico desfinanciamiento del público. Esto se debe a que el sector privado se queda con la población joven y sana de alta cotización y deja para el sector público los pobres (de baja cotización), enfermos y viejos.

No hay ningún argumento de fondo ni pruebas empíricas que permitan suponer que este proyecto de reforma pueda resolver los principales problemas del sistema de salud en México que, vistos desde el ángulo del bienestar social colectivo, son la desigualdad en el acceso a servicios de calidad ante la misma necesidad, y recursos públicos totalmente insuficientes para garantizar el derecho a la protección de la salud. Es necesario recordar que históricamente las naciones sólo han podido garantizar este derecho a sus ciudadanos mediante algún sistema público, lo que significa que la sociedad asume colectivamente la responsabilidad y destina los recursos necesarios para alcanzar este fin. Por el contrario, la vía del contrato privado e individualizado para proteger la salud no sólo ha dejado una parte de la población al margen de los servicios sino que además, ha demostrado ser más costosa para todos: la nación, los individuos y las empresas. Tampoco ha garantizado mejores servicios porque incentiva prácticas diagnósticas y terapéuticas invasivas y peligrosas y tiende

a destruir la relación de confianza entre médicos y pacientes. En esta perspectiva, el aspecto más grave de la reforma del IMSS en el mediano plazo es su impacto destructivo sobre el sistema de salud.

Se podría argumentar que no hay suficientes elementos para prejuzgar sobre los resultados de la reforma neoliberal del sistema de salud mexicano, pero no se puede ignorar que hay claras pruebas de que empeoraría la situación para la mayoría de los mexicanos. En estas condiciones, un mínimo de responsabilidad política y de honestidad intelectual plantean la exigencia de no imponer una reforma que amenaza con destruir el tejido sanitario nacional construido con mucho esfuerzo durante más de cinco décadas. En todo caso, los impulsores de esta reforma tendrían que probar la bondades de su reforma; tendrían que demostrar que su propuesta no es una aventura incierta cuyos resultados pueden incrementar nuestro déficit, de por sí importante de salud colectiva.

¹ Para el cálculo se utilizaron los datos de cotización del régimen ordinario según nivel salarial correspondientes al cuarto bimestre de 1995

² Bajo estos convenios el IMSS reintegra a las empresas la cuota pagada al seguro de enfermedad y maternidad cuando comprueban cubrir a sus trabajadores con un seguro médico y/o servicios propios. Queda a discreción del Instituto otorgarlos y determinar el monto revertido.