

Giordano, Osvaldo

Documento de Trabajo N° 19

Departamento de Economía de la Facultad de Ciencias Sociales y Económicas

La reforma de los seguros sociales en la Argentina

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central "San Benito Abad". Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Giordano, Osvaldo (2007, septiembre). *La reforma de los seguros sociales en la Argentina*. (Documento de trabajo No. 19 del Departamento de Economía de la Facultad de Ciencias Sociales y Económicas de la Universidad Católica Argentina). Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/la-reforma-de-los-seguros-sociales-en-la-argentina.pdf>

(Se recomienda indicar al finalizar la cita bibliográfica la fecha de consulta entre corchetes. Ej: [consulta: 19 de agosto, 2010]).



Pontificia Universidad Católica Argentina
"Santa María de los Buenos Aires"

*La reforma
de los seguros sociales
en la Argentina*

Por
Osvaldo Giordano

*Facultad de Ciencias Sociales y Económicas
Departamento de Economía
Documento de Trabajo N° 19*

Septiembre de 2007

LA REFORMA DE LOS SEGUROS SOCIALES EN LA ARGENTINA

Oswaldo Giordano*

* Investigador del Departamento de Economía de la Universidad Católica Argentina y Director del Instituto para el Desarrollo Social (IDESA). Este trabajo fue realizado gracias al apoyo brindado por la Fundación MAPFRE Estudios

Resumen

Durante la década del '90 se instrumentaron profundas transformaciones sobre la organización de los principales subsistemas que integran la seguridad social argentina. Estos procesos se dieron en el marco de un nivel elevado de descomposición acumulado a lo largo de varias décadas y tuvieron en su orientación varios rasgos comunes. Sin embargo, apenas se adentra en el análisis de los procesos de cada uno de los subsistemas, aparecen diferencias en las consecuencias y desencadenantes de las crisis, en los contextos políticos, mapas de intereses que condicionaban los cambios y en las estrategias aplicadas para el diseño e instrumentación de las reformas. El estudio describe y evalúa con similar metodología las reformas en los tres principales subsistemas que integran la seguridad social; esto es, previsión, salud y riesgos laborales. Este enfoque, a diferencia de los estudios que se centran en algunos de los subsistemas en particular, aporta elementos que enriquecen el entendimiento de las reformas, los factores que las condicionaron y sus logros y debilidades. Esta es una plataforma a partir de la cual es posible identificar temas críticos y recomendaciones de políticas de cara a los importantes desafíos pendientes.

Abstract

During the decade of the '90, the organization of the main subsystems that integrate the Argentine social security experienced deep transformations. The reforms of the various subsystems occurred after a process of several decades of decomposition and they had in its orientation several common characteristics. Nevertheless, as soon as we enter in the analysis of the processes in each one of the subsystems, these are differences in the consequences of the crises, in the political contexts, the map of interests that conditioned the changes and in the strategies applied for the design and instrumentation of the reforms. The study describes and evaluates with similar methodology the reforms in the three main subsystems that integrate the social security: pension, health and labor risks. The approach, unlike previous studies that are centered in some of the subsystems in particular, contributes to the understanding of the reforms, the factors that conditioned them, its benefits and its weaknesses. From this point on it is possible to identify critical issues and policy recommendations facing the pending challenges.

ÍNDICE

Introducción	4
CAPITULO I. Descripción estilizada de la organización de los sistemas que integran la seguridad social y los factores asociados a sus crisis	6
1. El sistema de riesgos del trabajo.	6
2. El sistema previsional.	19
3. El sistema de seguros de salud.	30
4. Los desafíos que enfrentaban las reformas.	44
CAPITULO II. Las reformas de los seguros sociales.....	48
1. El contexto general de las reformas.	48
2. Las reformas al sistema de riesgos del trabajo.	49
3. Las reformas del sistema previsional.....	56
4. Las reformas sobre el sistema de obras sociales.....	72
5. Crisis, reformas y nuevas crisis.	80
CAPITULO III. Algunas de las principales lecciones.....	87
1. Hacia la definición de una agenda para reformas de segunda generación.	87
2. Cambios graduales vs. reformas de shock.....	88
3. Problemas transversales vs. problemas específicos.....	91
4. Prestaciones básicas vs. prestaciones integrales.....	94
5. Prestaciones contributivas vs. prestaciones asistenciales.	96
6. Publico vs. privado.	97
Reflexiones Finales	103
Bibliografía.....	104

INTRODUCCIÓN

Solo con diferencias de matices, la reforma de los seguros sociales ocupa un espacio preponderante en la agenda de política de casi todos los países. Eso se explica, por un lado, porque la seguridad social es el principal mecanismo institucional de redistribución de ingresos y, consistente con ello, se deposita una gran confianza en torno a sus potencialidades como mecanismo de promoción de la equidad social. Por el otro, porque una serie de factores han inducido a un estado de crisis con características estructurales. La manifestación más visible y preocupante es que muchas de las expectativas son defraudadas de manera sistemática a pesar de la marcada tendencia a absorber una creciente magnitud de recursos.

Las reformas de la seguridad social aspiran a lograr una mejor conciliación entre el objetivo de proveer un razonable nivel de protección social y las limitaciones de recursos que imponen las restricciones financieras. El objetivo resulta extremadamente desafiante dado el comportamiento adverso de las variables de contexto. Por un lado, la transición demográfica y la dinámica epidemiológica. Por el otro, las turbulencias y fragmentaciones asociados a la globalización. Volatilidad de los empleos y envejecimiento de la población llevan a que las demandas por cobertura de las contingencias sociales aumente a una velocidad mucho mayor que las posibilidades financieras. Esto justifica la búsqueda de nuevas y más imaginativas formas organizativas que induzcan una administración más eficiente y equitativa de los recursos.

En la Argentina, la tarea de transformar la organización de los seguros sociales respondía a razones similares pero más importantes. La crisis de la seguridad social fue paralela a la crisis del modelo de organización económica. Ambos estallaron a finales de la década de los '80 con la hiperinflación, luego de transitar un prolongado periodo de decadencia y degradación institucional como resultado de la mezcla de estilos políticos autoritarios con esquemas económicos altamente intervencionistas que promovían conductas rentísticas. Ambos sucumbieron como consecuencia de modalidades de gestión que mostraban gran despreocupación y hasta cierto desprecio por la eficiencia y cierta claudicación a que los impactos distributivos fueran determinados por feroces pujas distributivas. En otras palabras, la crisis de la seguridad social se insertaba en un problema más general de crisis institucional generalizada. Por eso, las reformas de la seguridad social formaron parte de un proceso más amplio y ambicioso de transformación de las instituciones económicas y sociales.

Luego de la sección introductoria, el estudio incluye un primer capítulo destinado a describir de una manera minuciosa pero sintética la organización de los tres principales sistemas que integran la seguridad social argentina. Se incluye el sistema previsional, los seguros de riesgos de trabajo y los seguros de salud. No comprenden la totalidad de la seguridad social pero los componentes incluidos en la investigación tienen, en base a cualquiera de las variables relevantes que se tome como referencia, una amplia representatividad. Tratando de adoptar una estructura de presentación similar para cada uno de los sistemas se describen sus orígenes, los principales rasgos de su organización y una identificación de los síntomas y causas de la crisis. La principal conclusión es que en el proceso de descomposición de cada uno de los sistemas existen ciertas analogías, en el

sentido de que, más allá de los factores de contexto, su fracaso se asocia a esquemas organizativos muy en línea con las ideas intervencionistas y autoritarias que en general prevalecían en la organización económica y social.

Posteriormente, el capítulo segundo está destinado a analizar las reformas introducidas a mediados de la década de los '90. Nuevamente se hace un análisis para cada sistema, tratando de presentar de manera sintética los ejes básicos de las transformaciones. Además se avanza sobre temas más controvertidos como es el procurar plantear un balance de logros y fracasos y una interpretación de los factores políticos que condicionaron la orientación y profundidad de las reformas. Aunque existe una orientación parecida en los tres sistemas, las estrategias de instrumentación y profundidad de las reformas fueron muy diferentes. En este sentido, la gran variedad de situaciones la convierte en una experiencia extremadamente compleja y desafiante desde el punto de vista de su análisis y muy rica en términos de extraer lecciones.

En esta línea el capítulo tercero tiene por objetivo presentar una enumeración de los temas más trascendentales que surgen del análisis de las experiencias acumuladas. La meta no es presentar un listado exhaustivo, sino abordar los temas que aparecen, en principio, como los más estratégicos. Esta selección asume como principal objetivo aportar insumos para reformas de segunda generación que en los tres casos aparecen como extremadamente pertinentes.

Finalmente, se destina una sección de cierre para presentar unas breves reflexiones finales. En ella se pone énfasis en señalar que la transformación de los seguros sociales es un tema muy importante y complejo. En tal sentido, las reformas de los '90 no solo cambiaron la realidad de los seguros sociales en la Argentina sino que del análisis de los factores que condicionan sus éxitos y fracasos es posible tomar elementos que ayuden a mejorar la calidad de la agenda de política del futuro.

CAPITULO I.

DESCRIPCIÓN ESTILIZADA DE LA ORGANIZACIÓN DE LOS SISTEMAS QUE INTEGRAN LA SEGURIDAD SOCIAL Y LOS FACTORES ASOCIADOS A SUS CRISIS

1. El sistema de riesgos del trabajo.

1.1. Su conformación histórica.

La conformación del sistema de riesgos del trabajo tiene muchos paralelismos y analogías con los procesos evolutivos observados en los países de mayor desarrollo. La génesis de una normativa especial para regular los siniestros que ocurren dentro del ámbito de las empresas está íntimamente vinculada con el proceso de industrialización y el impacto que este tiene en el crecimiento del empleo asalariado. Esto condiciona la época y las modalidades que se adoptan para su organización en la Argentina.

La protección de los trabajadores estaba reglamentada en el ámbito del derecho civil como si se tratara de cualquier otro ciudadano. Esto implicaba que el trabajador tenía la posibilidad de percibir una reparación dineraria por el daño causado por un accidente o enfermedad profesional en la medida que pudiera demostrar la culpa o el dolo de su empleador (Vasquez Vialard, 1996). Como era previsible, este mecanismo de protección contemplado en el derecho común resultaba poco práctico y eficaz frente a las especificidades implícitas en una relación de trabajo asalariado. Normas diseñadas con criterios generales, eran poco receptivas de las limitaciones y urgencias que enfrentaba los trabajadores, segmento integrado mayoritariamente por personas de bajo nivel de educación y escasos recursos.

Lewis (1990) describe a los accidentes de trabajo de esa época como a un factor de inestabilidad social. En la mayoría de los casos el desenlace era una brusca pérdida de ingresos para el hogar. Muchas familias caían en total desprotección ya que, salvo el limitado accionar de unas pocas entidades de beneficencia, no se había institucionalizado mecanismos destinados a apoyar a las familias que sufrían las consecuencias de este tipo de contingencias. Algunas de estas entidades de beneficencias funcionaban como pequeños seguros de sociedades de socorro mutuos donde los mismos trabajadores hacían exigüos aportes quincenales para que el empleador llamara un médico en caso de accidente. Sin embargo, según datos oficiales de la época de la Dirección Nacional de Trabajo su cobertura era muy limitada. Implícitamente prevalecía la idea de que los accidentes se atribuían a la mala suerte y consecuentemente que los empleadores no se hacían responsables de las consecuencias.

Estos fenómenos se daban en el marco de la aparición de nuevas dinámicas políticas. Dentro de ellas se destacan los primeros pasos hacia la conformación del movimiento sindical argentino¹. Así se generan las condiciones para que la Argentina fuera uno de los

¹ El contexto económico y el importante influjo de inmigración europea de finales del siglo XIX hizo que el desarrollo del sindicalismo organizado en Argentina sea también bastante temprano. En 1902 ya se había constituido la Federación de Obreros Argentinos (FOA). La FOA rápidamente se dividió en dos entidades rivales, la Unión General de Trabajadores (UGT), de extracción socialista, y la Federación de Obreros de la Región Argentina (FORA), de extracción anarquista. Aunque el nivel de sindicalización era modesto –se

países pioneros en Latinoamérica en la incorporación de mecanismos de protección laboral. Además de las condiciones internas, el proceso estuvo fuertemente influenciado por lo que ocurría en aquella época en los países europeos. Entre 1905 y 1915, el Congreso Nacional sancionó varias leyes en esta línea. Dentro de ellas se destacan la que imponían el descanso dominical y las que establecían la prohibición del empleo de menores de diez años y el trabajo nocturno de mujeres y menores (Lewis, 1990).

En este contexto, no resulta sorprendente que se dieran los pasos para avanzar hacia la conformación de un instrumento más moderno y eficaz para la gestión de los riesgos laborales. La concreción de esta iniciativa se produjo en 1915, con la sanción de la Ley 9.688. La norma fue el resultado de un intenso debate sobre proyectos discutidos desde el año 1892.

Siguiendo los criterios prevalecientes en la época, la ley 9.688 incorporó un régimen de reparación especial alternativo al previsto en el derecho civil. Se estableció un esquema de responsabilidad individual en cabeza del empleador, justificado en la naturaleza del vínculo de subordinación que subyace en la relación de trabajo asalariado. La principal particularidad radica en que el empleador siempre es obligado a reparar el daño –liberando al trabajador de la carga de demostrar la culpa o el dolo– pero a través de un esquema tarifado de prestaciones. De esta forma, la lógica de esta ley especial es apartarse de los conceptos tradicionales de causalidad, responsabilidad y culpa del derecho civil, para poner en funcionamiento un esquema prestacional tarifado y automático. La reparación podría ser inferior a la que eventualmente surgiría de aplicar el derecho civil pero no está sujeta a demostrar la culpa del empleador en la generación del daño. El esquema implica una cobertura más amplia y espontánea con costos para las empresas más predecibles.

En materia de prevención de los riesgos, la Ley 9.688 dio origen a otras regulaciones reglamentarias donde se establecieron las condiciones de higiene y seguridad que debían cumplirse en los lugares de trabajo y mecanismos de fiscalización y sanción a los empleadores en caso de incumplimientos. Sin perjuicio de ello, este andamiaje regulatorio tuvo un desarrollo independiente, aislado y escasamente integrado al sistema de reparación de daños previstos en la Ley 9.688 y todas las leyes y decretos modificatorios.

La Ley 9.688 de 1915 constituyó la base legal sobre la que se organizó el sistema de reparación de los daños causado por los accidentes y enfermedades profesionales en las siguientes 8 décadas. Sin perjuicio de ello, a lo largo del tiempo fue modificada en innumerables ocasiones². El último hito en este proceso fue la sanción, en 1991, de la Ley 24.028 que rigió hasta mediados de 1996 cuando comenzó a operar la reforma establecida en la Ley 24.557 o Ley sobre Riesgos del Trabajo (LRT). Los cambios legales previos a la sanción de la LRT conformaron un proceso aluvional, cuya principal particularidad es que no alteraron la filosofía básica original que incorporó la ley 9.688.

estima en aproximadamente 10.000 los trabajadores afiliados a alguno de estos sindicatos, sobre un fuerza laboral industrial de 175.000 trabajadores (Godio, 1973)– su capacidad de influencia política no era baja. En 1901 se firmó el primer convenio colectivo de trabajadores de la industria, contemplando cláusulas como las que fijaban ocho horas de trabajo diario, la prohibición del trabajo a destajo, un salario mínimo y la que le otorga al sindicato socialista la exclusividad de la afiliación (Lewis, 1990).

² Las normas más importantes que incorporaron cambios de sustancia en el sistema fueron las Leyes 12.631, 12.647, 13.639, 15.448, 18.018, 18.913, 19.233, 20.272, 20.505, 21.034 y 23.643, y los Decretos-Leyes (normas emitidas por gobiernos militares de facto) 7.604/57, 7.606/57 y 4.834/58.

La Ley 9.688 adopta el principio “transaccional” de liberar al trabajador de demostrar la culpa o dolo del empleador a cambio de pre-establecer las contingencias y el monto de las prestaciones. Las prestaciones eran tarifadas en función del salario del trabajador y se suministraban ante las contingencias de incapacidad permanente y muerte y bajo la modalidad de renta vitalicia³. Esta forma de pago fue motivo de intensas controversias que terminaron al ser refrendado el suministro de prestaciones a través de rentas por un fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación en 1923 (UART, 2004). Por otro lado, la ley delega al Poder Ejecutivo la responsabilidad de identificar las enfermedades que se consideraban profesionales. De esta manera, el esquema contemplaba una definición genérica de los accidentes de trabajo y una taxativa de las enfermedades laborales a través de un listado. Si bien el criterio de apartarse de las normas del derecho común era adoptado en la época por varios países desarrollados, como Francia y Bélgica, un aditamento original en el caso argentino fue dar al trabajador la opción de recurrir a la vía civil renunciando así la protección de la ley especial (Facal, 2004).

Entre los muchos cambios que experimentó la Ley 9.688, uno muy importante se remonta a 1940 cuando la Ley 12.631 redefine el concepto de los siniestros cubierto por el régimen especial. Según esa norma se incluyen aquellos derivados de acciones no sólo en el ejercicio de la ocupación sino “...en el hecho y en ocasión del trabajo...”. Esto dio lugar a una corriente jurisprudencial que consideró como accidente laboral a los ocurridos en el trayecto del domicilio al lugar de trabajo y viceversa (accidente “in itinere”). Con posterioridad, en 1960, la Ley 15.448 incorpora formalmente el accidente “in itinere” dentro del concepto de accidente laboral (UART, 2004).

Otro cambio que afecta aspectos medulares del sistema se dio en 1955, a través del Decreto-Ley 650. Por esta norma se limita el pago en forma de renta sólo para los casos de fallecimiento. En la medida que los desequilibrios fiscales motorizaban el proceso inflacionario, no mucho más tarde se establece que en el caso de fallecimiento el cobro en forma de renta sería optativo. Finalmente en 1971, con la Ley 19.233, se elimina el esquema de pago en forma de renta.

Aun mas trascendentales son los impactos que se derivan del hecho de que en ámbitos judiciales se empieza a interpretar el concepto “en ocasión del trabajo” de una manera amplia. Esto dio pie para que el concepto de enfermedad profesional se ampliara considerablemente ya que pasaron a ser resarcible por el régimen especial ciertas dolencias que no tienen una relación directa con la actividad desarrollada dentro del ámbito de trabajo. Este criterio tuvo recepción legal en 1971 a través de la Ley 18.913. A través de esta norma se establece que se considerará enfermedad profesional a toda aquella motivada por la ocupación del obrero. Con este cambio normativo se termina de incorporar el denominado criterio de la concausalidad, una particularidad del sistema argentino con alto impacto desde el punto de vista de su funcionamiento. Así pasan a ser cubiertas las denominadas “enfermedades accidentes”, entendiendo por tales a enfermedades ocasionadas no directamente por la tarea o el ambiente de trabajo sino por un proceso patológico que tiene algún tipo de asociación por el trabajo pero cuyo factor desencadenante es la predisposición del trabajador.

³ Se entendía que la responsabilidad de los patrones era depositar a nombre de la víctima o sus derechohabientes en la Caja Nacional de Jubilaciones y Pensiones una suma de dinero para que dicho organismo pague mensualmente las rentas que correspondiera.

Otra cambio legal muy importante se dio a finales de la década de los '60 con la reforma al Código Civil (en particular, al artículo 1113). Por esta disposición se establece la responsabilidad extracontractual de tipo objetivo por el daño ocasionado con las cosas por el dueño o guardián de las mismas. Este nuevo concepto fue aplicado a la reparación de los accidentes de trabajo a través de un fallo judicial⁴, a pesar de que estaba vigente al Ley 9.688.

La desarticulación alcanza un nivel extremo cuando se abre una segunda vía de reclamo fundados en el derecho civil a través de un artículo de la Ley de Contrato de Trabajo que establece la obligación del empleador del deber de dar seguridad al trabajador. Los efectos de esta disposición son potenciados en 1972 con la sanción de la Ley 19.587⁵ que estableció una normativa específica sobre higiene y seguridad. El resultado fue que se fijaron estándares mínimos de seguridad que muy pocas empresas respetaban y que el Estado convalidaba a través de controles muy débiles. Esto se ve potenciado en 1979 cuando, a través del Decreto 351, se impuso una nueva reglamentación de higiene y seguridad con un diseño aun mas apartado de la realidad tecnológica de la mayor parte del sector productivo argentino (UART, 2004).

Con incumplimientos masivos de las normas de higiene y seguridad se generó un campo muy propicio para iniciar juicios civiles por responsabilidad contractual por violación del deber de seguridad establecido por la Ley de Contrato de Trabajo, acción que era acumulable con la de acción extracontractual de tipo objetiva del artículo 1113 del Código Civil. Se daba una combinación paradójica ya que la jurisprudencia entendía como valido que los reclamos fundados en normas del derecho común fueran canalizadas en sede laboral aplicando los principios del derecho laboral (Sánchez, Giordano y Torres, 1990)⁶.

Evaluado en una perspectiva histórica, el cuerpo normativo creado a partir de 1915 fue en su momento un hito importante por su contribución al proceso de desarrollo social. Sin embargo, su capacidad para resolver la problemática implícita en la dinámica de los riesgos del trabajo se fue debilitando a lo largo del tiempo. Hay evidencias de que los sucesivos gobiernos mostraron falta de iniciativa para modernizar los instrumentos originalmente adoptados y especialmente tuvieron poca visión para adaptarlos a los cambios de contexto. En la medida que la inflación aumentaba y los indicadores laborales se deterioraban el agotamiento del sistema se fue profundizando. Ejemplos notables de la falta de reacción frente un contexto adverso fue la poca capacidad para adaptar el monto y la modalidad de pago de las prestaciones monetarias a entornos de alta inflación. Algo parecido ocurrió con la falta de actualización del Listado de Enfermedades. Mas aún, mientras la gran mayoría de los países fueron migrando hacia esquemas de cobertura por medio de seguros sociales, en la Argentina se mantuvo, hasta las últimas consecuencias, el antiguo y obsoleto criterio de estructurar el esquema bajo la lógica de la responsabilidad individual del empleador.

La combinación de un contexto macroeconómico y sociolaboral adverso mas una actitud burocrática y conservadora desde el punto de vista de replantear las reglas de juego bajo las que se organizaba el sistema, fueron gestando la crisis del esquema perfeñado con la Ley 9.688. Esto no se dio de manera inmediata, sino en la forma de un gradual pero inexorable

⁴ Alegre, Cornelio c/Manufactura Algodonera Argentina / Plenario N° 169 (Facal, 2004).

⁵ Juntamente con su decreto reglamentario 4.679/72.

⁶ Por ejemplo, “in dubio pro operario”, “indiferencia de la concuasa”, “reagravación”, “presunción de la culpa del empleador”.

proceso de degradación institucional. Frente a la ausencia de instrumentos de aplicación automática que condujeran a soluciones razonablemente equitativas –función que debía cumplir la Ley 9.688–, se impuso como vía para resolver los problemas surgidos de los siniestros de origen laboral el litigio dirimido en sede judicial. Esto se materializó abriendo dos grandes grietas en la Ley 9.688. Por un lado, la indeterminación de las prestaciones debido a la posibilidad de eludir el esquema tarifado a través de la vía civil. Por otro lado, la indeterminación del ámbito de las contingencias cubiertas debido a la apertura de la definición de enfermedad profesional. En la medida que se comenzaron a aplicar intensamente en sede judicial definiciones ambiguas en la delimitación de las contingencias cubiertas y los montos de las indemnizaciones, la litigiosidad creció exponencialmente. Prueba de que el esquema previsto en la ley 9.688 había sido superado por la realidad es que a fines de la década de los ´70 se estimaba que el 90% de los reclamos judiciales se tramitaban por la vía de la justicia civil y sólo el restante 10% se hacía por la vía de la ley especial (UART, 2004)⁷.

En 1988 se produce el hito final de este proceso de decadencia institucional con la sanción de la Ley 23.643. Manteniendo la arquitectura básica del régimen que ya cumplía 8 décadas, se duplicaron los toques de indemnizaciones, se introdujeron coeficientes de edad para que los accidentados jóvenes cobren más, se reguló de manera mas laxa la prescripción y se redefinió el concepto de enfermedad haciendo jugar la “concausalidad” de manera prácticamente ilimitada (UART, 2004). Los cambios legales exacerbaron la litigiosidad, ya que las interpretaciones judiciales comenzaron a ser favorables a tomar la indemnización de la ley especial como un “piso” para las reclamaciones de la vía civil.

Indicios sobre los órdenes de magnitud que había adquirido el problema lo brindan las pérdidas acumuladas por el Instituto Nacional de Reaseguros (INDER)⁸ originadas en pagos por siniestros de accidentes laborales de las compañías de seguro que explotaban esta rama. Aún cuando dichas pérdidas reflejan solo una parte menor del costo de la litigiosidad, ya que las pólizas de reaseguro sólo brindaban cobertura para los siniestros de mayor costo y sólo en la porción que superará cierto tope, el monto acumulado de pagos que realizaba el INDER llegaba a 1.146 millones de dólares al año, mientras que el cobro de primas de la misma institución por dicho reaseguro no superaban en promedio los 315 millones de dólares anuales. Esta desproporción resulta más significativa cuando se tiene en cuenta que desde 1985 el INDER había suspendido la cobertura a un lista de empresas que presentaban una inusitada frecuencia siniestral con reclamos simultáneos sobre el mismo riesgo (UART, 2004)⁹.

⁷ Cabe destacar que en la mayoría de los países europeos, que tradicionalmente fueron fuente de inspiración de las leyes sociales en Argentina, las posibilidades de plantear los reclamos por la vía civil son muy limitadas. Particularmente restrictivo son los casos de Alemania, Bélgica y Francia que contemplan esta posibilidad solo cuando existe intencionalidad del empleador en generar el daño (Santillán, 1995). En el caso de países limítrofes el panorama no es distinto. La posibilidad de reclamo en base a la norma civil se encuentra acotada al dolo o culpa en Brasil y Chile y dolo o culpa grave en Uruguay (Arancibia, Giordano y Torres, 2004).

⁸ El INDER era el ente estatal monopolístico encargado del reaseguramiento compulsivo de las compañías de seguro que operaban en la Argentina. La desmonopolización y posterior liquidación se inició en 1990.

⁹ Otro síntoma de que la crisis de litigiosidad era terminal lo constituían las demandas judiciales “colectivas”, es decir, grupos de trabajadores de un mismo establecimiento que hacían una demanda a su empleador por un mismo problema como por ejemplo hipoacusia, dolores de columna, artrosis, várices, etc.

En 1991, ya en la etapa terminal de una severa crisis que sufrió el país se sanciona la ley 24.028. Si bien esta norma deroga la Ley 9.688 y sus modificatorias, en la práctica mantiene su filosofía aunque procurando establecer un marco mínimo de racionalidad. Entre sus puntos más salientes –y muy indicativos de la gravedad que el problema había alcanzado– se destaca la definición explícita de que no se presume responsabilidad del empleador en la generación de las enfermedades profesionales sino que el trabajador debe demostrar la causalidad entre la tarea y/o el ambiente de trabajo y el origen o el agravamiento de la dolencia. Otra particularidad es que establece que en caso de concurrencia de factores causales externos y factores causales atribuibles al trabajo, sólo se indemnizará la incidencia de estos últimos. De esta forma, se trataba de evitar que cualquier enfermedad degenerativa se considere como profesional. También se estableció una instancia obligatoria administrativa de conciliación antes de recurrir a la justicia, como una forma de atenuar la presión de la litigiosidad.

La aspiración de esta reforma no fue la necesaria transformación de la organización del sistema en función de las tendencias más modernas. Mas modestamente su meta era corregir los desvíos mas graves del viejo régimen e introducir paliativos transitorios en el marco de profundos cambios que se estaban produciendo en el contexto económico.

En el Recuadro 1 se presenta de una manera esquematizada y simplificada los lineamientos mas importantes que describen la forma en que estaba organizado este sistema antes de las reformas. A diferencia del previsional y de salud, el sistema de riesgos del trabajo formaba parte de la legislación laboral. Es decir que no estaba organizado como un seguro social sino que se basaba en consideraba que la prevención y reparación de los daños era una de las obligaciones que contraía el empleador en la instancia de suscribir un contrato de trabajo.

Recuadro 1. La organización del sistema de Riesgos del Trabajo antes de las reformas.

- **Población cubierta.** La cobertura, en teoría, era universal ya que la legislación era aplicable a todos los asalariados públicos y privados (salvo excepciones puntuales como el segmento del servicio doméstico).
- **Prestaciones.** Se resarcían los accidentes ocurridos dentro del ámbito de la empresa, los accidentes “in itinere”, las enfermedades profesionales y las “enfermedades accidentales” o también conocidas como concausales. La ley especial contemplaba un esquema de prestaciones monetarias tarifadas que cambió en varias ocasiones, pero que en general consistía en una suma de pago único cuyo monto era proporcional al porcentaje de incapacidad y el salario del trabajador. Sin embargo, el trabajador podía optar por recurrir –en forma excluyente a la ley especial– por la vía civil argumentando responsabilidad extracontractual de tipo objetivo (artículo 1.113 del Código Civil) o por responsabilidad contractual en incumplimiento del deber de seguridad fijado por el artículo 79 de la Ley de Contrato de Trabajo.
- **Gestión.** Se basaba en un esquema mixto. En materia de *prevención*, el Estado era el responsable de fijar estándares mínimas de seguridad y controlar que las empresas las cumplieran. Para ello existía una norma específica (la ley de higiene y seguridad y su decreto reglamentario) y un área específica dentro de la estructura del Ministerio de Trabajo (la Dirección de Higiene y Seguridad). A su vez, las provincias, con diferentes niveles de intensidad a lo largo del tiempo, tuvieron responsabilidades en el área de fiscalización. En materia de *prestaciones* el responsable era el empleador, que respondía con su patrimonio aunque estaba facultado a contratar un seguro de tipo comercial. En este ámbito, el rol del Estado se limitaba a controlar que se suministraran las prestaciones, gestionar un fondo de garantía para casos de insolvencia del empleador y el control general sobre las compañías de seguro, especialmente en lo que hace a su solvencia financiera.
- **Régimen financiero.** No existía un régimen financiero propiamente dicho por no ser un

1.2. La crisis y sus impactos

El crecimiento de la litigiosidad a un nivel que no tiene parangón en otros países estuvo asociado al largo y profundo proceso de degradación institucional. Esta fue la consecuencia de sostener, hasta sus últimas consecuencias, una organización obsoleta en contextos económicos y laborales crecientemente adversos. Mientras que en la mayoría de los países la gestión de los riesgos del trabajo no constituye un tema especialmente conflictivo en el desenvolvimiento de las relaciones laborales y se registraron avances importantes en favor de generar ambientes de trabajo más seguros, en la Argentina se convirtió en una temática extremadamente controvertida.

Hay evidencias como para demostrar que el sistema de riesgos del trabajo tenía un decisivo impacto distorsivo sobre el funcionamiento del mercado de trabajo. Las manifestaciones más visibles de la crisis fueron la generación de una estructura de incentivos sobre las empresas contraria a promover la prevención, la reparación insuficiente y dimensionada con criterios arbitrarios y la exagerada expansión e imprevisibilidad de los costos laborales.

1.2.1. Pocos incentivos en favor de la prevención.

En el marco de la crisis del sistema creado por la Ley 9.688 reducir la siniestralidad no constituía un eje prioritario en la gestión de los recursos humanos. Una agenda sobrecargada de temas jurídicos dejaba poco espacio para las cuestiones relativas a la seguridad en los ambientes de trabajo. La principal consecuencia era que los responsables primarios de instrumentar medidas para mejorar las condiciones de seguridad –las empresas– eran guiados por una estructura de incentivos que inducía a dar prioridad a los aspectos jurídicos. La contrapartida era una menor atención a la calidad del medio ambiente de trabajo.

Varios factores contribuían a que las empresas no asumieran conductas tendientes a minimizar los riesgos de accidentes y enfermedades profesionales. Probablemente el más importantes es que la cantidad y el monto de las demandas por accidentes o enfermedades profesionales que soportaba un empleador tenían poca correlación con la inversión que realizaba para mejorar las condiciones de seguridad y medio ambiente de trabajo (ver Recuadro 2). Por otro lado, la normativa sobre higiene y seguridad y sus esquemas sancionatorios, tampoco eran percibidos por las empresas como un factor relevante para la

toma de decisiones. El Estado operaba bajo la lógica burocrática de emitir normas que no controlaba y, peor aún, se consideraban de imposible aplicación. De esta manera, la cultura del incumplimiento entre las empresas era legitimada por el Estado. La enorme brecha que existía entre lo que decían formalmente las normas y las prácticas de las empresas quedó contundentemente demostrado cuando una autoevaluación de todos los empleadores sobre el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad realizado, aplicada justo antes de que comenzara a funcionar el nuevo sistema, indicó que sólo el 3% de los empleadores cumplía integralmente con la legislación y apenas una tercera parte de ellos cumplía con las normativas básica (Giordano, Torres y Bettiol , 1996).

Recuadro 2. ¿Prevenir siniestros o prevenir juicios?

Las evidencias estadísticas sobre las consecuencias de la litigiosidad en el viejo sistema de reparación de los accidentes laborales no abundan. En UART (2004) se aportas algunos datos que aunque anecdóticos resultan testimoniales. Por ejemplo, se señala que en 1991 la Unión Industrial Argentina anunciaba que 8 de cada 10 empresas enfrentaba un juicio laboral por enfermedad o accidente de trabajo muchas de las cuales eran demandas colectivas sobre un mismo riesgo. Un caso paradigmático fue la empresa Swift Armour S.A. que recibió aproximadamente 10.000 demandas por hipoacusia. En un relevamiento a cargo del Departamento de Accidentes de Trabajo del INDER se señala que 1.273 demandas colectivas le costaron a este ente público aproximadamente 8 millones de dólares, más 1,2 millones de dólares de gastos de litigios.

Bajo estas condiciones, los incentivos estaban profundamente distorsionados. La prioridad era prevenir y gestionar juicios (para lo cual la contratación de servicios jurídicos era clave). La inversión en prevención de accidentes y enfermedades laborales (incluyendo la contratación de servicios de ingeniería y medicina laboral) tenía baja rentabilidad.

Estos fenómenos se potenciaban por que el Estado había abandonado sus responsabilidades en materia de prevención. En Vasilachis (1992) se documenta que un fenómeno recurrente era la concentración de un importante número de reclamos en un reducido número de empresas. A pesar de que las demandas se reiteraban, no se encuentra en las sentencias ninguna mención por parte del juez señalando la necesidad de que las empresas mejoren las condiciones de trabajo. Así se aporta otro ejemplo de cómo se había desnaturalizado el accionar del Estado ya que en lugar de asumir un compromiso concreto con el mejoramiento de los niveles de prevención dilapidaba recursos en actos meramente formales o en administrar la masiva litigiosidad.

La despreocupación del Estado en materia de prevención se extendía a no cumplir otras funciones básicas como la recopilación y sistematización de información sobre siniestralidad. En este tema, también la Dirección de Higiene y Seguridad se limitaba a definir requisitos sobre periodicidad y contenidos de datos que debían entregar las empresas, pero con total carencia de sentido práctico y despreocupación por exigir su cumplimiento. En consecuencia, más allá de los actos formales, en la práctica prevalecía un total desconocimiento sobre la magnitud y características del fenómeno de la siniestralidad laboral.

Otro factor que contribuía al retraso en materia de prevención era que las empresas que ofrecían seguros de accidente de trabajo no se caracterizaban por la especialización en este tipo de actividad ni mucho menos en la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades

profesionales. Bajo las reglas de juego imperantes, a los siniestros laborales se le asignaba el mismo tratamiento que a los demás, es decir que se investigaban sus causas en función del reconocimiento de la indemnización y no con el objetivo de prevenir su recurrencia. En otras palabras, a diferencia de lo que ocurrió en otros países, no se desarrollaron entes de gestión especializados con capacidad para asesorar a sus clientes en la prevención de los riesgos laborales.

1.2.2. Prestaciones inadecuadas.

El principal argumento a favor de aplicar las normas civiles, sustituyendo a las disposiciones del régimen especial, era permitir al trabajador acceder a montos indemnizatorios superiores. En Giordano, Torres y Dequino (1998) se presentan los resultados de un estudio cuantitativo realizado sobre un conjunto de juicios civiles donde se comparó el monto indemnizatorio determinado en las sentencias con el que hubiera correspondido si se aplicaran las tarifas prevista en la norma especial. El principal resultado es que, adecuadamente medidas las prestaciones en cada régimen, los fallos civiles no siempre contemplaban indemnizaciones de montos superiores. De todas formas, esto no es de aplicación uniforme a lo largo del tiempo ya que el intenso proceso inflacionario que experimentó el país hasta 1991 hizo que en muchos momentos el valor real de las prestaciones en el régimen especial fuera visiblemente insuficiente.

Más allá de los aspectos cuantitativos, la principal debilidad del esquema basado en procedimientos litigiosos era que se llegaba a una resolución poco equitativa y racional de la problemática que enfrentaba un trabajador que sufre las consecuencias de un siniestro laboral. El aspecto más negativo es que la reparación quedaba supeditada a los tiempos que imponían los litigios y no a las necesidades del trabajador. Aunque la dispersión era muy grande, los tiempos promedios se ubicaban en el orden de los 4 a 5 años (UART, 2004). La falta de automaticidad ponía al trabajador en una situación de desventaja ya que quedaba a su cargo afrontar las consecuencias del siniestro mientras esperaba la resolución del reclamo. En caso de obtener un resarcimiento económico, que no siempre estaba garantizado –dados los riesgos de que el empleador cayera en situación de insolvencia– quedaba en sus manos la tarea de administrar convenientemente esta suma de dinero a lo largo del tiempo ya que no se contemplaban esquemas de suministro de prestaciones a través de rentas. Esto no era una tarea sencilla especialmente en una economía altamente inflacionaria y con bruscas turbulencias.

Por otro lado, en el marco de los tiempos y la dinámica que imponen los procesos litigiosos no había cabida para las prestaciones en especie. En este contexto, la atención médica generalmente terminaba siendo suministrada por los seguros de salud (obras sociales) o por los hospitales públicos (teóricamente destinado a la población carenciada que no tiene la posibilidad de acceder a la cobertura de un seguro de salud). Esto implicaba un mecanismo espontáneo de subsidios cruzados en un marco de degradación en la calidad de los servicios médicos. Muchas veces implicaba la negación de servicios, como era el caso frecuente en intervenciones más especializadas, como por ejemplo, la rehabilitación y recalificación.

Por último, el monto de la reparación monetaria que recibía el trabajador era bastante menor al costo en que efectivamente incurría el empleador. La brecha se explica por los honorarios de letrados y peritos. En el Recuadro 3 se describe la desproporción de recursos que eran absorbidos por la intermediación y las fundadas sospechas de prácticas abusivas.

Recuadro 3. ¿Quién capturaba los sobrecostos generados por la litigiosidad.

Según estimaciones presentadas en UART (2004), en promedio, poco más del 50% del costo total de cada juicio se destinaba al resarcimiento del trabajador. Un 25% correspondía a los honorarios de los letrados demandantes, un 11% a los letrados demandados, un 9% a los costos periciales y un 2% a otros gastos administrativos del litigio. A esto hay que agregar el impacto del pacto de cuota litis. Aunque es difícil de verificar por tratarse de acuerdos informales, era frecuente que el trabajador pagara a su abogado una comisión del 20% sobre el monto indemnizatorio regulado por el juez.

En Vasilachis (1992) se señala la alta concentración de juicios en un conjunto muy identificable de empresas y la tendencia judicial a fallar a favor de los demandantes. También destaca que la mayoría de los juicios laborales de la Capital Federal estaban concentrados en aproximadamente una veintena de grandes estudios jurídicos. Consistente con esto, el INDER, en 1985, decidió rescindir los contratos de reaseguros sobre pólizas de seguros de aproximadamente 65 empresas que presentaban una frecuencia inusual de reclamos simultáneos sobre un mismo riesgo (UART, 2004).

Estas evidencias llevan a no descartar la hipótesis de que en algunos casos el fenómeno de la litigiosidad masiva estaba asociado y era motorizado por una red informal de relaciones dedicadas a generar, por mecanismo espurios, honorarios profesionales que finalmente eran financiados por el Estado a través de los quebrantos del INDER. Dentro de estas redes participaban abogados litigantes, peritos, ciertos sectores de la justicia y profesionales ligados a las empresas y compañías de seguro demandas.

Los procedimientos litigiosos implicaban una elevada carga de inequidad ya que una misma contingencia podía derivar en tratamientos totalmente diferentes. Quienes accedían a información y disponían de recursos económicos para litigar tenían muchas más probabilidades de recibir mejores prestaciones que quienes no estaban en condiciones de afrontar el juicio hasta sus últimas consecuencias. En este sentido, el trabajador que recurría a la protección de la ley especial tenía más certeza de cobro pero recibía un monto en concepto de reparación relativamente más bajo, especialmente en momentos de alta inflación y falta de actualización de las prestaciones. Quién optaba por la vía civil tenía que esperar el desenlace del juicio que generalmente implicaba montos mayores aunque muy variable ya que dependía de criterios subjetivos (tanto en los mecanismos utilizados para evaluar la magnitud de daño como para darle un valor económico a este). Así, a idéntico siniestro, le podrían corresponder prestaciones muy diferentes.

Bajo un esquema de responsabilidad individual del empleador, seguro voluntario y procesos litigiosos que duraban años, el acceso y nivel de las prestaciones también dependía mucho de la envergadura y solvencia de la empresa. En este sentido, los trabajadores de menores ingresos, mayoritariamente insertos en pequeñas empresas, eran los más discriminados desde el punto de vista de la reparación. Los puntos de mayor vulnerabilidad se daban en empresas que por el tipo de actividad que desarrollaban o su localización geográficamente estaban en las listas de excluidas de los seguros. Esto aumentaba las probabilidades de que las prestaciones no sean suministradas debido a una situación de insolvencia.

Existía la oferta, que muchos empleadores usaban, de seguros de tipo comercial para asumir riesgos de accidentes laborales. Esto, en principio, atenuaba las probabilidades de insolvencia. Sin embargo, el carácter voluntario de la contratación y especialmente la forma en que operan implicaba que una amplia masa de trabajadores quedaba expuesta a la sola capacidad del empleador para responder con su patrimonio al resarcimiento de los daños reclamados (ver Recuadro 4). Las probabilidades de desprotección para muchos trabajadores, especialmente de empresas más pequeñas, eran altas. El Fondo de Garantía, que había creado la Ley 9.688, disponía de financiamiento escaso e intermitente y operaba bajo mecanismos muy burocráticos dificultando el acceso especialmente cuando se trataba de reclamos originados en el interior del país

Recuadro 4. Los limitados alcances de los seguros de accidentes de trabajo antes de la reforma.

El alcance de la cobertura a través de la contratación de un seguro era limitado en cuanto a la población cubierta y a las reparaciones contempladas. Por una parte, el acceso a la cobertura a costos razonables no siempre era una posibilidad para todos los empleadores. Por otro lado, las pólizas frecuentemente cubrían solo un parte de riesgos. Por ejemplo, eran frecuentes las cláusulas que estableciera que el seguro operaba cuando la indemnización superaba cierto tope y las que fijaba la exclusión de todas o la mayoría de las enfermedades profesionales. Un problema muy serio de ausencia de cobertura se generaba con las listas de exclusión de empresas (ya sea por zona, actividad o directamente individualizando empresas) y las demandas colectivas. Estas últimas generan traumas financieros muy graves ya que generalmente quedan fuera de la cobertura de los seguros por estar fundadas en enfermedades o porque sus montos individuales eran relativamente bajo aunque en términos agregados implicaban una suma muy grande.

El deterioro en la cobertura se acelera a mediados de los '80 cuando el INDER comienza a rechazar ciertos sectores de actividad, áreas geográficas y grupos de empresas. El proceso toma mayor fuerza a comienzos de los '90 cuando el INDER deja de operar. De esta manera, se puso en evidencia que a través del régimen de reaseguro estatal operaba un mecanismo de subsidio hacia las compañías de seguro que afrontaban riesgos sin un respaldo técnico que garantizara la viabilidad financiera de la operación.

Así, durante el período 1992-95, según datos de la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN), solamente la mitad de los empleadores con trabajadores en relación de dependencia contaban con algún tipo de cobertura contra riesgos del trabajo. Por otra parte, las coberturas generalmente estaban sujetas a franquicias, no incluían incapacidades temporarias y ciertas enfermedades profesionales. Tampoco se contemplaban las prestaciones dinerarias en forma de rentas, la rehabilitación y la recalificación profesional.

1.2.3. Las distorsiones sobre el mercado laboral.

La lógica litigiosa sobre la que se estructuraba el sistema tenía asociado un impacto altamente distorsivo sobre el funcionamiento del mercado de trabajo (Sánchez, Giordano y Torres, 1990). La gran incertidumbre jurídica no solo implicaba costos altos sino, lo más perniciosos, de magnitudes inciertas. Prueba de ello es que los seguros –además de ser lo suficientemente caros como para superar las posibilidades de las empresas financieramente más débiles– solo cubrían parte del riesgo y eran muy selectivos en cuanto al tipo de empresa. Cuando el Estado dejó de subsidiar el sistema a través de las pérdidas del INDER el problema se hizo más visible. Quienes más sufrían las consecuencias eran las empresas medianas y pequeñas, donde en no pocos casos el proceso judicial podía llegar a provocar la quiebra del empleador.

El sistema condicionaba las políticas de recursos humanos de las empresas constituyéndose en uno de los factores que explicaban la débil capacidad de generación de empleos. Entre las empresas más pequeñas se agregaban incentivos a operar en la informalidad, estimulando tanto la contratación de los trabajadores sin cumplir con la normativa laboral y a operar con niveles de solvencia financiera muy baja. De esta manera, se desalentaban posibles juicios. Las empresas más grandes, que por su nivel de visibilidad no podían apelar a la informalidad, extremaban los recaudos al momento de la contratación. Pagar salarios más bajos, apelar al uso intensivo de horas extraordinarias y sesgar las decisiones hacia la incorporación de tecnologías mano de obra intensiva eran las estrategias más frecuentes para convivir con las distorsiones del sistema.

Otra consecuencia negativa fue la segmentación del mercado de trabajo. En la medida que se masificaban las demandas por enfermedades más propias del envejecimiento de las personas que provocadas por la actividad laboral, las políticas de reclutamiento de personal comenzaron a ser altamente discriminatorias. Una persona que no tenía ninguna dificultad física que afectara su normal desempeño laboral, pero sufría alguna dolencia que podría en el futuro justificar una demanda era automáticamente rechazada. Los exámenes preocupaciones aunque en la lógica del sistema los eximía al empleador y al asegurador de toda responsabilidad por las secuelas incapacitantes –en la medida que hayan sido notificadas al trabajador por escrito y visados por la autoridad de aplicación– en la práctica era el instrumento utilizado para detectar las personas que eran discriminadas.

2. El sistema previsional.

2.1. Su conformación histórica.

El sistema previsional argentino es uno de los más antiguos de América del Sur. Si bien los primeros antecedentes se remontan a fines del siglo XIX¹⁰, es a partir de 1904 –con la sanción de la Ley 4.349– que se institucionaliza, por primera vez, un mecanismo de naturaleza contributiva para brindar cobertura a las contingencias de vejez, invalidez y muerte. Esta primera norma era de aplicación para el acotado ámbito de los empleados de la Administración Pública Central. Durante los siguientes 40 años, la dinámica de expansión de la cobertura fue lenta, heterogénea y muy ligada al poder de negociación que acumulaban los diferentes segmentos de la fuerza de trabajo. Esto explica que el proceso no siguiera una lógica sistémica sino que fue el fruto de la creación, de manera dispersa y anárquica, de una gran cantidad de cajas previsionales.

Así, se crearon las cajas jubilatarias para los trabajadores ferroviarios (1915); para los empleados de las empresas de servicios públicos de luz, gas, telégrafo, teléfono y tranvías (1921); para los trabajadores bancarios (1922); para los trabajadores de la marina mercante y los trabajadores gráficos y periodistas (1939) y; para empleados de comercio (1944); entre otras. De todas formas, hacia mediados de la década del '40, se estimaba que apenas el 7% de la población activa estaba protegida por los beneficios del sistema previsional (Alonso, 2000; Rofman, 2003; Salomón, 2003).

Desde fines de la década del 40 y durante la década del 50, en el marco del advenimiento y auge del peronismo, se produce una gran expansión del sistema, tendiendo a universalizar su cobertura. Hitos en este proceso son la incorporación de los obreros industriales (1946); los trabajadores rurales, autónomos y profesionales (1954) y; las trabajadoras domésticas (1956). Hacia mediados de los '50 ya estaba cubierta legalmente –no tanto en la práctica– la totalidad de la población activa. En este marco, en el año 1954 se crea el Instituto Nacional de Previsión Social con el objetivo declarado de avanzar hacia la constitución de un sistema, en lugar del heterogéneo y desarticulado esquema compuesto por una gran cantidad de cajas previsionales.

Sin embargo, el impacto más relevante estuvo relacionado con la organización de los mecanismos de financiamiento. Hasta este momento, en general, las cajas previsionales operaban bajo la lógica de la capitalización colectiva. Es decir que el acceso y monto del beneficio estaba directamente relacionado con los aportes realizados durante la vida activa y la edad del retiro. Esto implicaba que los fondos acumulados respaldaban los compromisos futuros asumidos con los aportantes. A mediados de la década del '50, en paralelo con el esfuerzo de unificación de las distintas cajas, comienza a prevalecer la lógica de los sistemas de reparto. Esto no se materializó con un acto explícito sino a través de cambios en el régimen de prestaciones que llevaba a que el sistema se comprometía a pagar beneficios que eran proporcionales al salario en los últimos años de actividad y no una suma derivada de la cantidad de aportes realizados durante toda la vida activa. Las

¹⁰ En 1867 la provincia de Santa Fe sanciona la primera ley jubilaria para los servidores del Estado provincial. Entre 1877 y 1903 se dictan otras leyes para determinados grupos como los miembros de la Corte Suprema y Jueces de la Nación, militares y docentes estatales, todos financiados con rentas generales (FAISS, 2000).

normas definían que los haberes debían ser entre el 70% y 82% del salario, aunque en algunos casos llegaba hasta el 90%.

En este contexto, un hito muy importante en la conformación de las reglas de juego del sistema previsional se comienza a gestar en con la reforma constitucional del año 1957. Entre otras modificaciones se incorpora el Artículo 14 bis que eleva a categoría constitucional una serie de derechos sociales. En concreto, este nuevo artículo estableció que “el Estado otorgará (...) jubilaciones y pensiones móviles”. Se trataba de un precepto general que para ser operativo necesita de una norma de menor rango que defina las formas y modalidades para instrumentarlo.

En cumplimiento de este mandato constitucional, en 1958 se dicta la Ley 14.499 que estableció que el criterio de proporcionalidad entre la jubilación y el salario debía ser del 82% (Alonso, 2000; FAISS, 2000). Este diseño estaba ligado a la holgura financiera que transitoriamente experimentaba el sistema, pero tenía pocas bases de sustentación en una perspectiva de mediano y largo plazo.

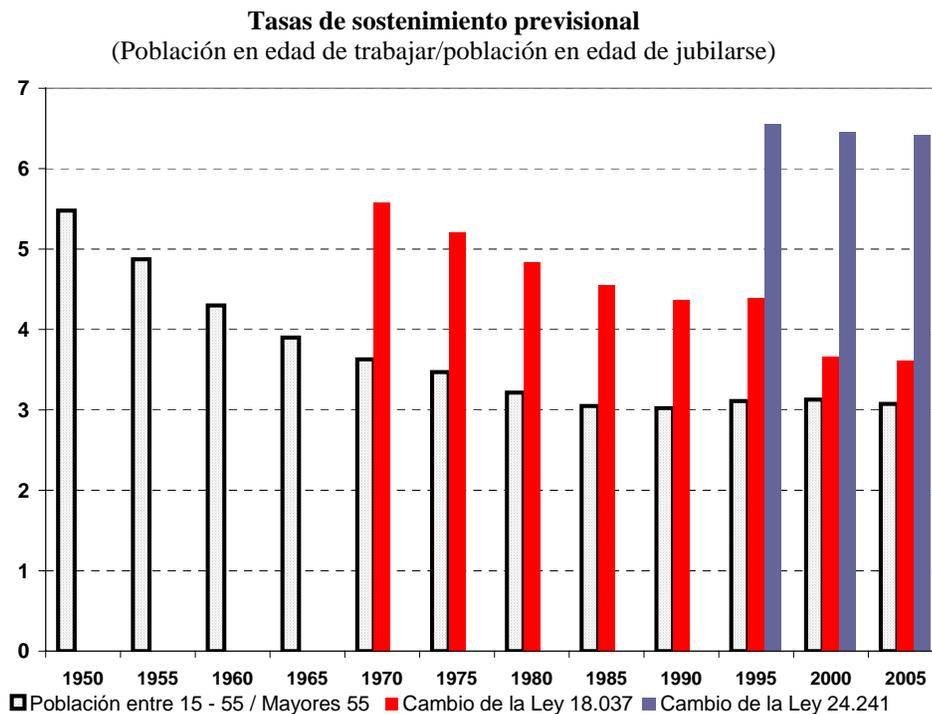
En un principio, el sistema mostraba importantes superávits financieros debido a las altas tasas de sostenimiento prevalecientes. En un marco donde muchos aportaban y casi no había beneficiarios era muy tentador hacer promesas muy generosas. En 1950, la proporción de la población entre 15 y 55 años y la mayor a 55 era de 5,48, es decir, había más de 5 personas en edad activa por cada persona con edad de jubilarse (CELADE, 2004). Más aún, aunque no hay datos disponibles, seguramente la proporción de cotizantes respecto a los jubilados efectivos era mucho mayor dada la juventud del sistema. Se puede afirmar que una de las debilidades del sistema fue que su diseño estuvo más fundado en el oportunismo político que en tener en cuenta las dinámicas demográficas que transitaba el país (ver Recuadro 5).

Recuadro 5. La transición demográfica y el sistema previsional.

En la década del '50, al estar operando una multiplicidad de regímenes, no se aplicaba una edad homogénea para el retiro. De todas formas, en la mayoría de las cajas previsionales estaba fijada en los 55 años. Si se toma esa edad como corte, las estimaciones demográficas indican que la tasa de sostenimiento (definida como la relación entre la población en edad activa con respecto a la en edad pasiva) a comienzos de los '50 era de 5,48. A finales de la década ya había disminuido a 4,30 y cuando se sanciona la Ley 18.037 –que es la que se reforma en la década de los '90– ya se aproximaba a 3,60.

La Ley 18.037 corrige este desfasaje al fijar en 60 años la edad de retiro para los varones y 55 años para el caso de las mujeres, llevando así la tasa de sostenimiento nuevamente al nivel de 5,50. Pero el impacto es efímero ya que el envejecimiento acelerado de la población produce un rápido deterioro. Cuando en la década de los '90 esta ley es sustituida por la Ley 24.241, en la tasa de sostenimiento en el viejo régimen se había reducido a 4,40.

La reforma de los '90 aumenta de manera gradual la edad jubilatoria en 5 años (65 para los varones y 60 para las mujeres). Esto permite recuperar el nivel de la tasa de sostenimiento (en valores próximos al 6,50). Así el sistema recuperó consistencia demográfica aunque no de manera definitiva ya que el proceso de envejecimiento de la población continúa.



Fuente: IDESA en base a datos de la CELADE

A esto se agrega que –bajo la lógica del reparto y con superávits transitorios asociados a que el sistema daba sus primeros pasos en el marco de una situación demográfica favorable– se apeló con intensidad a usar los recursos previsionales para financiar viviendas y otros tipos de gasto público, incluso de carácter corriente. El mecanismo más frecuentemente aplicado era destinar los fondos acumulados a comprar títulos públicos a largo plazo con intereses inferiores a la inflación. Simultáneamente, el nivel de cumplimiento del pago de los aportes por parte de los empleadores era bajo, siendo el Estado un líder en la materia, ya sea no pagando los aportes de sus empleados o abonándolos con títulos públicos depreciados. Hacia 1958, el superávit comienza a desvanecerse y a mediados de la década de los '60 aparecen los primeros déficit que serán crecientes a lo largo del tiempo (Alonso, 2000; FAISS, 2000).

Los déficits crónicos fueron el principal factor motivador de una sucesión de reformas legales. La característica común fue que siempre estuvieron por detrás de los acontecimientos. Prueba de ello, es que más allá de situaciones puntuales se instaló una situación de quebranto financiero sistemático. En este marco, a mediados de la década de los '60, el gobierno se ve en la necesidad de disponer la intangibilidad de los bienes de las cajas jubulatorias. Se trató de apelar a un mecanismo jurídico de emergencia a los fines de evitar que, a través de procesos judiciales, los recursos generales del sistema fueran retenidos por la justicia para ser asignados a las personas que ganaron los juicios reclamando el incumplimiento de las prestaciones fijadas en la legislación. Al atacar los síntomas pero no el problema de fondo (el sistema hacia promesas que no podía cumplir) esta medida de emergencia en realidad fue la primera manifestación concreta de un perverso fenómeno de litigiosidad que se sostendrá hasta el presente.

En 1967 se sancionaron las leyes 18.037 y 18.038. Sus principales cambios fueron que se explicitó la gestión bajo la lógica del reparto puro y se hace un nuevo intento por centralizar el sistema. En tal sentido, se contemplan sólo tres cajas que aglutinan a las que estaban operando: Caja del Estado, Caja de Industria, Comercio y Actividades Civiles, y Caja de Trabajadores Autónomos. Además, se reemplazó el Instituto Nacional de Previsión Social por la Secretaría de Seguridad Social, quien asume las funciones de operar como órgano rector. También se impusieron algunos ajustes paramétricos. La promesa de pagar un haber equivalente al 82% del salario se mantuvo pero con requisitos más restrictivos. En esta línea es que se fijaron 30 años de aportes como mínimo y se aumentó la edad de retiro a 55 y 60 para mujeres y hombres, respectivamente. También se apeló a mejorar la situación financiera a través de la unificación y el incremento de los aportes de los trabajadores y los empleadores

La nueva normativa permitió postergar la crisis pero no aportó soluciones ya que mantuvo los vicios estructurales principales. El sistema operaba con un esquema de beneficios donde el monto de las prestaciones no era función directa del esfuerzo de aportes y, lo que es más grave, se seguían formulando promesas que no se podían cumplir. Los montos y modalidades utilizadas para suministrar los beneficios no eran consistentes con la realidad financiera del sistema, aun cuando se intentara fortalecer los ingresos aumentando los aportes de trabajadores y empresarios. Las falencias de fondo del sistema siguieron latentes y se agudizaron en los años subsiguientes como consecuencia de dinámicas demográficas, económicas y laborales adversa.

El deterioro financiero y la degradación institucional se aceleran por la proliferación de tratos diferenciales a través de la creación de regímenes especiales y la masificación de la litigiosidad. Esto se insinúa con cierta importancia en los '60 pero adquiere una tendencia más aguda en las décadas de los '70 y los '80. Estos fenómenos están estrechamente asociados con la aceleración de la crisis.

Varias normas establecieron para determinados grupos de beneficiarios condiciones de acceso a las prestaciones más favorables que el régimen general. Esto se materializaba, por ejemplo, en edades de retiro más temprana, menores años de servicios, la aplicación de tasas de reemplazo más altas y mecanismos de movilidad más generosos. En la medida que no se consideraban explícitamente las connotaciones financieras de establecer dentro del régimen general caso particulares, el proceso de degradación institucional se fue acelerando. Así aparece la paradoja de que mientras se incumplían masivamente las normas de carácter general, los grupos con mayor capacidad de presión conseguían no solo eludir las consecuencias de la crisis sino conseguir tratamientos mucho más generosos.

En algunos casos, la creación de regímenes diferenciales se justificaba por cubrir a personas que realizan tareas penosas, riesgosas, insalubres o determinantes de vejez prematura. La principal debilidad de estas normas era que, en general, no contemplaban un régimen financiero especial que le diera sustento a estas situaciones atípicas. Sin embargo, el foco más dañino estaba en los regímenes especiales fundados en el carácter público de la actividad desarrollada. Por esta vía se le otorgaron tratamientos preferenciales a funcionarios de altos rangos de los tres poderes del estado (por ejemplo, jueces, ministros, legisladores) Estas jubilaciones siguen vigentes y se las denomina, despectivamente, jubilaciones de "privilegio" (Estudio PEAT 2.1, 2001 y PEAT, 2.2, 2001).

El otro fenómeno, de características totalmente diferentes, pero con similar impacto degradante, fue el de la masificación de la litigiosidad. Frente a promesas que no se cumplían, se generaron las bases para solicitar vía la intervención de la justicia el ajuste de las prestaciones a través del recálculo de los salario base inicial, su posterior movilidad en consonancia con la evolución del salario de actividad del jubilado o la declaración de ilegal en el establecimiento de topes a las prestaciones de mayor monto (ANSES/Banco Mundial, 1999; FAISS, 2000; Felippone, 2000; Estudio PEAT 2.8, 2001; OIT, 2002). La litigiosidad, que había comenzado a manifestarse como un problema estructural en la década del '60, se agudiza en las décadas siguientes potenciado por el ambiente de alta inflación que pasó a ser el principal rasgo del contexto económico argentino.

De esta forma, la promesa constitucional de que las jubilaciones deben ser móviles y la idea instalada en el imaginario colectivo de que este precepto debe ser instrumentado a través de brindar prestaciones equivalente al 82% del salario, conformaron una plataforma a partir de la cual, vía del litigio judicial, la gente buscara incrementar el valor de los haberes previsionales que estaban siendo constantemente deteriorados por la inflación. El problema de la litigiosidad previsional por las promesas no cumplidas fue tan grave que se extiende hasta el presente luego de 10 años de haber sido sustituido el régimen previsional anterior y en un marco de estabilidad económica (ver Recuadro 6).

Recuadro 6. La litigiosidad previsional como consecuencia y causa de la crisis.

Aunque la litigiosidad es anterior a las Leyes 18.037 y 18.038 sancionadas en 1967 –prueba de ello es que ya en 1966 el gobierno tuvo que disponer la intangibilidad de los recursos previsionales como medida de emergencia para evitar que los juicios colapsaran la gestión financiera del sistema– estas dos normas hicieron una contribución relevante para motorizar el fenómeno. Su diseño, aplicado en un contexto de alta inflación, generó los puntos endebles a través de los cuales se filtró la litigiosidad. Un relevamiento sobre los juicios iniciados contra el Estado indica que más del 80% estaban fundados en sólo tres causales: i) la determinación del haber inicial; ii) la aplicación de los índices de indexación; iii) aplicación de topes (ANSES/Banco Mundial, 1999).

No hay datos certeros al respecto, pero entre 1980 y 2001 se tienen registrados en la ANSES más de 100.000 juicios previsionales. Desde 1980 a 1986, que es cuando se dicta la primera suspensión de juicio producto de la crisis previsional que éstos habían causado, se generó el 22% del total de estos litigios. Los juicios no se detuvieron, y entre 1988 y 1991, la litigiosidad representó el 38% de los conflictos judiciales previsionales de los más de 100.000 observados desde 1980. En 1992, año en que se encontraba vigente la Ley de Convertibilidad la cual prohibía la indexación de los valores nominales de la economía, la ola de litigiosidad alcanza su nivel culmine en la historia del sistema previsional argentino: sólo en ese año, se inicia otro 38% del total de juicios previsionales, todos ellos buscando el reajuste de haberes y el consiguiente reconocimiento de retroactividades. En los años 1993 y 1994 la iniciación de nuevos juicios disminuyó casi totalmente.

Sin embargo, muchos de los juicios todavía están pendientes de sentencia definitiva. Aun así hasta el 2001 el Estado había destinado más de 11.000 millones de dólares al pago de los litigios con sentencia (ANSES, 1999). Peor aun, un reciente fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (Itzcovich, Mabel c/ ANSeS s/ reajustes varios) sugiere que la litigiosidad no es un problema residual en vías de extinción sino que mantiene plena vigencia.

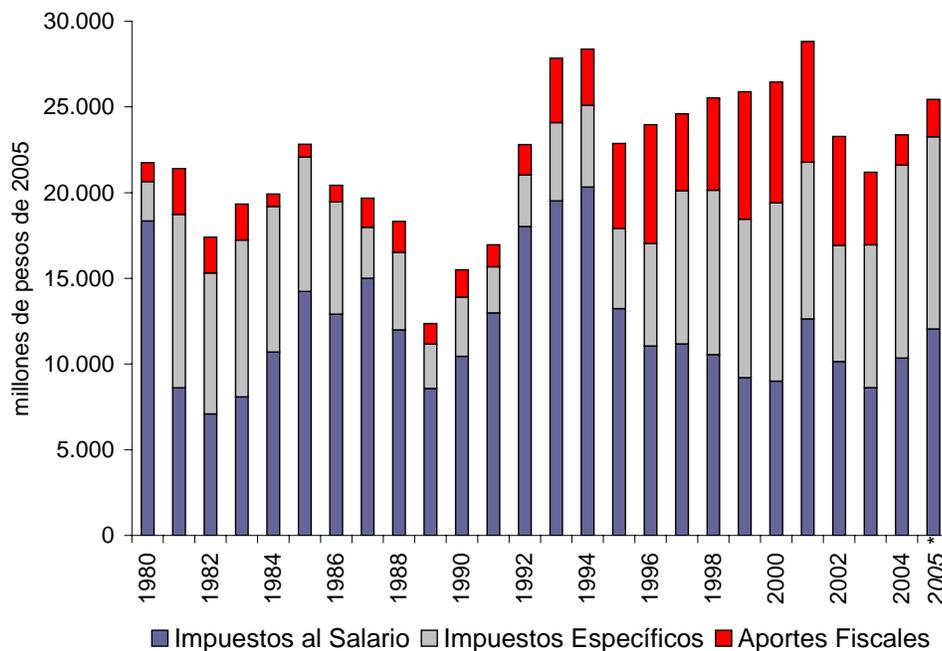
Frente a erogaciones crecientes, el aumento de las imposiciones sobre los salarios fue la receta más aplicada a lo largo de la crisis. La excepción fue la reforma impositiva de comienzos de los '80 cuya lógica fue sustituir los impuestos al trabajo por el Impuesto al Valor Agregado. La idea era reducir un impuesto que discrimina contra la contratación de mano de obra registrada, por otro más neutral desde el punto de vista de la asignación de los recursos. Sin embargo, en el marco de un agravamiento de la crisis financiera la estrategia fue abandonada y rápidamente los aportes y contribuciones volvieron a los valores anteriores a la reforma tributaria. Más aún, se fijaron impuestos específicos sobre el consumo y la producción para reforzar el financiamiento del sistema previsional, los que eran complementados con aportes de recursos desde rentas generales. Esto explica que hacia fines de los '80 poco más de dos tercios del gasto previsional era atendido con impuestos sobre el salario (Recuadro 7). En este contexto, el sistema previsional se había convertido en el principal factor de desestabilización macroeconómica.

Recuadro 7. Nuevas fuentes de recursos para financiar un gasto creciente.

Aunque con vaivenes, la tendencia del gasto previsional antes de la reforma fue creciente. Si bien entre 1980 y 1982 se produce una caída en términos reales, posteriormente se produce un sostenido proceso de aumento. Se observa un primer “pico” del gasto en 1985. Esto derivó en la posterior declaración de emergencia previsional. Si bien las modificaciones introducidas lograron que el gasto disminuya hasta el año 1989, este rápidamente recupera su ritmo ascendente. Como resultado, el año 1994 se produce otro “pico” de gasto que es coincidente con el año de la reforma del sistema.

El gasto creciente fue acompañado de cambios en las fuentes de financiamiento. Ya en 1980 había una participación importante de recursos que no provenían de impuestos al salario. En los años siguientes se observa los efectos de la reforma impositiva orientada a reducir las imposiciones sobre los salarios. Sin embargo, rápidamente se inicia un proceso de aumento en los aportes y contribuciones. En el año de la reforma, los impuestos al salario alcanzan un nuevo pico y luego comienza a perder terreno como consecuencia de que los aportes personales son derivados a las cuentas de capitalización y las contribuciones patronales son reducidas.

Gasto previsional y fuentes de financiamiento
(1980-2005)



Fuente: IDESA en base a Ministerio de Trabajo.

La hiperinflación de fines de los `80 terminó desnudando con crudeza las consecuencias de sostener hasta sus últimas consecuencias un modelo de organización económica inviable y, dentro de ello, la mala organización del sistema previsional. El desorden financiero fue extremo y los haberes fueron licuados por la inflación hasta alcanzar valores extremadamente bajos, explicitando el carácter terminal de la crisis. En esa época se crea,

primero, el Instituto Nacional de Previsión Social (homónimo del organismo fundado en 1954) y, en 1991, es disuelto y sustituido por la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSeS). Así se consolida la unificación administrativa del sistema, aunque se mantuvieron una desordenada multiplicidad de regímenes.

En 1993 se sanciona la ley 24.241 que crea el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP). Su puesta en vigencia efectiva se produce en 1994 e implica el primer cambio estructural que experimenta el sistema a lo largo de su historia. En el Recuadro 8 se presenta de manera esquematizada los principales lineamientos de cómo estaba organizado el sistema en el momento que esta reforma se comienza a instrumentar.

Recuadro 8. La organización del sistema previsional antes de las reformas.

- **Población cubierta.** El sistema cubría a los trabajadores asalariados del sector privado y público nacional y a los trabajadores por cuenta propia. Los estados provinciales, a su vez, administraban un sistema propio para sus empleados públicos y, a través de la delegación en cajas profesionales, al de ciertos grupos de trabajadores profesionales por cuenta propia.
- **Prestaciones.** La legislación definía un esquema de rentas vitalicias antes las contingencias de vejez, incapacidad total y muerte. El monto de las rentas se definía como una proporción del salario en actividad y se contemplaban mecanismos de ajuste para compensar la desvalorización monetaria. Se requería un mínimo de cantidad de años de aporte y, en el caso de vejez, superar un umbral mínimo de edad.
- **Gestión.** La figura prevaleciente era la organización basada en la gestión pública y monopólica del seguro social a cargo de la ANSES y las cajas jubilatorias provinciales. Solo marginalmente operaban para pequeños segmentos de la población seguros administrados por entidades no gubernamentales sin fines de lucro (cajas profesionales), también bajo la modalidad de afiliación obligatoria y monopólica. Los requisitos de acceso, monto de las prestaciones y monto de aportes y contribuciones no eran homogéneos. Además, al no contar el ente gestor con la historia laboral de los trabajadores el requisito de años de aporte operaba parcialmente. Por un lado, se contemplaba un régimen general de aportes y prestaciones definidas, aunque sin consistencia entre ambos. Por otro lado, una gran cantidad de regímenes especiales que fijaban condiciones más ventajosas para determinados segmentos de beneficiarios y donde generalmente la inconsistencia entre aportes y prestaciones definidas eran más grande.
- **Régimen financiero.** Se basa en imposiciones (personales y patronales) calculadas sobre el salario o en la renta presunta en el caso de los trabajadores por cuenta propia. Los impuestos de asignación específica y aportes del Tesoro Nacional fueron ocupando un espacio cada vez más importante a partir de comienzos de la década de los '80.

2.2. La crisis y sus impactos.

El sistema operaba bajo la lógica de un régimen de reparto con prestaciones y contribuciones definidas. Estas condiciones implicaban que el Estado asumía la función de “garante” del contrato intergeneracional. El argumento teórico subyacente es un criterio de equidad distributiva por el cual los trabajadores activos le aseguran a los pasivos un cierto estándar de vida.

La posibilidad de poder cumplir de manera permanente con el contrato depende del diseño del sistema y de las variables del contexto. Algunas de ellas bastante previsibles (como las demográficas) y otras mucho más difíciles de proyectar (como el entorno sociolaboral o la rigurosidad administrativa con la que se gestionará el sistema). Sin perjuicios de ello, el contrato era de muy fácil cumplimiento al inicio del sistema, cuando la relación entre la cantidad de aportantes y beneficiarios es holgada. A medida que el sistema maduraba, esta relación tiende a la normalidad y se comienza a poner a prueba en que medida el sistema está en condiciones de cumplir con el contrato tal como fue originalmente definido.

Hay evidencias de que en el diseño original del sistema previsional argentino ya estaban establecidos los factores que explican su posterior crisis. Aunque se transitó una primera etapa de holgura financiera, rápidamente aparecieron los desequilibrios estructurales. La velocidad con la que se presentó esta transición da una idea de la magnitud de las inconsistencias en el diseño, la imprevisión en relación a las dinámicas demográficas que se proyectaba y la adversidad del contexto macroeconómico y laboral que tuvo que enfrentar. Esto fue potenciado por la deficiente gestión administrativa y la falta de reflejos para instrumentar reformas correctivas que evitaran o morigeraran factores potenciadores de la crisis como, por ejemplo, la litigiosidad o la creación de regímenes especiales.

La manifiesta más visible de la crisis era la incapacidad financiera que tenía el sistema para cumplir con la promesa de otorgar las prestaciones tal como estaban definidas por las normas. Como recurso de última instancia, frecuentemente se apeló a cubrir el déficit con emisión monetaria. Sin embargo, esto en el mejor de los casos permitía cumplir nominalmente con los compromisos pero rápidamente la exacerbación de las presiones inflacionarias terminaba licuando el valor real de las prestaciones. Así se alimentaba un persistente proceso de degradación que tenía asociado fuertes connotaciones negativas desde el punto de vista de la equidad y la eficiencia.

Frente a la insuficiencia de recursos para cumplir con los compromisos, el recorte de prestaciones no se dio de manera homogénea, ni mucho menos con algún criterio de equidad. Muy por el contrario, en la medida que los sectores con mayores capacidades de presión apelaban a la creación de regímenes de privilegio o a los planteos judiciales el impacto de la crisis se concentró en el segmento de beneficiarios en situación más vulnerable. Esto se potenciaba por la aplicación de mecanismos de gestión y control muy débiles.

Hay evidencias puntuales muy claras sobre las irritantes implicancias distributivas que tienen ciertos regímenes especiales, como es el caso del que cubre a los funcionarios de mayor jerarquía en los tres poderes del Estado. Más difícil es una evaluación general de cómo el sistema trata a personas que están en idéntica situación de manera muy diferente. Sin perjuicio de ello, en el Recuadro 9 se presentan indicios de que frente al incumplimiento de los compromisos se desató al interior del sistema una virulenta puja

distributiva. Ella tuvo asociado que los sectores con mayor poder de presión sacaran ventajas y el resto sufriera en toda su intensidad las consecuencias de la crisis.

Recuadro 9. La puja distributiva al interior del sistema previsional

El desorden administrativo y los débiles controles, la litigiosidad y la proliferación de regímenes especiales llevan a que personas en idénticas situaciones tengan tratamientos muy diferentes. Quien gana un juicio o consigue eludir el cumplimiento de los requisitos legales para acceder a un beneficio o quedar amparado por un régimen especial termina en una situación preferencial respecto al resto de los beneficiarios.

Hay razones para suponer que no todos los beneficiarios se encuentran en igualdad de condiciones para acceder a algún tipo de tratamiento preferencial. Para ganar un juicio es necesario contar con conocimientos, iniciativa y recursos y para conseguir que el Congreso apruebe una ley con un tratamiento especial se necesita mucha capacidad de influencia política.

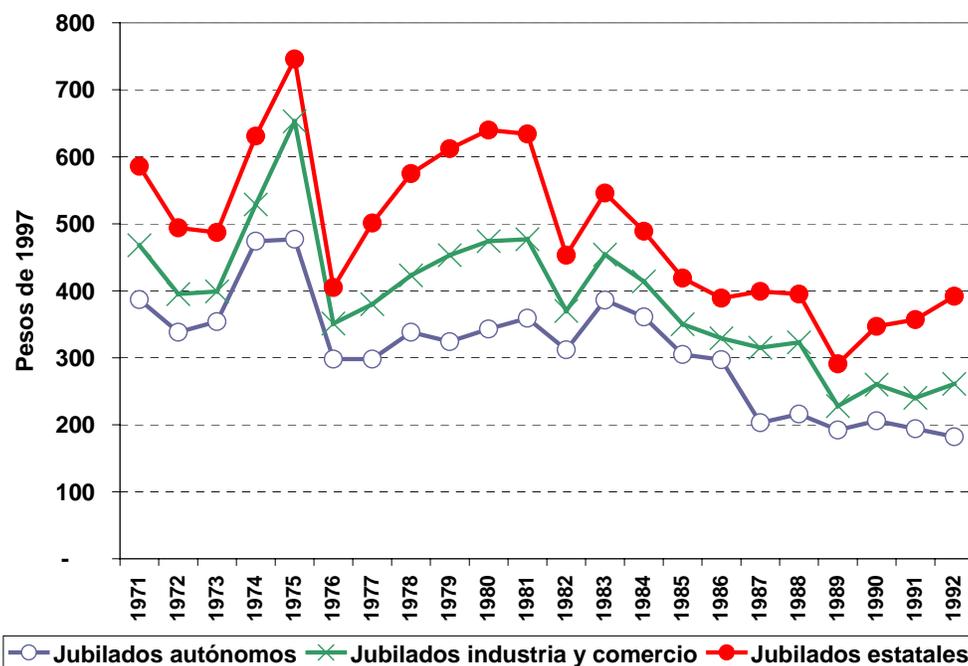
Desgraciadamente, más allá de los casos puntuales, no existe información que permita cuantificar de manera general como determinados segmentos logran posicionarse mejor que otros en el marco de la puja distributiva. Sin perjuicio de ello, analizando el valor real de las prestaciones entre diferentes tipos de beneficiarios se pueden inducir algunas evidencias interesantes. Al pie del recuadro se presenta un gráfico que incluye el valor real de las prestaciones durante el período 1970 y 1992 para los trabajadores autónomos, los asalariados dependientes del sector privado y los empleados públicos.

El grupo de los autónomos constituye un segmento de relativamente baja capacidad de acceso a tratos preferenciales. Los espacios para la litigiosidad son más acotados ya que en muchos casos no contaban con recursos para hacerlo y el monto del haber resulta poco atractivo para los profesionales litigantes. Además al no existir un salario de referencia no se le aplica –de manera directa, al menos– el 82% móvil, de manera que los márgenes para la litigiosidad se concentran en temas de movilidad. Los asalariados del sector privado integran un segmento donde se estableciendo algunos esquemas diferenciales (en general, por la naturaleza penosa, riesgosa o de envejecimiento temprano de las tareas) y donde habría habido mayor ocurrencia de litigios. Haberes más altos hacen más atractivo el juicio y la existencia de un salario en actividad como referencia opera como una base para plantear las controversias judiciales. Por último, el grupo de los empleados públicos las condiciones para litigar son más favorables además de ser un segmento con mayor capacidad de presión política.

Si bien la caída en el nivel real de las prestaciones desde 1970 es bastante generalizada y persistente, no se presenta con igual intensidad en todos los grupos. Los más perjudicados han sido los jubilados autónomos que han visto depreciarse su jubilación en un 50%, desde \$400 a \$200 en moneda de 1997. La pérdida de los asalariados del sector privado ha sido similar, sin embargo, su evolución muestra que en los momentos de crisis inflacionaria, este segmento ha logrado mejorar su situación en comparación con los jubilados autónomos. Este es el caso del período 1976-1981 y 1987-1988 donde logran frenar la caída real de las jubilaciones. En el caso de los jubilados como servidores públicos, la realidad es totalmente otra. Perdieron sólo un tercio del valor real, desde \$600 a \$400 pesos en moneda de 1997, pero lo más destacable es que esta capacidad de obtener mejoras en las prestaciones en el medio de las crisis se observa con más nitidez.

Recuadro 9 (continuación).

Valor real de de las prestaciones por tipo de jubilado
(1971-1992)

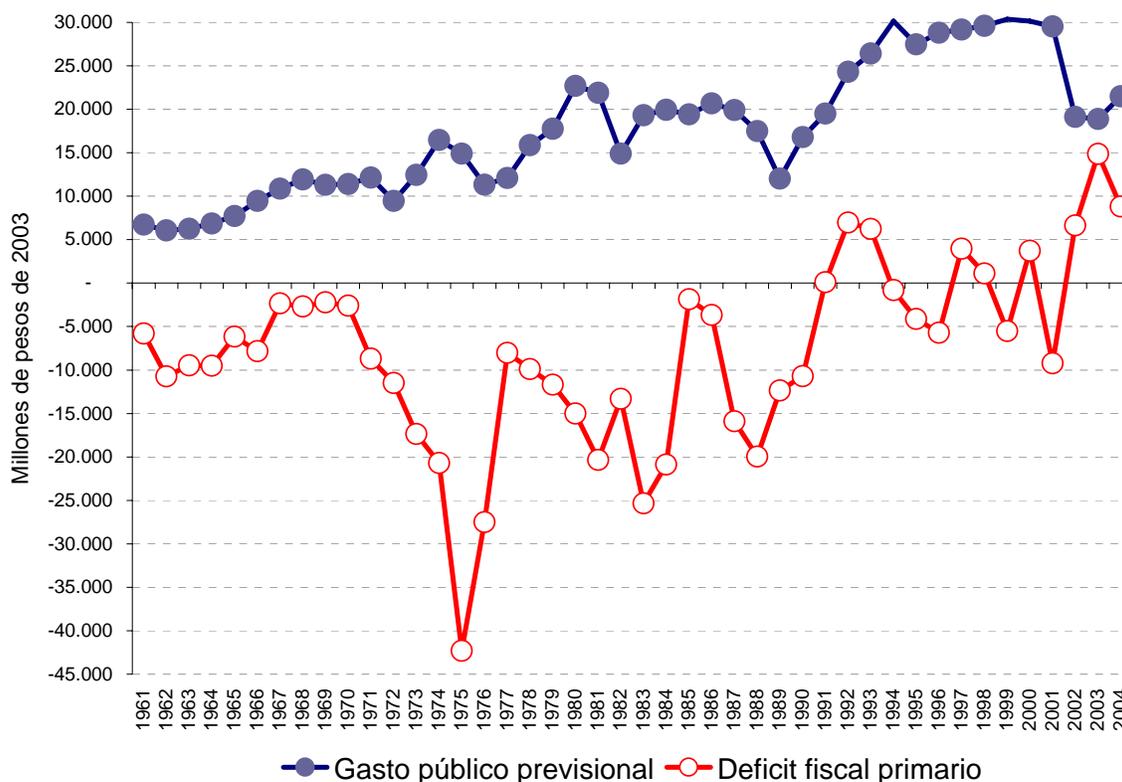


Fuente: Secretaría de Seguridad Social (2004).

La crisis alcanzó la envergadura suficiente como colocar al sistema previsional como uno de los principales factores que determinaban la política fiscal. De hecho, no resulta exagerado asignarle al sistema previsional un papel destacado en la explicación de la inestabilidad macroeconómica que de manera crónica ha sufrido el país. Esto es lo que sugiere el Gráfico 1 donde se observa una cierta asociación entre el creciente gasto previsional y los cada vez mayores déficits fiscales.

El gasto público en jubilaciones y pensiones empieza a crecer de manera sostenida a mediados de la década del '60 y en la década de los '70 pasa a representar una variable macroeconómica de relevancia. Explica de manera casi lineal el comportamiento sostenidamente creciente del déficit fiscal en el periodo 1977 – 1981. Se puede sostener la hipótesis de que fue un condicionante de la política fiscal antiinflacionaria de la década de los '80 (obsérvese que el gasto público previsional fue inflexible a la baja en el momento en que las autoridades económicas aspiraban a imponer mayor control fiscal en 1985-1986). Finalmente, resulta notable que en el marco de la política antiinflacionaria de comienzos de los '90 que logró doblegar la hiperinflación, el gasto público previsional se mantenía aumentando en términos reales exigiendo un enorme esfuerzo de austeridad en otras áreas.

Gráfico 1. Gasto público previsional y déficit fiscal primario (1961 – 2004)



Fuente: Ministerio de Economía (2004)

El gasto público previsional siempre creció en términos reales en períodos de alta inflación, como ocurrió entre 1977 y 1980; 1983 y 1988 y; 1990 y 1992. Sólo disminuía en los picos de las crisis cuando el salto en los índices de precios licuaba el valor de las prestaciones, como en 1975, 1982 y 1989. Los costos sociales de esta dinámica fueron enormes. El gasto previsional creciente generaba descontrol fiscal y monetarios que producía fuertes picos inflacionarios que permitían licuar el gasto en términos reales. Sin embargo, esto era transitorio ya que el gasto rápidamente se recomponía y volvían a aparecer los desequilibrios fiscales que generaban las condiciones para otro pico inflacionario. Así se alimentaba un círculo perverso de degradación.

3. El sistema de seguros de salud.

3.1 Su conformación histórica.

Los antecedentes más remotos del sistema de seguros sociales de salud se encuentran en las mutualidades o sociedades de socorro mutuos que comenzaron a operar a principios de siglo XX. Frente a los problemas que generaba enfrentar individualmente las consecuencias derivadas de la pérdida de salud, aparecen estas organizaciones que, en base a un mecanismo de seguro colectivo, tenía por objetivo mejorar la calidad de vida de las

familias. Estas formas de seguro social surgen espontáneamente, bajo la forma jurídica de asociaciones mutuales en las que el factor aglutinante era la nacionalidad, la actividad laboral o algún elemento ideológico o religioso (Katz y Muñoz, 1988).

Se trató de un fenómeno muy ligado al intenso proceso de inmigración que recibía en esos momentos el país. Por eso su desarrollo estuvo concentrado en las comunidades extranjeras porteñas. Prueba de ello es que se estima que llegaron a cubrir el 6% de la población total del país, pero en Buenos Aires –en donde casi la mitad de la población era extranjera– la proporción se estimaba en el orden del 27%. Las mutualidades más importantes en esa época eran Unione e Benevolenza, Asociación Española de Socorros Mutuos, Asociación Obrera de Socorros Mutuos, Círculo de Obreros Católicos, la de la empresa de Ferrocarriles y las de los frigoríficos extranjeros (Giordano, Colina y Torres , 1997).

Desde la perspectiva de subrayar sus principales características y como fueron condicionando la morfología del sistema de seguros de salud caben considerar tres elementos:

- No fueron organizaciones creadas por el Estado sino iniciativa de sus propios miembros que las constituyeron con el objetivo de darle una respuesta colectiva a la contingencia de pérdida de salud.
- Las mutualidades asumieron con énfasis la concepción de que el desarrollo de prestadores propios era la garantía de cobertura de salud¹¹.
- Al estar financiadas con el esfuerzo de sus asociados –ya que no contaban con aporte estatal– presentaba una fuerte dispersión en la cantidad y calidad de los servicios brindados¹².

Hay varios aspectos del mutualismo que sirvieron de base y condicionaron el nacimiento y desarrollo del sistema de obras sociales. Dentro de ellos ocupan un espacio destacado estos tres principios rectores: el sentido de propiedad colectivo, la concepción de contar con prestadores propios o pagando honorarios profesionales como forma de diferenciarse del asistencialismo estatal y la segmentación en el nivel de los ingresos.

En la década del '40 se abre una nueva etapa en la historia de los seguros sociales en salud cuando el Estado comienza a tomar un rol mucho más activo y protagónico. Un hito muy importante lo marca –como en el caso previsional– el gobierno de Perón. Coherente con la lógica política prevaleciente de la época, se incorporó la concepción de que la cobertura de la salud de los trabajadores y sus familias tenía que estar basada en el financiamiento compulsivo y compartido entre el empleador y el trabajador y que la gestión de los beneficios debía estar a cargo de entes administrados por los sindicatos. Las principales diferencias con relación al sistema mutual es que vía la intervención directa o indirecta del Estado se comienza a modelar un esquema de afiliación y aportación obligatoria a entidades de tipos mutuales pero administrados por los sindicatos de cada actividad.

El proceso de mutación fue bastante gradual. Al principio se destacó la creación de “Direcciones Generales de Asistencia y Previsión Social” como seguros de salud de

¹¹ Al punto que en la década del '20 administraban aproximadamente el 20% de la oferta de infraestructura médica (Giordano, Colina y Torres, 1997).

¹² En otras palabras ya en esa época convivían seguros de salud que contaban con un buen nivel de recursos junto a otras cuya operatoria estaba fuertemente condicionada por la limitaciones financieras.

naturaleza pública destinados a cubrir la atención sanitaria de determinados segmentos de la población. En general, los primeros en acceder fueron los trabajadores del sector público y ramas del sector privado mejor posicionadas, como bancarios, seguros, vidrio y carnes. El siguiente eslabón se dio cuando en la segunda mitad de la década del '50, los sindicatos del resto de los sectores de la actividad económica a través de la negociación colectiva logran establecer aportes compulsivos destinados a financiar la prestación de salud de los trabajadores. Así nacen las primeras obras sociales que en general tendieron a cubrir a actividades que aglutinaban a empresas más diseminadas y de menor nivel de productividad, como comercio, mecánico y textil (Belmartino *et al*, 1991).

Queda explicitado que la génesis del sistema de seguro sociales de salud no se desarrolló bajo la lógica de un esquema de cobertura universal y homogénea. Muy por el contrario, su nacimiento estuvo condicionado por un proceso gradual de creación sucesiva de Direcciones Generales y de aportes establecidos en convenios colectivos de trabajo en la negociación sindicatos-empleadores. Los seguros de salud se fueron creando a medida que se establecían mecanismos de cobertura para grupos de trabajadores aglutinados según rama de actividad. No se dictó una “ley marco” que creaba un sistema propiamente dicho y delimitara su naturaleza, funcionamiento y estructura. Por el contrario, se trató de una sucesión de normas especiales para cada rama de actividad, cuyo contenido era fuertemente influido por la relación entre el gobierno y el sindicato en cuestión, donde se establecía la obligación de todas las empresas y trabajadores (estuvieran o no afiliados al sindicato) con destino al financiamiento de servicios de salud.

Aunque las mutualidades son un antecedente importante, la intervención estatal va modelando un esquema organizativo diferente al vigente hasta el momento. Los rasgos más importantes de esta nueva configuración es que a través de leyes o convenios colectivos se imponen la afiliación y el aporte compulsivo, tanto para los empleados como para los empleadores, al seguro de salud correspondiente a la rama de actividad.

En los años sesenta el sistema de obras sociales ya se había extendido, al menos en el plano formal, a toda la fuerza laboral asalariada y administraba una importante masa de recursos económicos. Esto permitió financiar una estrategia de diferenciación respecto a las prestaciones brindadas por el Estado a través de desarrollar servicios propios o la contratación de prestadores médicos privados (FEMEBA, 1992; Belmartino, 1987). El impacto sobre la conformación del sector médico en Argentina fue muy relevante. Sin la masa de recursos que manejaban los sindicatos, no hubiese sido posible para la mayoría de los trabajadores en actividad acceder a la atención médica privada. Sin la accesibilidad de este estrato poblacional el segmento de los prestadores médicos privados no hubiese experimentado el importante crecimiento verificado (Giordano, Colina y Torres, 1997).

En esta época cobra relevancia el rol de las corporaciones médicas como intermediadoras en la contratación entre las obras sociales y los prestadores privados. De esta manera, se impuso la concepción médica de la libertad de elección del prestador y de la no interferencia en la relación médico-paciente, junto con la reivindicación del trabajo bien remunerado y para todos los médicos. Esto generó presiones por recursos adicionales y un crecimiento desordenado del sector prestador en términos de tamaño y perfil tecnológico (FEMEBA, 1992; Belmartino *et al*, 1991; Giordano, Colina y Torres, 1997).

En 1970, con la sanción de la Ley 18.610, se fija el primer marco legal del sistema de obras sociales. Hasta aquel momento, los seguros de salud se habían desarrollado sin ninguna regulación general y homogénea. Esta ley nace de un acuerdo corporativo entre el gobierno militar –liderado por el presidente de facto Juan Carlos Onganía– y parte del sindicalismo –liderado por Augusto Vandor–. La concepción subyacente en esta norma era que el Estado delegaba en los sindicatos la responsabilidad de suministrar la atención de medicina de los trabajadores y sus familiares a través de seguros sociales que aglutinaban a trabajadores de una misma rama de actividad. En teoría, la ley aspiraba a organizar de una manera general y bajo reglas comunes los seguros de salud, procurando modelar bajo la lógica de un sistema el esquema que se había ido formando de manera aluvional desde la década de los '40.

La norma hizo algunos aportes orientados hacia la conformación de un sistema, por ejemplo, tender a homogenizar las alícuotas de los aportes personales y contribuciones patronales. Sin embargo, su principal impacto fue consolidar y convalidar desde el punto de vista legal las formas y modalidades que hasta entonces caracterizaban su funcionamiento. Esto es la organización de la cobertura de salud en torno al concepto de obra social actuando de manera monopólica, con agrupamiento de trabajadores según rama de actividad, financiamiento compulsivo a cargo del trabajador y del empleador, gestión sindical y una definición ambigua de las prestaciones médicas. Esto implicó mantener las principales inconsistencias prevalecientes, lo que fue agravado por un ente estatal de control que mezclaba funciones de regulación, control y financiamiento (ver Recuadro 10).

Recuadro 10. Un acuerdo corporativo como base para el primer marco legal del sistema de obras sociales.

En materia de prestaciones la Ley 18.610 no estableció una definición precisa de los servicios cubiertos, los alcances, las condiciones de accesibilidad y los parámetros de calidad. Esto que resulta poco coherente con la idea de crear un sistema de cobertura universal tenía consistencia con un régimen organizativo y financiero que contemplaba enormes disparidades entre las diferentes obras sociales.

En materia de financiamiento se avanzó hacia alícuotas más homogéneas para los aportes y contribuciones. Esto implicó un avance frente al complejo y arbitrario esquema que surgía de los regímenes financieros diferentes que cada convenio colectivo fijaba para su rama de actividad. Las contribuciones a cargo del empleador fueran fijadas en el 2% de la remuneración del trabajador y en el 1% el aporte a cargo del trabajador. A esto se le adicionaba un 1% de aporte si el trabajador incorporaba a la cobertura las personas integrantes del grupo familiar. De todas formas, estos porcentajes eran fijados como piso, es decir que podían ser sustituidos por otros mayores negociados convencionalmente.

Recociendo las enormes disparidades de recursos que generaba el financiamiento basado en imposiciones sobre los salarios, un elemento original es que se estableció un fondo destinado a financiar subsidios. Se conformaba con los aportes del trabajador y del empleador, correspondientes al sueldo anual complementario. Su finalidad era el otorgamiento de ayudas y préstamos a las obras sociales de menor nivel de ingreso. En este esquema de redistribución de ingresos subyacía la idea de que el destinatario era la obra social y no las personas.

Se reguló sobre la naturaleza jurídica de las obras sociales sin innovar respecto a la situación prevaleciente. En este aspecto, la ley se limitó a contemplar las formas jurídicas que las obras sociales tenían hasta ese momento: obras sociales sindicales, de administración del Estado, de organismos descentralizados, de empresas del Estado y de administración mixta. Las sindicales estarían conducidas sólo por las respectivas asociaciones sindicales signatarias de los convenios colectivos de trabajo; el resto, de manera compartida entre miembros del Estado y del sindicato signatario del convenio colectivo de la actividad respectiva.

Se creó el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), precedente de la actual Superintendencia de Servicios de Salud. Por un lado, tenía la función de operar como ente regulador, es decir fijar normas, controlar su cumplimiento y aplicar sanciones. Adicionalmente, tenía como función la distribución del fondo de subsidios.

En lo que hace al funcionamiento general del sistema, el punto más importante es el que estableció que los aportes y contribuciones debían realizarse a nombre de la obra social que pertenezca al sindicato signatario del convenio colectivo de la actividad del trabajador. En otros términos, esta ley estableció la cautividad de los miembros de cada obra social, cristalizando así el esquema adoptado en su nacimiento.

A mediados de 1972 se sancionó la Ley 19.774 modificando la Ley 18.610 a fin de incorporar un grupo especial de obras sociales, las denominadas de personal de dirección. Se estipuló que el personal de dirección de las empresas, tales como los directores, gerentes, subgerentes, contadores y jefes superiores, quedaba facultado para constituir su propia obra social. Así se consolida un esquema fuertemente segmentado desde el punto de vista de los ingresos.

La ley tendió a formalizar desde el punto de vista jurídico la situación prevaleciente en la práctica. Fue más funcional a un acuerdo de tipo político corporativo que a resolver los problemas que de manera acelerada se venía acumulando. El régimen financiero contemplado, si bien era un avance parcial hacia reglas más homogéneas, no tenía capacidad para rectificar la tendencia a sostener situaciones financieras deficitarias y muy profundas segmentaciones (obras sociales “ricas” con ingresos altos y obras sociales “pobres” con escasas posibilidades de brindar servicios razonables).

La creación de las obras sociales de personal de dirección consolida la segmentación. En cierta medida, se trata de un proceso que guarda analogías con la creación de regímenes previsionales especiales. Si bien no encuadran en lo que se podría denominar un régimen de “privilegio”, es una manifestación de cómo algunos sectores con capacidad de influencia política logran salir del régimen general y así eludir sus consecuencias más negativas.

Las inconsistencias financieras son coherentes con una definición imprecisa de las prestaciones que garantizaba la seguridad social. Las normas apelan a una formulación ambigua que señalaba que las obras sociales debían suministrar todos los servicios que las personas necesitaban. En paralelo, se generaban los incentivos para inducir creciente sobreoferta médica por el desarrollo de servicios propios y contratación de servicios privados sin coordinación con el desarrollo de la red pública.

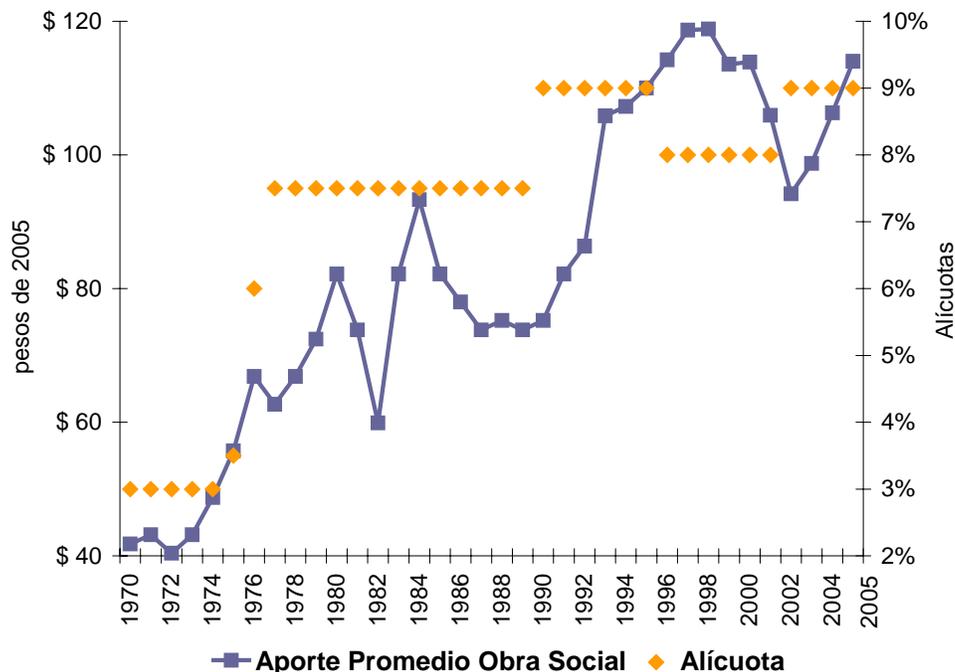
El INOS como ente rector no tenía ni los intereses ni la posibilidad de corregir una estructura de incentivos que estimulaba la dilapidación de recursos. Más allá de las definiciones formales, la función de distribuir subsidios desplazaba a al resto de las obligaciones que le imponía la ley. Asignar recursos en un ambiente de alta discrecionalidad degeneró, como era previsible, en un ámbito donde se dirimían pujas por captar fondos adicionales. En este marco, aparecían en un segundo orden de prioridades aspectos de regulación y control.

Esta lógica de funcionamiento es consistente con pocas acciones orientadas a evitar la profundización de los problemas sanitarios. Más aun, como ocurría contemporáneamente en el sistema previsional, se aspiraba a resolver los desajustes apelando a incrementos en las cotizaciones obligatorias. Esto explica que los aportes se multiplicaran por tres. Del 3% de la nómina originalmente fijado en 1970, pasó a un nivel de imposiciones del 6,5% en 1975 y rápidamente llegó al actual nivel del 9%. Así que explicitada la vertiginosa dinámica con la que se presentó la carrera por compensar problemas de gestión a través de aumentos en las imposiciones sobre los salarios (Recuadro 11).

Recuadro 11. El aumento de alícuotas más que compenso la caída de los salarios.

Las imposiciones destinadas a financiar los seguros sociales de salud fueron aumentadas en varias ocasiones. Esto explica que, aun bajo el contexto de decadencia económica bajo el que operó el sistema, la disponibilidad de recursos no se deterioró. En otras palabras, el aumento de alícuotas más que compenso la caída en los salarios reales. El gráfico ilustra como se presentó este fenómeno a los largo del tiempo.

Aporte promedio teórico y alícuota para el sistema de obras sociales nacionales (1970 - 2005)



Fuente: Giordano, O. Colina, J. Torres, A. (1997).

Se pueden distinguir varias etapas. La primera comprende la primera mitad de la década de los '70 caracterizada por un relativamente bajo nivel de carga impositiva sobre el salario (3% de alícuota) y, en consecuencia, un nivel de financiamiento acotado. La segunda comprende la segunda mitad de la década de los '70 y toda la década de los 80 y se caracteriza por un vertiginoso aumento en la presión impositiva sobre el salario (la alícuota más que se duplicó pasando del 3% al 7,5%). Luego, con la reforma del año 1989 las obras sociales consiguen otro aumento hasta llegar al 9% de la nómina. Este porcentaje rige hasta la actualidad ya que la reducción de un punto en la contribución patronal aplicada a mediados de los 90 fue revertida en el marco de la crisis del 2002. El aumento de alícuotas muestra la exitosa capacidad de gestión política que tuvo el sindicalismo, al punto que aun cuando el contexto fue de inestabilidad, estancamiento y disminución de los salarios, la tendencia en los ingresos de las obras sociales fue ascendente.

El gobierno militar que tomó el poder en 1976 sancionó en 1980 un nuevo ordenamiento legal (la Ley 22.269). Como había ocurrido con la ley anterior, las cuestiones de tipo político corporativo desplazaron a las de tipo sanitario. Esto explica que en materia de gestión la ley no introdujo cambios importantes. En realidad, el principal objetivo subyacente en la norma –que estaba a tono con el contexto político imperante–, fue institucionalizar el desplazamiento que en los hechos se había producido en la conducción de las obras sociales. En esta línea, se estableció que el patrimonio de las obras sociales tendría naturaleza autónoma, en contraposición con la interpretación de los sindicatos que consideraban que ello no podía ser así desde el momento en que dichos recursos habían sido conseguidos a través de negociaciones colectivas de trabajo. Se dispuso también que las obras sociales debían tener individualidad jurídica, en contraposición al encuadramiento previo en el que las obras sociales tenían individualidad financiera, contable y administrativa, pero no jurídica. Se estableció que las autoridades de las obras sociales serían nombradas por el INOS, cuando antes eran nombradas por el sindicato, quién a su vez no sólo sería el ente regulador sino que sería el ente de conducción del sistema. Por último, consistente con lo anterior, la ley ordenó que se confiscaran a los sindicatos aquellos bienes en su poder que se destinados a prestaciones médicas.

Al no cambiar las reglas de juego, las tendencias en materia de gestión financiera y resultados sanitarios no tuvieron alteraciones importantes. Probablemente el efecto más claro que tuvo esta mayor intervención del Estado en la gestión del las obras sociales fue legitimar la socialización de las pérdidas. En efecto, los gobiernos democráticos que siguieron al gobierno de facto, terminarían por asumir las deudas acumuladas durante el periodo en el cual las obras sociales fueron gestionadas por interventores designados por del Estado (Giordano, Colina y Torres, 1997).

En 1984 se inicia el proceso denominando de “normalización” del sistema de obras sociales. En realidad, restablecido un ambiente político democrático, se desencadenó una pugna con aristas muy conflictivas. Mientras que los sindicatos presionaban por retornar al viejo esquema de organización que los colocaba como actores principales en la gestión del sistema, el partido gobernante planteaba criterios diferentes. Estos se explicitaron en los proyectos tendientes a sancionar una ley de ordenamiento de las asociaciones sindicales y otro que contemplaba la creación de un seguro nacional de salud. La eficacia de la presión política ejercida por los sindicatos llevó a que ambos fueran rechazados por el Congreso. Luego de un prologado y desgastante proceso, finalmente se sancionaron en 1989 las Leyes 23.660 y 23.661 actualmente vigentes.

Coherente con los intereses de los sindicatos, estas normas, más allá de los matices, respectaron el esquema de organización tradicional. El aspecto más importante es que mantuvieron la afiliación obligatoria a entidades administradas por los sindicatos y consiguieron un nuevo aumento en las imposiciones sobre los salarios. En el Recuadro 12 se describe de una manera esquematizada la organización del sistema vigente a comienzos de los '90 y sobre la que operaron las reformas.

Recuadro 12. La organización de las obras sociales antes de las reformas.

- Población cubierta. Los trabajadores asalariados del sector privado y público nacional, y los jubilados y pensionados (que aportaron durante su vida activa como asalariados o cuentapropista). La afiliación del titular implica la automática incorporación al seguro social de sus familiares directos. Las provincias, por su parte, conformaron obras sociales propias de naturaleza estatal para sus empleados públicos en actividad y jubilados.
- Prestaciones. Atención médica y farmacéutica definida de manera bastante genérica, es decir, sin explicitar taxativamente los límites, las condiciones de acceso o algunos parámetros de calidad. Las prestaciones monetarias por los días caídos están a cargo del empleador según disposiciones de la legislación laboral.
- Gestión. A cargo de entidades estatales y no gubernamentales sin fines de lucro (obras sociales). Operaban unas 250 obra sociales que cubrían cautivamente a diferentes segmentos de los beneficiarios agrupados según su rama de actividad.
- Régimen financiero. Se basa en imposiciones del trabajador y el empleador calculadas sobre el salario. Con un esquema de afiliación coercitiva a la obra social de la actividad, los recursos per capita de cada obra social variaban en función del salario promedio de la actividad. Una fracción de los ingresos de las obras sociales eran destinado a un fondo de redistribución.

3.2. La crisis y sus impactos.

La organización del sistema de obras sociales se fue modelando en función de la configuración del modelo sindical, es decir que las consideraciones políticas prevalecieron sobre las sanitarias. Esto explica que la gestión fue delegada a una gran cantidad de entidades gestionadas por los sindicatos y a las que compulsivamente los trabajadores, agrupados según rama de actividad, debían derivar sus aportes. Como las disparidades sectoriales en los niveles de salarios son muy altas, desde el punto de vista financiero, esta organización implica ingresos de niveles muy heterogéneos entre las obras sociales. Coherente con este régimen financiero, se definieron prestaciones con límites difusos o inexistentes. La principal consecuencia es que la atención sanitaria estuvo signada por el conflicto entre expectativas de un acceso ilimitado, derivado de promesas amplias pero ambiguas, y una realidad muy alejada de estas aspiraciones ya que el suministro de prestaciones, como es previsible, está condicionado por los patrones de gestión y las restricciones que imponen los recursos disponibles.

En términos de gestión, las entidades no tenían incentivos a administrar eficientemente los recursos de manera de maximizar la cantidad y calidad de los servicios. Independientemente del uso que se le diera a los recursos, los aportes y contribuciones obligatoriamente eran depositados todos los meses por los empleadores a nombre de la obra social administrada por la entidad gremial del sector o rama de actividad. Esta estructura de incentivos no era ni podía ser modificada por las intervenciones del ente de supervisión. Mas aun, si se tiene en cuenta que en su ámbito se desenvolvía la puja por captar los subsidios asignados en función de criterios discrecionales.

Los problemas que se presentaban guardaban ciertas analogías con los del sistema de riesgos del trabajo y previsional. Por un lado, las normas prometían servicios y prestaciones que generaban elevadas expectativas. Por el otro, las mismas normas contemplaban un régimen financiero y reglas de juego inconsistente con los objetivos prestacionales comprometidos. El resultado fue una profunda crisis donde se combinan expectativas frustradas, inequidades irritantes y derroche de recursos. Estas tensiones son las que justificaron y motorizaron las reformas.

En términos financieros, el sistema operaba bajo una profunda inconsistencia entre la expectativa de una prestación ilimitada o al menos muy razonable y un financiamiento acotado y muy heterogéneo entre entidades. Tal como estaba diseñado el sistema, los recursos disponibles para cada obra social dependen del salario de la actividad, que es una variable determinada por la productividad de los puestos de trabajo prevalecientes en el sector. Los recursos generados a través de estas reglas de financiamiento coinciden sólo por casualidad con los costos que se requieren para cubrir los servicios de atención médica de la población afiliada en función de la rama de actividad.

Estimaciones realizadas tomando como base datos del año 1996, época en la que se introdujeron las reformas, permiten cuantificar la relevancia del problema. El ingreso por trabajador del sistema de obras sociales era en ese momento de \$61. Dividiendo este aporte medio por el tamaño promedio del grupo familiar (dado que la cobertura de salud es extensiva al grupo familiar) se llega a una capita del orden de los \$28 por mes. Sin embargo, la dispersión en relación a al ingreso medio por trabajador era enorme. En determinados segmentos de la población prevalecían salarios más bajos junto con niveles de morosidad y rotación mas elevados. Esto frecuentemente esta correlacionado con grupos familiares más grandes lo que explica que, mientras que la capita media era de \$28 por mes, existían en un extremo obras sociales con capitas inferiores a los \$15 (por ejemplo trabajadores de la construcción o rurales) y en el otro extremo, obras sociales con \$90 de ingreso per capita mensual.

El Fondo Solidario de Redistribución (FSR) no alteraba significativamente este patrón distributivo. En parte, porque la magnitud de los recursos era insuficiente como para tener un impacto relevante en términos de corregir o al menos morigerar las enormes brechas de ingresos. El otro factor que explica los mediocres resultados alcanzados son los criterios aplicados para la asignación de estos recursos. Aunque la norma sugería que los recursos del FSR debían ser destinados prioritariamente a las obras sociales con ingresos más bajos, en la práctica la asignación estuvo direccionada en función de la puja entre sindicatos.

El Cuadro 2 muestra los resultados financieros derivados de la aplicación de criterios discrecionales en la gestión del FSR. Las obras sociales de ingresos más altos demostraron tener mayor capacidad política para captar una mayor proporción de los recursos, en desmedro de las instituciones más pobres. En lugar de morigerar las profundas diferencias de ingresos per capita asociadas a un régimen financiero que aglutinaba la población en función de la rama de actividad, con este tipo de estilo de administración, el FSR convalidaba y profundizaba una situación en la que convivían obras sociales con carteras “pobres” (con serias restricciones financieras como para proveer un paquete de prestaciones básicas) y obras sociales con carteras “ricas” (con signos de excesos en la disponibilidad de recursos).

Cuadro 2. Dispersión de recursos per capita con y sin compensación del FSR
(promedio 1996)

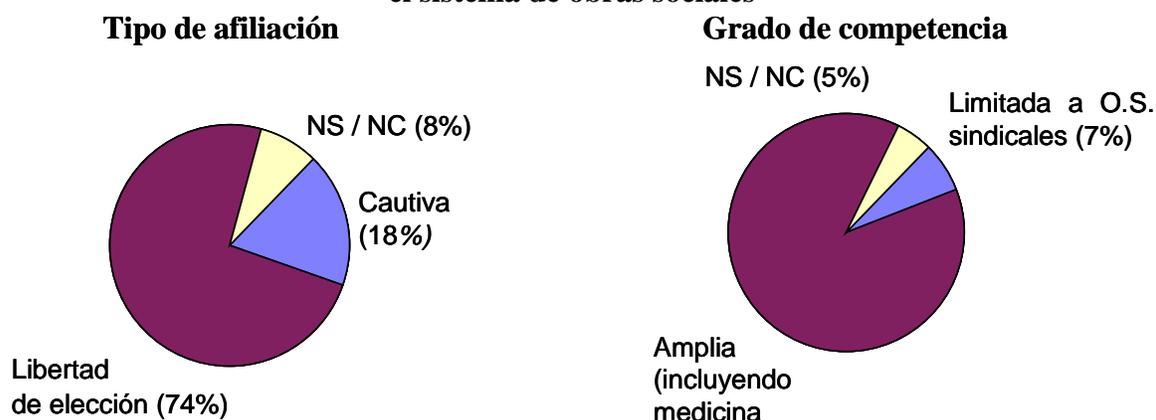
Banda de ingreso	Media de la recaudación por beneficiario	Media de los Subsidios por beneficiario	Ingreso total por beneficiario
menor a \$12	7\$	2\$	10\$
entre 12\$ - 25\$	19\$	1\$	20\$
entre 25\$ - 50\$	37\$	4\$	41\$
mayor a 50\$	66\$	3\$	69\$

Fuente: Giordano, Colina y Torres (1997)

La cautividad de la afiliación hacia sostenible, por un lado, la operación de obras sociales con recursos claramente insuficientes frente a los costos de un paquete de prestaciones básico. Por el otro, tampoco garantizaba razonables niveles de prestaciones entre las obras sociales que contaban con financiamiento adecuado. En la medida que los aportes eran compulsivos no existía la necesidad ni los incentivos de suministrar razonables niveles de prestaciones a los afiliados.

Esto quedó reflejado, por ejemplo, en una encuesta realizada a mediados de 1996 en Capital Federal y Gran Buenos Aires. En ella aparece con claridad el elevado nivel de concientización que la población tenía sobre los servicios deficientes y la necesidad y orientación de la reforma. El 74% de los encuestados consideraba pertinente flexibilizar la cautividad estableciendo la libertad de elección (Gráfico 2). Más aún, de ese total el 88% sostenía que la competencia debía ser amplia, es decir, permitiendo la incorporación de nuevos operadores, distintos a las obras sociales existentes, que compitieran con las obras sociales sindicales.

Gráfico 2. Opinión pública sobre la libertad de elección y el grado de competencia en el sistema de obras sociales



Fuente: Estudio Mora y Araujo, Noguera y Asociados (1997).

Ambos indicadores, tomados en forma combinada, permiten afirmar que aproximadamente 6 de cada 10 personas manifestaban muy poco satisfechas con el funcionamiento del sistema de obras sociales. Esto los llevaba a opinar que deseaban disponer de la facultad de

poder elegir el seguro de salud no solo entre las obras sociales sindicales, sino también entre otro tipo de prestadores.

Consistente con esta opinión se daba el hecho de que la gente debía incurrir en gasto de bolsillo elevados. En el cuadro 3 se presenta el resultado de una encuesta realizada por el INDEC (1997) para estimar el gasto de bolsillo de los hogares del Gran Buenos Aires clasificados según estrato de ingresos. Se computa el gasto en que las familias incurren por encima del gasto de la seguridad social, es decir, primas a seguros privados, copagos y pagos directos a los prestadores. Si bien son conocidas las limitaciones metodológicas y empíricas que sufren este tipo de estimaciones –por ejemplo, al ser un promedio de toda la población y no sólo los asalariados afiliados al régimen de obra sociales diluye la exactitud respecto al verdadero significado de la información– son datos consistente con las indagaciones que señalaban una opinión negativa de la población en relación al funcionamiento de las obras sociales.

Según el Cuadro 3, el gasto global de bolsillo rondaría el 8% del ingreso familiar. Los órdenes de magnitud son muy importantes, sobre todo teniendo en cuenta que esto es adicional al aporte compulsivo que se realizaba a través de imposiciones sobre los salarios y de impuestos generales destinados al financiamiento de los hospitales públicos y el resto de la política sanitaria impulsada por el Estado. Analizado desde la perspectiva de la población desagregada según estrato de ingresos, la cantidad de recursos destinados a salud medida en valores absolutos aumenta con el nivel de ingreso. Las personas, en marco de elevada disconformidad, aumentan sus gastos a medida que sus mayores niveles de ingresos se lo permiten. Sin embargo, en términos proporcionales, el mayor sacrificio lo realizan los hogares más pobres. Resulta muy relevante desde el punto de vista de la equidad, la alta presión que ejercen los gastos de salud en los presupuestos de las familias más pobres, al punto de absorber más del 10% de sus ingresos.

Cuadro 3. Gasto de bolsillo en salud de los hogares

	Porcentaje destinado a salud (1)	Ingreso medio (2)	Gasto en salud
Estrato bajo	10,2 %	\$ 309	\$ 31
Estrato medio bajo	9,5 %	\$ 711	\$ 65
Estrato medio	6,7 %	\$ 1.197	\$ 80
Estrato alto	6,5 %	\$ 2.697	\$ 175

Nota: Los estratos se conformaron agrupando los deciles 1,2,3 para el estrato bajo, 4,5,6, para el medio bajo, 7,8 para el medio y 9,10 para el alto.

Fuente: (1) “Exploraciones sobre las bases sociales del gasto en salud” -PRONATASS- 1994.

(2) “Encuesta Permanente de Hogares” INDEC. 1997.

El punto mas irritante era que mientras se ponían límites al acceso y calidad de los servicios al amparo de la cautividad, una proporción importante de recursos era destinado a gastos burocráticos, financiamiento de actividades políticas o directamente la corrupción. En relación a lo primero, la manifestación mas objetiva era la presencia de obras sociales en las que la cantidad de afiliados no llegaba a justificar los gastos fijos que implicaba la estructura administrativa. También era frecuente, incluso en obras sociales de tamaño grande, el sobre dimensionamiento de su estructura de personal. Esto quedó reflejado en la importante cantidad de recursos que se destinaban desde el FSR a financiar planes de

reconversión de obras sociales en crisis que incluían como ítem importante el despido de empleados. El desvío de fondos a otro tipo de finalidades, incluso la corrupción, es mucho más difícil de verificar, aunque las frecuentes denuncias se basaban en fundadas sospechas (Recuadro 13).

Sin perjuicio de ello, estas distorsiones no derivaron en litigiosidad, como en los sistemas de riesgos laborales y previsional. Además de factores políticos, legales y culturales, en gran parte esto se explica porque el sistema público de salud gratuito y universal permite a la gente recurrir allí cuando la obra social no tiene una respuesta adecuada. Gracias a este mecanismo, el esquema no derivaba en las inequidades propias de la litigiosidad masiva (el que litiga consigue un trato más favorable que el que asume una actitud más pasiva).

Recuadro 13. La ausencia de transparencia en el uso de los fondos de las obras sociales

Es conocida la perversa y poco transparente relación que con mucha frecuencia se establece entre las obras sociales, las “administradoras de prestaciones” y los prestadores médicos. Las “administradoras de prestaciones” operan generalmente como entidades informales cuya función es asumir el riesgo epidemiológico de la población de una obra social a cambio del pago de una capita. La secuencia de distorsiones arranca con un valor de la capita manifiestamente insuficiente. Obras sociales cuyos ingresos per capita en el momento de la reforma era inferiores a los \$30 firmaban contratos con las “administradoras de prestaciones” en el rango de entre \$7 y \$17. Por esta vía las obras sociales tenía un canal para delegar el riesgo de su cartera por un monto inferior a su ingreso per capita y aseguraban así un margen de los recursos para fines ajenos a la salud, como el mantenimiento de las estructuras burocráticas o directamente la desviación de fondos para intereses personales.

Por su parte, la cautividad de la población permitía a las “administradoras de prestaciones” ajustar sus costos a través de la reducción y la precarización de la cobertura. Algunas “administradoras” nacieron de la iniciativa de los prestadores médicos que históricamente trabajaron con las obras sociales y que, ante las recurrentes dificultades de pago, conformaron esta solución por la cual al menos conseguían un flujo mensual menos intermitente e incierto que el que obtenían a través del pago por prestaciones. También existía sospecha de que algunas administradoras eran creadas por los propios administradores de las obras sociales para facilitar el desvío en el uso de los recursos.

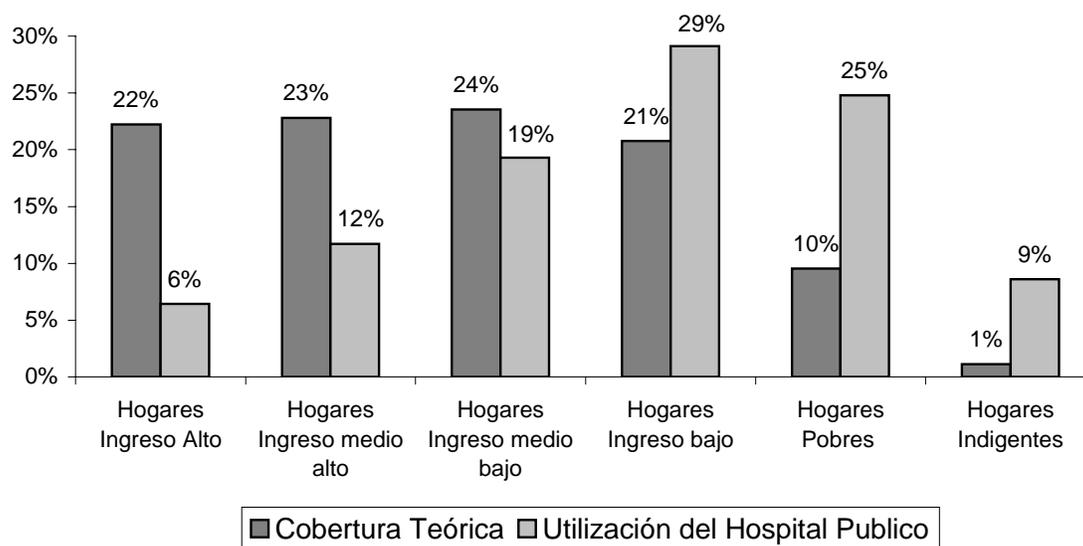
Por último, otro indicio que confirma los déficits de cobertura que sufrían los afiliados al sistema de obra sociales surge al considerar el grado de intensidad con la que estas personas acudían a los hospitales públicos. Al operar la red administrada por el Estado bajo la lógica de no imponer restricciones formales de acceso (los hospitales son de acceso libre y gratuito), en la práctica los hospitales públicos operan como prestador de última instancia para las demandas de personas insatisfechas con su seguro de salud. Se trata de una perversa articulación que contempla el sistema de salud a través de la cual con fondos provenientes de rentas generales teóricamente destinados a proteger a personas carenciadas se brindan prestaciones a gente que tiene cobertura. En otras palabras, se establece un mecanismo de subsidio implícito y espontáneo hacia obras sociales que cobran un servicio que no brindan.

Es muy difícil estimar la magnitud de este subsidio ya que se trata de un proceso espontáneo sobre el que no operan registros sistemáticos. En general, el relevamiento de información es muy parcial e incompleto, mostrando grandes debilidades en términos de sistematización,

regularidad, completitud y, principalmente, identificación de las personas. A esto se agrega que no existe un ámbito nacional que concentre toda la información recogida por los hospitales que casi en su totalidad depende de jurisdicciones locales. Esta precariedad informativa impide una medición certera y rigurosa de la magnitud de los subsidios implícitos a favor de las obras sociales y sus principales características.

Sin perjuicio de ello, es posible realizar una aproximación empírica a través del análisis del perfil los usuarios de la red sanitaria pública en función de la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares del INDEC realizada en 1997. Una de las preguntas refiere al uso de centros de salud pública¹³ en los últimos 6 meses previos al de la encuesta. Sobre esta variable se puede estimar la intensidad con la que los hogares de diferentes niveles socioeconómicos utilizan el sistema público de salud. Los principales resultados se presentan en el Gráfico 3.

Gráfico 3. Participación de las personas en la utilización del sistema público de salud



Nota: La cobertura teórica muestra la distribución de las obras sociales y medicina prepaga entre los distintos estratos de ingreso de los hogares, independientemente de la accesibilidad efectiva a los servicios de salud que brinden estas instituciones.

Fuente: elaboración propia en base a ENGH.

Como era previsible los miembros de los hogares pobres cubren sus necesidades sanitarias mayoritariamente a través de los hospitales. Las personas pobres e indigentes representaban en ese momento el 25% de la población total; según la encuesta de gasto de los hogares, hacía uso del 34% de los servicios que otorgaban los hospitales públicos. Sin embargo, la población no pobre –que representa el 75% restante de la población– concentraba aproximadamente el 90% de la cobertura de las obras sociales y empresas de medicina

¹³ Entendiendo por tal al hospital público, dispensario, posta sanitaria y sala de primeros auxilios.

prepaga pero simultáneamente absorbían dos tercios de la utilización del sistema público de salud (el 66%)¹⁴.

Un análisis más desagregado refuerza los indicios respecto a que la atención de población con seguro de salud en los hospitales públicos es un fenómeno bastante masivo. Mientras que la cobertura de seguro está bastante igualitariamente distribuida entre los diferentes segmentos, son los hogares de ingreso medio-bajo y bajo los que a pesar de contar con igual nivel de cobertura que los hogares con ingresos altos y medio-alto, mayormente utilizan el sistema público de salud. Resalta la paradoja de que los hogares de ingreso medio-bajo y bajo tienen una cobertura teórica de salud de nivel similar a los hogares de ingreso alto y medio-alto y simultáneamente tienen un nivel de utilización del sistema público mayor a los hogares pobres. Estos hogares concentran el 45% de la cobertura de seguros de salud y concentran, a su vez, el 48% de la utilización del sistema público.

Aunque el tipo de información disponible no permite enunciar conclusiones terminantes, los datos son consistentes con la hipótesis de que el nivel de satisfacción con las obras sociales era bajo. Si bien los hogares no pobres, en especial los pertenecientes a los segmentos medio-bajo y bajo, accedían con cierta facilidad a la cobertura de la seguridad social, en la práctica esto no implicaba mejorar su situación sanitaria como lo demuestra el hecho de que con mucha intensidad recurrían a los hospitales públicos para su atención.

4. Los desafíos que enfrentaban las reformas.

El sistema de seguridad social argentino se fue conformando a través de un largo proceso que duró aproximadamente un siglo. Los vaivenes políticos en el marco de una gran inestabilidad institucional y un entorno de mediocre desempeño económico y social fueron condicionando la toma de decisiones y modelando esquemas organizativos poco sistemáticos, con bajos niveles de articulación y claras inconsistencias. En realidad a comienzos de los '90, más que un sistema –en el sentido de un conjunto articulado de mecanismos que operando bajo reglas de juego homogéneas y coherentes permitían dar cobertura de las contingencias sociales– operaban varios mecanismos con lógicas organizativas y operativas diferentes. Su principal elemento común era el estado de crisis, cuya principal manifestación era la imposibilidad de cumplir con los objetivos que justificaban su existencia.

El sistema de riesgos del trabajo se basaba en un esquema de seguros comerciales de contratación facultativa a cargo de las empresas. La base jurídica era la responsabilidad individual del empleador, fijada en la legislación laboral. Por el contrario, en el sistema previsional prevalecía el esquema del monopolio público hacia el cual los trabajadores obligatoriamente debían canalizar sus aportes. Por último, en los seguros de salud también prevalecía el esquema monopólico con afiliación cautiva pero delegado la gestión a una gran cantidad de entidades que en la mayoría de los casos eran de naturaleza semipúblicas y con conducción sindical.

¹⁴ En otros términos 2 de cada 3 personas que visitan un hospital público pertenecen a hogares no pobres.

Un primer rasgo llamativo, que denota los procesos aluvionales a través de los cuales se fueron modelando los diferentes componentes que integran la seguridad social en la Argentina, son los papeles muy diferentes que cumplía el Estado. En el caso de riesgos del trabajo, prevalecía una lógica de administración privada con un rol bastante pasivo del sector público. El empleador, por si o a través de la contratación de un seguro de tipo comercial que podía contratar libremente en el mercado, era el responsable de proveer las prestaciones frente a las contingencias de accidente o enfermedad profesional. La lógica subyacente era que el Estado tenía la responsabilidad de fijar reglas de juego –tanto en materia de prevención como de reparación– sin inmiscuirse en forma directa en la gestión.

Sin embargo, la pasividad como regla general superpuesta a malas estrategias de intervención constituyeron un factor clave para explicar la crisis terminal en la que cayó el sistema. En materia de prevención, era clara la falta de consistencia entre las normas ambiciosas que emitida el Estado y la inacción para hacerlas cumplir. Al no fiscalizar ni relevar información sobre siniestralidad se terminaba legitimando los incumplimientos. En materia de reparación, la falta de actualización de los instrumentos básicos (listado de enfermedades, ajuste del monto de las prestaciones en función de la inflación, etc.) estimularon la litigiosidad. Frente a la pasividad del Estado, la vía judicial fue el mecanismo –altamente distorsivo pero el único disponible– para tratar de “reparar” las fallas más visibles de una legislación manifiestamente inapropiada y obsoleta. La organización del mercado de seguros basado en una entidad estatal que monopolizaba los reaseguros sirvió para potenciar al extremo la litigiosidad y la consecuente degradación institucional. Los costos para la sociedad se median en términos de menor prevención, insuficiente reparación, distorsiones en el mercado de trabajo y creciente déficit fiscal.

En el sentido contrario, en el caso de previsión prevalecía una lógica de gestión pública monopólica. El Estado concentra la totalidad de las funciones y facultades (define las prestaciones, emite regulaciones, gestiona beneficios, fija el régimen financiero y controla su propia gestión). En la práctica este poder, aparentemente ilimitado, terminó generando esquemas inconsistentes e inviables que fatalmente terminan en un estado de crisis. Cuando la crisis madura, el poder del Estado termina siendo utilizado a favor de los sectores mejor posicionados. Así aparecen los regímenes de privilegio o los tratos especiales para personas con mayor capacidad de influencia (por ejemplo, quines ganan un juicio consiguen un tratamiento mucho mas favorables que quienes aceptan las disposiciones del administrador estatal).

Una situación intermedia pero con resultados análogos se dio en los seguros de salud. El Estado se limitó a fijar la regla de afiliación cautiva imponiendo que los aportes compulsivamente sean destinados a la entidad vinculada al sindicato de cada rama de actividad. Su presencia fiscalizando que las regulaciones se cumplan (es decir, que los trabajadores tengan acceso a un paquete prestacional básico) fue prácticamente nulo. Muy por el contrario, en la práctica convalidó los incumplimientos al asignarles a los hospitales públicos el rol de prestador de última instancia. Como era la litigiosidad en el sistema previsional y el de riesgos del trabajo, el acceso de gente con seguro de salud al hospital público permitía disimular las deficiencias e insuficiencias de las obras sociales.

El sistema de seguridad social se construyó en base a trayectos históricos muy diferentes, lo que derivó en esquemas organizativos muy variados y roles heterogéneos para el Estado. Sin embargo, el elemento común era contener reglas de juego muy emparentadas con los

modelos políticos autoritarios y económicos prebendarios y que no garantizaban la consistencia financiera ni incentivaban una gestión racional de los recursos. Tampoco esta sólidamente establecido –mas allá de disposiciones declamativas– esquemas que garantizaran la equidad. Aunque por diversas vías, el resultado final en cada uno de los sistemas fue parecido: un estado de crisis bastante profundas, al que se le asociaban derivaciones sociales y económicas muy negativas.

Hay evidencias como para asociar la crisis a factores externos (el pobre desempeño económico, el deterioro del mercado de trabajo, la desfavorable dinámica demográfica). Sin embargo, esto explica solo parte del problema. Otros países bajo contextos similares o aun más desfavorables fueron capaces de encontrar soluciones más racionales y satisfactorias a los desafíos que plantea la cobertura de las contingencias sociales. Esto lleva a asignarle la mayor parte de la responsabilidad de la crisis a los criterios aplicados en la organización interna.

Las inconsistencias de las normas y los pocos incentivos a gestionar con racionalidad y prudencia los recursos llevaron a una crónica insuficiencia de recursos. Por eso, el síntoma más visible del estado de crisis fueron los crecientes déficits financieros. Frente a ello, la estrategia común no fue remover los factores estructurales que provocaban el desequilibrio sino apelar a absorber más recursos. Así es como a lo largo de los años los aportes y contribuciones destinados a financiar la seguridad social fueron creciendo de manera vertiginosa, al punto de ubicarlos entre los más altos del mundo¹⁵. Obviamente que el aumento de las imposiciones sobre los salarios no fue neutral para el funcionamiento del mercado de trabajo. En la medida que aumentaban los costos laborales no salariales, se incrementan los incentivos a no cumplir con las normas. El vertiginoso aumento del empleo no registrado, particularmente concentrado entre las pequeñas empresas, sugiere que estos incentivos tuvieron un impacto relevante. Así se consolidó un círculo vicioso: frente a la crisis financiera se apela a aumenta la presión sobre los costos laborales, esto puede aportar paliativos de corto plazo pero incentiva la evasión que en el mediano plazo termina profundizando la crisis financiera. La consecuencia final de no atacar los factores estructurales es que mientras el problema financiero se agrava una porción creciente de la población fue quedando fuera de la cobertura de la seguridad social.

La otra faceta de la crisis fue la declinante calidad de las prestaciones. Tampoco esto fue neutral desde el punto de vista de la dinámica de los sistemas. Ante el deterioro de las prestaciones los grupos con mayor capacidad de presión logran esquemas especiales (los regimenes previsionales de privilegio, las obras sociales de personal de dirección, la obtención de mejores prestaciones a través de juicio, etc.). Así se genera otro círculo vicioso. Los tratamientos especiales empeoran la situación financiera general, aumentando el deterioro en las prestaciones y, en el mediano plazo, incrementando las presiones por nuevos tratamientos especiales.

En los tres casos se fueron desarrollando a lo largo de su conformación y, especialmente, a medida que la crisis se profundizaba grupos de interés poderosos. En el sistema de riesgos

¹⁵ Esto está documentado en las sucesivas normas que fijaron aumentos en las imposiciones destinadas a financiar los seguros de salud y la previsión social. En el caso de riesgos del trabajo, al no existir un régimen financiero explícitamente establecido, no se presentan estas evidencias concretas. Sin embargo, hay indicio de que los costos que erogan las empresas para financiar las consecuencias de los accidentes y enfermedades profesionales se ubicaban antes de la reforma muy por encima de los estándares internacionales.

del trabajo y previsional los profesionales que participaban en los procesos judiciales. En el previsional también se generó un polo de interés muy fuerte en torno a los intereses políticos y sindicales asociados a la gestión pública. En el caso del sistema de salud, el principal polo de interés se cristalizó en la administración sindical de las obras sociales, aunque también se generaron factores de presión alrededor de las estructuras de los hospitales públicos y las corporaciones médicas. Por diversas vías, estos grupos de interés condicionaron la dinámica de los sistemas y, por lo tanto, no deben ser ignorados en el análisis de los factores que explican la crisis, en su influencia sobre la orientación en intensidad de las reformas y, especialmente, en las restricciones que imponen para futuros intentos de transformación.

Aunque bastante diferentes en sus características, estos polos de interés adherían a diagnósticos y propuestas parecidas. En general, si bien no dejaba de reconocer la crisis – expresada en desequilibrios financieros y baja calidad de las prestaciones– asignaban las principales responsabilidades a los factores externos o de contextos. El estancamiento económico, el deterioro del mercado de trabajo y la transición demográfica eran las causales más importantes. Este diagnóstico llevaba a señalar que en la perspectiva de mediano y largo plazo las soluciones dependían de la reversión de estas tendencias económicas y laborales (ya que las demográficas estaban determinadas). En otras palabras, los principales problemas y, por ende, las soluciones estaban fuera de cada uno de los sistemas.

En una perspectiva más inmediata se asumía que la situación adversa del contexto era inmodificable, de manera que el diagnóstico llevaba a sostener que era necesario aumentar los ingresos. El argumento más frecuentemente utilizado era que desatada la crisis era necesario aumentar las imposiciones sobre los salarios, al menos como paliativo transitorio. Las evidencias muestran que fue un razonamiento muy persuasivo. Prueba de ello es que se aumentaron los recursos aun en una economía en estancamiento. Un hecho notable es que en esta dinámica la presión sobre los costos laborales fue incrementada de manera intensa y por gobiernos de extracciones políticas muy diferentes.

A diferencia de lo ocurrido en otros países de la región –por ejemplo, la transformación de la seguridad social Chile durante la década de los '80– las reformas en la Argentina se dieron en un contexto de normalidad institucional, en el sentido que desde 1983 estaban vigentes los mecanismos propios de un sistema democrático. Por este motivo y teniendo en cuenta los sólidos y poderosos intereses que se habían formado en torno a la operatoria de los seguros sociales, a los fines de interpretar y analizar los cambios es recomendable tener en cuenta la economía política de las reformas.

CAPITULO II

LAS REFORMAS DE LOS SEGUROS SOCIALES

1. El contexto general de las reformas.

Durante décadas, la Argentina había sufrido las consecuencias de un crecimiento económico manifiestamente insuficiente, enmarcado en una economía con un muy bajo nivel de integración al mundo, un sector público con una aguda y desordenada raigambre intervencionista y fuertemente deficitario. Los mecanismos de protección social habían colapsado, en parte por el adverso contexto, pero fundamentalmente por la crisis estructural en la que estaban atrapados. La emisión monetaria descontrolada fue el último eslabón en el proceso de decadencia originado en la falta de percepción sobre la necesidad de transformar la organización económica y social. En esta dinámica, la hiperinflación de 1989 constituyó un hito que desnudo la inviabilidad de las estrategias aplicadas.

En 1991 se sanciona la ley de convertibilidad, fijando la paridad cambiaria y estableciendo que toda la base monetaria debía estar respaldada por divisas. El Estado asumía el compromiso, explicitado a través de una ley del Congreso, a no seguir usando la emisión monetaria para financiar sus desequilibrios. Se trata de un recurso extremo, acorde al elevado nivel de descomposición institucional alcanzado. La falta de credibilidad que genera el haber abusado en el pasado de los instrumentos de política, llevaron a que en el nuevo régimen económico se limitara o directamente renunciara al manejo discrecional de la política cambiaria, monetaria y fiscal. El compromiso de que en el futuro habría un manejo disciplinado y prudente fue plasmado a través de una regla muy simple y extremadamente restrictiva.

La nueva institucionalidad exigía para su sustentabilidad una alta dosis de audacia y perseverancia en aplicar estrategias de políticas públicas consistentes. En especial, aquellas que condicionan los equilibrios macroeconómicos básicos. En este sentido, por un lado, resultaba especialmente crítico el equilibrio fiscal, ya que este régimen cambiario había vedado la posibilidad de emisión monetaria. Por otro lado, exigía reglas de juego que incentivaran fuertes aumentos de productividad a fin de sostener la competitividad de la producción interna. Al quedar vedada la posibilidad de devaluar la moneda doméstica más la rigidez a la baja nominal de los precios internos de la economía, la competitividad externa del país pasó a depender exclusivamente de mejoras en la productividad.

La reforma de la seguridad social constituía uno de los componentes más importantes y complejos dentro del desafío de adaptar la organización económica y social a la nueva institucionalidad. Por un lado, por su importancia estratégica como mecanismos de protección social y su incidencia sobre el funcionamiento del mercado de trabajo. Esto era clave frente a los costos sociales que había producido el largo periodo de decadencia acumulado en el pasado a los que se adicionaban los asociados al proceso de modernización de la estructura productiva. Por otro, por su capacidad para realizar una contribución relevante en el aumento de la competitividad del país a través de una más eficiente administración de los recursos. Por último, por su alta incidencia en las finanzas públicas.

Si bien en los tres componentes de la seguridad social analizados se acumulaba un severo estado de crisis, con negativas consecuencias sociales y que iban en contra de la lógica del

régimen de convertibilidad, las estrategias fueron bastante diferentes¹⁶. Esto puede ser explicado, en parte, por las muy diferentes conformaciones que había adoptado cada uno de los sistemas. Sin embargo, es probable que aun más importante como condicionante de la profundidad, velocidad y orientación de las reformas fueran los factores políticos que operaban en cada una de ellas.

Sobre el sistema de riesgos del trabajo se aplicó una reforma integral y de shock¹⁷. El hito fue una nueva ley que impuso un esquema totalmente diferente al vigente. En el sistema previsional se aplicó una reforma parcial, pero también de shock, a través de una nueva ley que introdujo un sistema mixto donde se mantiene el régimen de reparto público (con ajustes importantes respecto al esquema vigente), complementado con un régimen de capitalización. En cambio, en los seguros de salud las transformaciones se dieron a través de reformas parciales y graduales. Se trata de un caso donde no se alcanzaron los consensos mínimos como para sancionar una nueva ley¹⁸ y, por ello, las reformas fueron introduciéndose a lo largo del tiempo siguiendo un camino bastante zigzagueante.

La lógica de las reformas, coherente con otras transformaciones estructurales que encaraba el país, apuntaba a lograr una diferente articulación entre los roles públicos y privados. El principio básico fue eliminar o morigerar los monopolios, introduciendo esquemas donde los afiliados, a través de la libre elección, tuvieran un mayor poder para controlar el uso de los recursos. El funcionamiento de mecanismos de mercado permitiría el ingreso de nuevos operadores privados y exigiría funciones diferentes a las tradicionales para el Estado, que deberían estar menos orientadas a la gestión de los seguros para pasar a estar más concentradas en construir ambientes de competencia transparente. Además de este rol de regulación y control, era de una importancia decisiva la intervención del Estado sobre el régimen financiero tendiendo a garantizar razonables niveles de equidad. Este papel resultaba particularmente crítico cuando se trataba de la población de más bajos recursos.

A partir de esta nueva concepción de la organización económica y social se esperaba no sólo superar la situación de profunda crisis que afectaba al sistema de seguridad social sino que, más ambiciosamente, los objetivos eran corregir los impactos distorsivos de la seguridad social sobre la economía y el mercado de trabajo (por ejemplo, disminuyendo las imposiciones que gravaban los salarios) y recuperar los objetivos de equidad que justifican su existencia y que, como consecuencia de la crisis, habían quedado desdibujados.

2. Las reformas al sistema de riesgos del trabajo.

El síntoma más visible de que el esquema basado en la responsabilidad individual del empleador había caído en un estado de obsolescencia terminal era la litigiosidad masiva. Se había llegado a generar creaciones jurisprudenciales que iban más allá de la letra y la lógica de las normas legales vigentes. Por ejemplo, se combinaban normas del Código Civil (lo

¹⁶ El caso argentino es el opuesto a las experiencias de otros países donde a través de una sola norma se reformulan toda o gran parte de la seguridad social (por ejemplo, República Dominicana).

¹⁷ Esta afirmación merece una matización ya que en 1991 se modificó la vieja ley de accidentes. Al morigerar las distorsiones más severas del viejo régimen en cierta medida operó como transición hasta la reforma más integral que recién fue sancionada por el Congreso en el año 1995.

¹⁸ A comienzo de los '90 hubo un intento de transformación integral y profundo, al estilo de las aplicadas en los otros dos sistemas (el denominado proyecto OSAM/CUPAM). Su debilidad política quedó demostrada en que ni siquiera llegó a ser presentado por el Poder Ejecutivo en el Congreso.

que habilitaba a fijar prestaciones por encima de las tarifas establecidas en la norma especial) aplicadas en base a normas propias de la ley especial (por ejemplo, no era necesario demostrar la culpa –como si ocurre en el derecho común– para reclamar la reparación del daño). Este heterodoxo enfoque jurídico carece de sustento si es analizado desde el punto de vista estrictamente técnico. Sin embargo, ganaba legitimidad en el marco de las deficiencias y limitaciones de la antigua ley de accidentes de trabajo y sus potenciaciones en el contexto laboral muy desfavorable.

Más allá de los casos puntuales, esta organización tenía asociado impactos sociales y económicos muy negativos. En particular, la prevención era un tema secundario porque para las empresas el grueso de los esfuerzos estaba concentrado en prevenir y gestionar los litigios judiciales más que preocuparse por las normas de higiene y seguridad. La mayor parte de los recursos y esfuerzos estatales eran destinados a sostener una estructura en el Poder Judicial acorde a la masiva generación de juicios. El contraste mas notable se daba con la pasividad que asumía en relación a sus responsabilidades en materia de prevención. Prueba de ello era que se limitaba a funciones puramente burocráticas, como emitir normas sobre las que no controlaba su cumplimiento.

Los costos para la sociedad que demandaba sostener un esquema organizado de esta manera eran muy altos. Particularmente negativa era la incertidumbre que generaba en relación a los costos laborales. Todo este esfuerzo era insuficiente para garantizar prestaciones adecuadas o al menos que se adaptaran a las necesidades del trabajador. Es probable que esto ayudara a que de los tres casos analizados, el de riesgos del trabajo era probablemente el que más consenso generaba en torno a la necesidad de transformar su organización. Sus negativos impactos y la clara obsolescencia respecto a las tendencias observadas en otros países alimentaban un amplio acuerdo en relación a introducir reformas.

Sin embargo, desde el punto de vista de la “economía política”, el proceso fue muy complejo. El paso desde el anacrónico esquema basado en la responsabilidad individual a otro estructurado bajo la lógica de la seguridad social no era explícitamente cuestionado. Las divergencias planteadas se centraban en cuestiones instrumentales, como por ejemplo la naturaleza jurídica de los entes gestores, el nivel de las prestaciones monetarias o la regulación del autoseguro. Sin embargo, mucho más decisivos fueron los cuestionamientos que de una manera solapada pugnaban por conservar el viejo esquema litigioso.

El rasgo más importante de este polo de interés es que su principal forma de canalización de su capacidad de influencia es a través de decisiones del Poder Judicial. Se trata de una manera de expresión poco armoniosa con un sistema de gobierno republicano que asigna al Poder Legislativo la responsabilidad de procesar este tipo de disenso de naturaleza política. Esto probablemente explique que a pesar de ser poderoso como factor de presión no pudo bloquear las reformas pero si imponer un proceso complejo especialmente en la fase de instrumentación y de esa manera condicionar los resultados finales. La evidencia mas visible se dio en el 2004, ocho años después de la puesta en vigencia de la Ley sobre Riesgos del Trabajo, cuando a través de tres fallos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación se pusieron en duda algunos aspectos medulares del nuevo sistema. Esta incertidumbre jurídica genera bastante provisionalidad en el análisis dado que hasta el momento se trata de un proceso abierto y no concluido.

2.1. Los lineamientos de la reforma.

La filosofía de la reforma se basó en crear un subsistema de la seguridad social bajo un esquema donde se integran la prevención de los riesgos con la reparación de los daños (Giordano, Torres y Bettioli, 1996). Esto implicó desarrollar una arquitectura totalmente diferente al esquema basado en la responsabilidad individual del empleador, uno de cuyos rasgos era gestionar de manera fragmentada la prevención de la reparación. Desde este punto de vista, se trató, de las reformas que se analizan en este estudio, la que introdujo los cambios más drásticos y profundos.

La gestión de los riesgos del trabajo es delegada a entidades especializadas denominadas Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) y, de manera muy limitada y regulada, se contempló el acceso al autoseguro. Esto implicó el desarrollo de nuevos emprendimientos ya que la operatoria tenía poco en común con la que desarrollaban las compañías de seguro que trabajaron bajo las regulaciones de la ley 9.688. Las ART tienen la función de suministrar prestaciones, en especie y monetarias, y brindar asesoramiento en materia de prevención a sus empresas afiliadas. Su operatoria se enmarca en un ambiente competitivo donde el Estado fija las reglas de juego y fiscaliza su cumplimiento.

Para el control de los servicios y, en general, el cumplimiento de las normas se creó un organismo autónomo con esa finalidad específica y exclusiva: la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT). Complementariamente, el control financiero sobre las ART fue asignado a la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN), es decir, el organismo que fiscaliza la solvencia de las compañías de seguro generales.

En materia de prevención, el responsable primario sigue siendo el empleador, pero a partir de la reforma cuenta con la asistencia de su ART. Por otro lado, el rol de normatización, fiscalización, relevamiento y análisis de información fue concentrado en la SRT. Al poco tiempo esto fue parcialmente revertido ya que la función de fiscalización fue asignada nuevamente a las jurisdicciones provinciales.

El régimen financiero se basa en una contribución patronal libremente pactada entre la ART y el empleador. Una fracción pequeña de esa contribución es destinada a financiar los entes de regulación y dos fondos. Por un lado, el Fondo de Garantía con la finalidad de financiar las prestaciones que demandan los trabajadores cuyos empleadores no cumplieron con la obligación de afiliarse a una ART y, por ser insolventes, no están en condiciones de financiar las prestaciones. Por el otro, el Fondo de Reserva destinado a garantizar las prestaciones en caso de que una ART sea la que caiga en situación de insolvencia.

2.2. Impactos esperados.

La reforma aspiraba a avanzar de manera simultánea, aunque en plazos diferentes, en tres objetivos básicos. En primer lugar, –la meta más importante pero de concreción más mediata– se esperaba inducir un aumento de prevención y, de esa forma, reducir las tasas de siniestralidad. En segundo lugar, se esperaba mejorar la protección de los trabajadores que sufren un siniestro a través del suministro de prestaciones suficientes, integrales y

oportunas. En tercer lugar, se preveía que el sistema daría previsibilidad y razonabilidad a los costos laborales.

En la lógica de la reforma, el aumento de la prevención es un derivado de una nueva estructura de incentivos. Por un lado, al ser libremente pactadas entre el empleador y la ART, el monto de la cotización al seguro social tiende a ser proporcionales a la siniestralidad esperada de la empresa. Esto implica que las empresas pueden reducir la cotización del seguro si demuestran una mayor sensibilidad a favor de la prevención. Por otro lado, la ART esta legalmente obligada a dar asistencia a sus clientes y, más importante aún, está interesada en que dicha asistencia sea efectiva en lograr reducciones en la siniestralidad ya que esto implica reducciones de costos que favorecen su rentabilidad. Adicionalmente, en su rol de brindar asistencia y suministrar prestaciones, la ART recaba una cantidad muy importante de información de alta confiabilidad (por tratarse de información administrativa) que luego se concentra en la SRT.

Por último, y probablemente lo mas importante, al aumentar sustancialmente la cantidad y calidad de información, el Estado tiene la posibilidad de establecer mejores estrategias de fiscalización y apoyo para la reducción de la siniestralidad y las ART pueden seguir políticas de tarifación que premien las empresa que asumen con eficacia la prevención y apliquen recargos a quien no lo hace. El Estado sigue siendo el responsable de fijar normas de prevención y controlar su cumplimiento. La diferencia es que gracias a la reforma se cuenta con mejores herramientas para instrumentar regulaciones y controles más eficaces.

El aumento de la protección de los trabajadores siniestrados está asociado a un mejor equilibrio entre cantidad y calidad. La lógica que adopta la LRT fue asignar la responsabilidad de proveer los servicios a entidades solventes y especializadas que operan bajo pautas definidas con precisión. De esta manera se generan las condiciones para que el acceso a las prestaciones sea espontáneo y oportuno. Para forzar esto, la SRT tiene amplias facultades de control sobre todos los pasos que las ART deben respetar para la provisión de prestaciones. Adicionalmente, el trabajador tiene también posibilidades de controlar y plantear disidencias a través de las Comisiones Médicas. En la concepción original se trataba de una herramienta de apoyo para dirimir controversias en un ámbito de agilidad y objetividad de manera que solo casos excepcionales requieran la intervención judicial.

Por último, los resultados positivos esperados en términos de previsibilidad de los costos laborales era un derivado de que las reglas establecían que el sistema actuaría bajo la lógica de un seguro. En la medida que se definen con precisión las contingencias y el monto de las prestaciones, es posible procesar actuarialmente el riesgo y contemplar el financiamiento con una cotización definida con bases técnicas. Adicionalmente, dado que la determinación del monto de la cotización surge de un proceso de negociación bajo condiciones de competencia, es de esperar que el sistema genere valores razonables sin que las empresas tengan que financiar rentas originadas por regulaciones o situaciones de oligopolio.

2.3. Resultados alcanzados.

El primer resultado importante es que la reforma fue instrumentada respetando, en general, los lineamientos previstos en su arquitectura original. La sanción de la ley implicó acumular los consensos necesarios para vencer inercias políticas y burocráticas. Su instrumentación requirió importantes decisiones en la órbita pública, como por ejemplo, la creación –a partir de la sanción de la ley– de un marco regulatorio específico, la puesta en

operación de los mecanismos de afiliación y recaudación de cotizaciones, la constitución de la SRT y el fortalecimiento de la SSN.

Implicó acciones igualmente importantes en el ámbito privado. Por un lado, la puesta en operaciones de un número suficiente de ART que aseguraran un razonable nivel de competencia. El desafío fue importante porque en el país existían empresas habituadas a gestionar juicios pero había pocos antecedentes de empresas especializadas en la gestión de riesgos laborales. El vacío fue cubierto en parte por inversiones y asistencia técnica de empresas internacionales entre las que se destacaron las provenientes de España, EEUU y Chile. Por otro lado, para el conjunto de los empleadores también implicó comenzar a internalizar una lógica muy diferente. Los cambios requerían migrar desde la percepción de que el tema era exclusivamente de naturaleza jurídica a comenzar a tomar decisiones tomando como prioridad la prevención.

Dado que las etapas de instrumentación básica fueron recorridas con bastante éxito y que ya se disponen de indicadores referidos a más de 8 años de operaciones del nuevo sistema es posible avanzar en el análisis y evaluación de los resultados alcanzados. De todas formas, no se han acumulado evidencias lo suficientemente objetivas y contundentes como para producir un balance con enunciados concluyentes y definitivos. Por eso es necesario un análisis más desagregado que permita derivar en un listado de logros y debilidades.

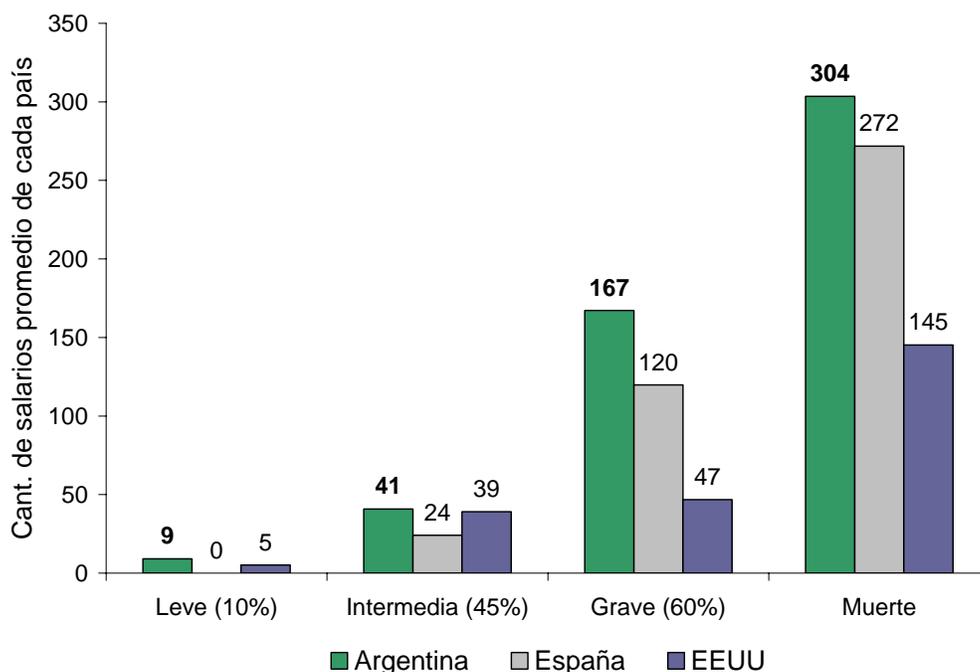
En teoría, a través del seguimiento de los índices de siniestralidad se tendría un indicador objetivo y cuantificable en relación al grado de avance en relación al objetivo de aumentar la prevención. Sin embargo, limitaciones metodológicas y de disponibilidad de información condicionan y dificultan el análisis orientado a la evaluación de los impactos de la reforma en este ámbito. Por un lado, la siniestralidad responde a un complejo entramado de factores dentro de los cuales resulta difícil aislar la incidencia de la reforma. Por otro lado, no existe documentación empírica sobre cual era la situación en materia de siniestralidad antes de la reforma; ya que una de las características más dañinas del viejo régimen era la total despreocupación por el relevamiento de información.

Sin perjuicio de ello, hay indicios de que la reforma tuvo asociado varios progresos importantes. Por ejemplo, la Argentina pasó de ser un país sin estadísticas sobre siniestralidad laboral a contar con uno de los sistemas de información más completos de la región. En base a estos datos es posible cuantificar y caracterizar el fenómeno de la siniestralidad laboral, indagar sobre los factores causales y facilitar la instrumentación de estrategias más eficaces. Si bien hay indicios de que todavía la explotación es incipiente, se trata de un insumo de vital importancia para mejorar el accionar del Estado en términos de fiscalización y sanción a los incumplidores, apoyo a las empresas y difusión a los fines de conformar una cultura preventiva. A esto se suma la operatoria de las ART que a través de asistencia y de sus políticas para determinar las cotizaciones también operan induciendo a las empresas a que presten mayor atención a la prevención.

Con respecto a la automaticidad e integralidad de las reparaciones, hay evidencias de que contar con entidades solventes y especializadas operando bajo reglas definidas previamente y controladas por el SRT, ha contribuido a mejorar la protección del trabajador. Esto es mas claro en relación a la atención médica, donde hay indicios de que en la actualidad los trabajadores, en general, están accediendo a los mejores centros asistenciales disponibles (Arancibia, Giordano y Torres, 2004). En el caso de las prestaciones monetarias, los

avances también son importantes. La ley contempló un esquema de prestaciones de transición bajo la lógica de que fuera mejorado a medida que el sistema se consolidara. En la práctica esto ocurrió con bastante intensidad al punto tal que en la actualidad las prestaciones monetarias se ubican entre las más altas en comparación con las que ofrecen los sistemas de otros países. En el Gráfico 4 se presentan datos comparativos que señalan que si bien las diferencias varían según la gravedad del daño siempre el sistema argentino contempla prestaciones que en términos relativos son más altas que perciben los trabajadores en España y EEUU.

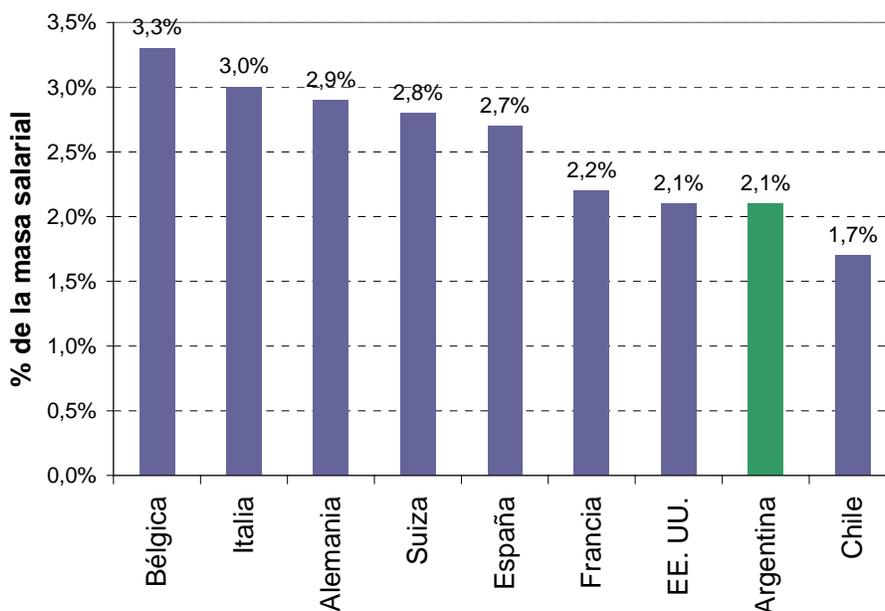
Gráfico 4. Prestaciones monetarias en el sistema de riesgos del trabajo. Comparación entre países



Nota: a) valores para un trabajador promedio de 38 años. b) Los valores de las prestaciones por muerte en Argentina y España incluyen las del sistema previsional
Fuente: UART, 2004.

Con respecto a los costos, los logros en términos de contribuir a la fluidez del mercado de trabajo a través de gastos predecibles y razonables han sido muy importantes desde el comienzo mismo del nuevo sistema. La reforma comenzó a operar erradicando la litigiosidad y con una contribución a cargo de las empresas muy baja. A lo largo del tiempo la contribución se fue incrementando a medida que se ajustaba el esquema de prestaciones monetarias y el sistema iba madurando. En la actualidad, su nivel promedio se ubica un poco por encima del 2% de la masa salarial. Si bien la comparación con otros países es relativa ya que cada sistema está organizado bajo criterios muy diferentes (por ejemplo, las prestaciones que brinda son muy variadas) este valor, en general, aparece como muy razonable. Es un poco más alto que el registrado en Chile, que se ubica en el entorno del 1,7% de la masa salarial, pero similar al de Estados Unidos y Francia, cuyo costo oscila en alrededor del 2,2% y visiblemente inferior a España, Suiza, Alemania, Italia y Bélgica (Gráfico 5).

**Gráfico 5. Costos del seguro de riesgos del trabajo.
Comparación entre países**



Fuente: UART, 2004.

Sin perjuicio de los avances verificables en cada área, son muchos los aspectos perfectibles del nuevo sistema. Algunas deficiencias tienen su origen en problemas derivados del diseño original del sistema. Otras se relacionan con desvíos en prácticas o conductas que se fueron desarrollando a lo largo del tiempo y que demandan acciones correctivas. En Arancibia, Giordano y Torres (2004) se presenta un esfuerzo por listar los principales problemas y una identificación de un paquete de reformas de segunda generación que permitiría explotar mejor las ventajas del seguro social.

En realidad, el factor más crítico no se relaciona con temas sustantivos de funcionamiento del nuevo sistema sino con cuestiones formales de tipo jurídico. Desde el mismo inicio de la reforma, la posibilidad de un cuestionamiento de esta naturaleza estuvo latente. El punto clave era evaluar si el Poder Judicial toleraba que los riesgos del trabajo tuvieran un tratamiento no litigioso. Aunque la lógica de un sistema especial centrado en la prevención, con procedimientos ágiles y de acción espontánea y que cuide la previsibilidad de los costos es una modalidad casi unánimemente adoptada en las experiencias de otros países, para la Argentina implicaba romper con conductas muy arraigadas y con una importante cantidad de intereses ligadas a ellas.

Originalmente, si bien se presentaron litigios en ámbitos judiciales por fuera de los canales formales previstos en la LRT, estos se mantuvieron acotados y sin tendencia a la masificación. Más recientemente se han producido hechos que permiten proyectar un cambio de tendencia. Un hito en este sentido se dio durante el año 2004 cuando la Corte Suprema de Justicia de la Nación emitió tres fallos que declara la inconstitucionalidad de aspectos importante de la ley.

Los fundamentos jurídicos de los fallos son discutibles al punto de que en algunos casos revierten criterios que había adoptado la Corte en su anterior constitución (Arancibia,

Giordano y Torres, 2004). En realidad, hay indicios que avalarían la hipótesis de que tiene una base más política que técnica. En términos simple y apuntando a las cuestiones medulares, los fallos representan la opinión del Poder Judicial que declara no estar dispuesto a tolerar la no judicialización de los siniestros laborales. No es casual que esto se de en el marco de uno de los típicos vaivenes políticos que caracterizan a la inestabilidad institucional argentina y que como frecuentemente ocurrió en el pasado incluye bruscos cambios en la composición de la Corte Suprema.

Estos antecedentes llevan a calificar la situación actual como de alta la incertidumbre en función de una encrucijada no develada hasta el momento. Podría ser que se impulsen acciones que no solo permitan perfeccionar el sistema establecido en 1996 sino que lo preserve de las agresiones que ha recibido a través de las decisiones del Poder Judicial. Se trata de un camino complejo y poco probable en el actual escenario político, pero posible. En Arancibia, Giordano y Torres (2004) se desarrolla los lineamientos de una estrategia orientada en esta línea. La otra alternativa es que el regresionismo hacia formulas de gestión litigiosa se masifique e institucionalice. En esta hipótesis la Argentina volvería a ser un caso atípico y la reforma sería una experiencia potencialmente exitosa pero que no terminó de concretarse.

3. Las reformas del sistema previsional.

En la médula de la crisis aparece la inconsistencia entre las promesas que las normas establecían y la disponibilidad de recursos para financiar las prestaciones contempladas. Se trataba de un cuadro de situación no muy diferente al que presentaban otros países de la región, aunque con algunas particularidades en términos de los desvíos que se produjeron. En la crisis se conjugan varios factores, entre los que se destacan como más importantes: i) la definición voluntarista de las prestaciones sin prever el respaldo financiero para cumplirlas; ii) la adversa dinámica económica, laboral y demográfica; iii) la baja calidad de la gestión (burocratización de los procesos de gestión, falta de controles, clientelismo y hasta el desarrollo de focos de corrupción) y; iv) como una particularidad del caso argentino, la multiplicidad de regímenes especiales y el masivo desarrollo de procesos litigiosos. Esto último son manifestaciones de cómo los sectores mejor posicionados tratan de escapar a la crisis y en cierta medida lo logran a través de tratamientos preferenciales que terminan acelerando y profundizando la crisis.

3.1. Los lineamientos de la reforma.

La reforma estableció un esquema mixto donde se combina un régimen de reparto tradicional con un régimen de capitalización. Cabe destacar que, a diferencia de otras reformas de la región, el sistema es mixto en el sentido de que todos los trabajadores cubiertos cotizan y reciben beneficios de ambos regímenes, a menos que expresamente manifiesten su opción por no cotizar al régimen de capitalización, en cuyo caso, sólo cotizan al régimen de reparto¹⁹.

¹⁹ Las otras reformas que establecieron sistemas mixtos son Uruguay, Costa Rica y Ecuador. Mientras que Chile, Bolivia, México, El Salvador, República Dominicana y Nicaragua hicieron reformas sustitutivas, es

El régimen de reparto es de gestión pública monopólica (a cargo de la ANSES) y tiene bajo su responsabilidad cuatro funciones básicas. Estas son:

- i) Gestiona el pilar redistributivo. Administra la Prestación Básica Universal (PBU) cuyo valor es igual para todos los beneficiarios del sistema.
- ii) Gestiona el pilar alternativo a la capitalización individual. Quienes expresamente optan por no afiliarse al régimen de capitalización tienen derecho al momento de jubilarse a la Prestación Adicional por Permanencia (PAP) que es proporcional al salario y a los años aportados en el nuevo sistema.
- iii) Gestiona la Prestación por Edad Avanzada. Se trata de un beneficio de carácter especial para personas que no llegan a cumplir con los requisitos para acceder a la jubilación ordinaria y tienen más de 10 años de aporte y más de 70 años de edad.
- iv) Gestiona la transitoria. La ANSES siguió pagando las prestaciones correspondientes al sistema antiguo, tanto de las personas jubiladas al momento del cambio de sistema como de quienes ingresaron al nuevo sistema pero tuvieron aportes en el antiguo sistema. En este último caso el reconocimiento se realiza a través de la Prestación Complementaria (PC) que se compone de una renta mensual cuyo monto es proporcional al salario y a los años aportados en el viejo sistema.

El financiamiento del régimen de reparto proviene de contribuciones patronales de todos los trabajadores registrados, aportes personales de quienes optan por cotizar sólo al régimen de reparto, asignaciones específicas de impuestos y transferencias del Tesoro. La reforma contempló importantes ajustes paramétricos. Entre los más relevantes se encuentra el aumento de la edad de retiro y la cantidad de años de aportes; pautas más objetivas para la determinación de las incapacidades y un mejor control de los años de aporte a través de la constitución de la historia laboral de los trabajadores.

El régimen de capitalización, por su parte, se basa en cuentas individuales donde el titular es cada afiliado, pero la administración está a cargo de entidades especializadas de objeto único denominadas Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP). La prestación es función del capital acumulado al momento de la jubilación. El afiliado puede optar por una renta vitalicia administrada por una compañía de seguro de retiros o por retiros programados administrados por las mismas AFJP. Las AFJP además contratan un seguro de vida para cubrir las contingencias de incapacidad y muerte.

El régimen de capitalización se financia con un aporte personal, el cual es destinado en una porción a la cuenta de capitalización individual y otra parte es retenido por la AFJP para financiar gastos administrativo y el seguro de vida para la cobertura de incapacidad o fallecimiento del trabajador. En la lógica de la reforma, las AFJP compiten por precio (la comisión de administración) y servicios (rentabilidad/riesgos de las inversiones y calidad de atención a los afiliados).

decir, el esquema es sólo con régimen de capitalización con garantía estatal de mínimos pero sin un pilar público. En Perú y Colombia el sistema es optativo entre el pilar público o el privado, pero mutuamente excluyentes.

3.2 Impactos esperados.

De manera explícita o implícita, la reforma esperaba avanzar en varios e importantes objetivos. En primer lugar, se esperaba aumentar la solvencia financiera del sistema. Por un lado, porque parte de los beneficios jubilatorios –los que se administran a través del régimen de capitalización individual– pasan a ser de contribución definida, siendo así por diseño financieramente consistente. Por otro lado, porque se hicieron ajustes paramétricos sobre el régimen de reparto que tienden a contraer las erogaciones.

De todas formas, el impacto contractivo sobre los gastos y, por lo tanto, favorable sobre la solvencia financiera del sistema se matiza por varios factores. Se trata de una serie de temas no sustanciales o no directamente vinculados con la reforma pero que al ser asociados a ella aparecen de manera reiterada en las evaluaciones que cuestionan el impacto financiero de la reforma.

Por un lado, hay que considerar un aspecto de tipo formal o de presentación derivado de la particular forma que se administra la contabilidad pública (Arriazu, 2003). En el sector público las transacciones se registran bajo el restringido criterio de caja y no bajo criterios patrimoniales, es decir que se considere no solo los flujos monetarios presentes sino también el devengamiento de deuda y de acreencias. Por las características del sistema previsional, donde operan compromisos de muy largo plazo, el criterio contable de caja distorsiona de manera decisiva la evaluación financiera. Al no registrarse la deuda que se contrae con los actuales aportes en una magnitud equivalente a las futuras prestaciones que tienen derecho a reclamar, en el corto plazo la contabilidad pública refleja de manera muy parcial y distorsionada la situación financiera. Mas concreto, en el caso de la reforma el criterio de caja solo registra la pérdida de ingresos (por la derivación de aportes hacia las AFJP) pero la no generación de deuda (porque las prestaciones futuras estarán a cargo de las AFJP y no del Estado). Aunque desde el punto de vista económico la distinción es muy clara, desde el punto de vista de la presentación se ha puesto énfasis en la pérdida de ingresos sin considerar la reducción de la deuda, con lo cual se le asigna incorrectamente un impacto negativo a la reforma.

Adicionalmente, la ecuación financiera del sistema fue afectada por decisiones de política fiscal. En materia tributaria, se decidió reducir las contribuciones patronales a la seguridad social como estrategia para reducir los costos laborales sin afectar el salario de bolsillo. La idea subyacente era mejorar la competitividad de las empresas y promover la generación de empleos de calidad. Si bien se trata de una medida que apuntaba a racionalizar la estructura impositiva, en términos de presentación formal fue asociada a un desmejoramiento del desempeño financiero del sistema previsional.

En la misma línea, pero en materia de administración del gasto público, se instrumentó la absorción por parte del sistema nacional de varias cajas previsionales de los empleados públicos. Desde el punto de vista previsional se trató de un avance en el sentido de homogeneizar e integrar el sistema y una manera de reducir gastos futuros. En un análisis patrimonial y no de caja, la absorción implicó aumentar la solvencia del Estado ya que las promesas que realizaban estos regimenes absorbidos eran mucho más generosas que la del régimen nacional. Nuevamente, asociado a la reforma (y no como una medida mas general de política fiscal) y evaluado con criterio de caja (y no con criterios patrimoniales) en

términos de presentación formal este proceso suele ser usado para sostener argumentos en el sentido de que la reforma complicó la situación financiera del sistema.

En segundo lugar, se esperaba aumentar la equidad del sistema. La meta era establecer un esquema alternativo a las arbitrariedades subyacente en el viejo sistema, especialmente al hecho de que el monto de las prestaciones no se justificaban en términos de reconocer el aporte realizado durante la vida activa ni el estado de necesidad de las personas, sino en la capacidad para obtener un tratamiento especial a través de algún régimen especial o por vía del litigio judicial. En esta línea la reforma contempla, por un lado, que una parte de la prestación responda a una lógica de solidaridad. Para ellos si fija la PBU como un montó igual para todos los beneficiarios. Por otro lado, el resto de la prestación apunta a la equidad a través de una equivalencia estableciendo que el monto del haber previsional tiene que ser proporcional a los aportes realizados durante toda la vida activa. Esto se logra a través de la capitalización individual.

En tercer lugar, se esperaba mejorar la gestión. Por un lado, porque en el componente de capitalización se apelaba a la gestión privada en un entorno de competencia. Por el otro, porque el régimen publico tenía funciones más acotadas y mejor precisadas. Por ambas vías se esperaba llegar a una mejor calidad de atención a los beneficiarios con menores niveles de gastos administrativos.

En cuarto lugar, como ocurrió en otros países, se esperaba impulsar de manera progresiva, a medida que se acumulan fondos en las cuentas previsionales, un proceso de modernización y fortalecimiento del mercado de capitales. Teniendo en cuenta la crónica insuficiencia de inversión que sufría el país se traba de un objetivo secundario pero muy estratégico. En cierta medida, como de hecho ocurrió con la reforma previsional chilena, se esperaba que los ahorros previsionales fueran uno de los sostenes de un proceso de desarrollo sostenido.

Por último, de la reforma se esperaba un cambio importante sobre la estructura de incentivos en relación a la registración laboral. Mientras que en el viejo sistema la correlación entre los beneficios y el esfuerzo de aportes era baja, en el pilar de capitalización esta correlación es muy estrecha. El cambio implica un estímulo a favor de realizar los aportes y contribuciones a la seguridad social. A la luz de la elevada y creciente incidencia del empleo no registrado, mejorar la estructura de incentivos constituía un objetivo de trascendental importancia.

3.3 Resultados alcanzados.

Al igual que en el caso de riesgos del trabajo, el primer logro fue que la reforma se puso en funcionamiento en plazos breves y está operando en la actualidad. Esto implicó importantes decisiones en la órbita pública, desde la sanción de la ley en el Congreso hasta la creación de un complejo marco regulatorio. Adicionalmente, fue necesario crear la superintendencia de AFJP, como ente autónomo con facultades de supervisión sobre el régimen de capitalización y fortalecer otros organismos del sector público que tiene competencia en algunos de los temas tratados en la reforma (ANSES, Superintendencia de Seguros, Comisión Nacional de Valores y Administración Federal de Ingresos Públicos). Probablemente el punto más complejo y trascendental fue montar un sistema de recaudación de aportes nominados. Esto, como ocurrió en otros países, implicó un avance

muy importante para la administración del sistema previsional ya que por primera vez se comienza a construir con cierta rigurosidad la historia laboral de cada trabajador. Adicionalmente, la reforma fue evaluada como lo suficientemente atractiva para que desde el sector privado se sintieran convocados a participar en el nuevo mercado varios grupos económicos de diferente naturaleza.

El grado de aceptación del sistema entre la población es un tema controvertido. La reciente reforma que abrió la posibilidad para que los afiliados puedan regresar al régimen público es un reflejo de ello. Por ejemplo, el impacto negativo del default sobre los ahorros previsionales ha sido motivo de críticas sobre la reforma. Las evidencias muestran que el régimen de capitalización no pudo evitar las consecuencias negativas de la debacle, es decir que no es totalmente inmune a la discrecionalidad política. Sin embargo, comparado con el régimen de reparto mostró mayor capacidad para ponerle algún tipo de límites a este avasallamiento y defender con mayor eficacia los intereses de los afiliados (Recuadro 14). De todas formas, la consideración de que las comisiones que cobran la AFJP son injustificadamente elevadas constituyen el principal y más fundado factor de crítica a la reforma.

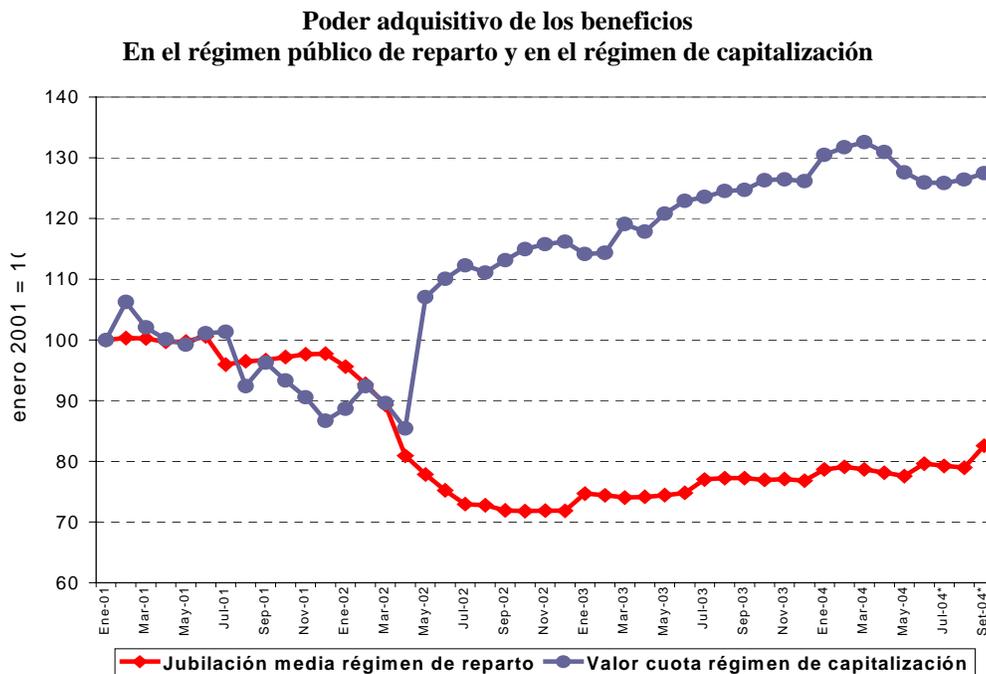
Recuadro 14. ¿Qué régimen es más permeable a la discrecionalidad política?

El manejo irresponsable de las finanzas públicas en Argentina llevó al hiper-endeudamiento del país que desencadenó la devaluación, el default y la pesificación. A pesar de que con el canje de títulos públicos en poder de las AFJP, los activos previsionales han sufrido importantes quitas en su valor nominal, las primeras evidencias muestran que los diferentes regímenes previsionales han brindado niveles de protección muy diferente. Al momento de definir quién paga las consecuencias de la crisis, el régimen de reparto mostró mayor vulnerabilidad al estar más sometido al manejo político. De hecho, una parte importante del superávit fiscal que se produjo a partir de la salida de la convertibilidad es generado gracias al deterioro producido sobre los haberes de los jubilados. Si bien los beneficiarios del régimen de capitalización también soportaron pérdidas, éstas fueron significativamente menores.

La prestación jubilatoria media del régimen de reparto ronda los 413 pesos. Desde la devaluación hasta el 2004 había perdido un 20% de su poder adquisitivo como consecuencia de la inflación a pesar de que el Gobierno aumentó la jubilación mínima en varias oportunidades – de 150 pesos a 308 pesos– y aumentó en 10% las prestaciones inferiores a 1.000 pesos.

En el régimen de capitalización la realidad ha sido bastante diferente. Una forma de medir los ajustes en las prestaciones en este régimen es a través del “valor cuota” el cual, desde de la devaluación hasta el 2004, ha aumentado en términos nominales un 125%. Esto implica que el poder adquisitivo de las prestaciones del régimen de capitalización experimentó un aumento real, descontando el efecto de la inflación, del 47%.

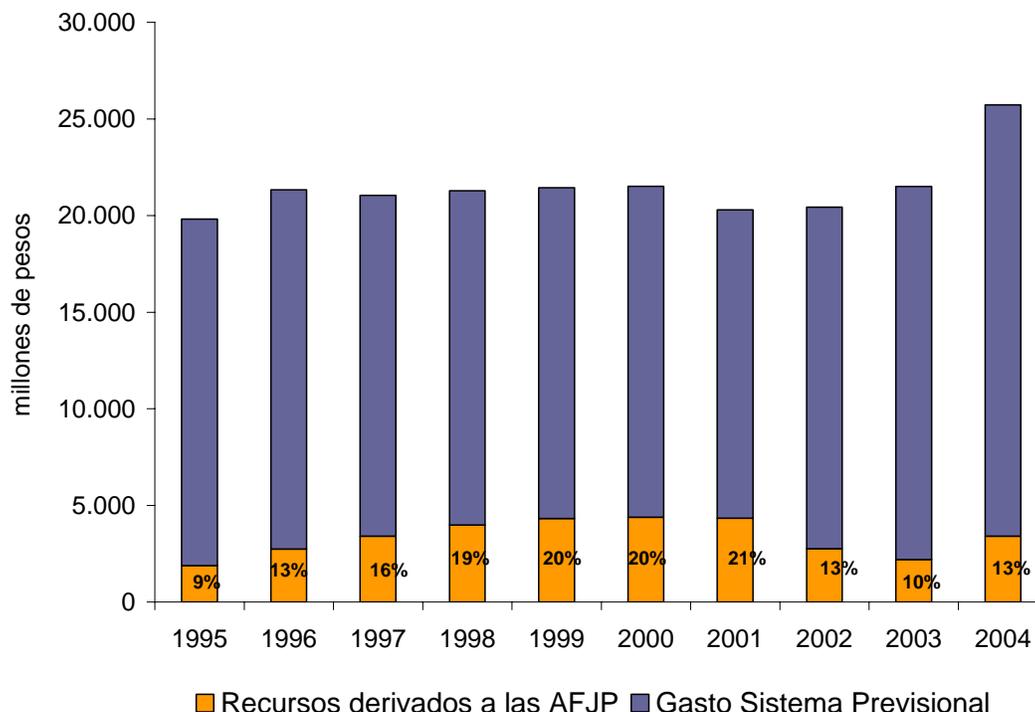
En otras palabras, el canje de títulos en poder de las AFJP implicó pérdidas importantes si se miden los ahorros en función del valor del dólar. Sin embargo, en términos de precios al consumidor la situación ha mejorado. Esto no ocurrió para la mayoría de los jubilados del régimen de reparto que hoy tienen un poder de compra menor al que tenían antes de la devaluación.



Fuente: IDESA en base a ANSES y SAFJP.

El impacto sobre la solvencia financiera ha sido motivo de muchas controversias. Las opiniones más críticas se refieren a los costos de la transición. Este se define como la brecha financiera de corto plazo que se genera por la pérdida de ingresos que sufre el régimen de reparto por los aportes personales derivados a las AFJP; mientras que se mantiene el compromiso de pago de las jubilaciones en curso. La magnitud de esta brecha llegó a ser del 20% del gasto anual del régimen previsional de reparto y disminuyó a partir del 2001 producto de la disminución transitoria de la alícuota de aporte personal que se destina a la AFJP –pasó de 11% a 7% del salario– (Gráfico 6).

Gráfico 6. Recursos Derivados a las AFJP



Fuente: AFIP y SAFJP

Hay varios estudios que abordan la prospectiva financiera del sistema luego de la reforma (Schulthess *et al*, 2000; Grushka, 2001; Rofman, R. *et al*, 1997). Con diferentes tipos de metodologías y de premisas, se aportan bases cuantitativas en relación al impacto de la reforma sobre la sostenibilidad del régimen de reparto. La principal conclusión es que el déficit del régimen de reparto se mantiene en niveles elevados hasta pasado el año 2030.

La controversia en relación a los costos de transición se origina, en gran parte, por la deficiente contabilidad que utiliza el Estado para registrar su situación patrimonial. Bajo criterios contables de caja y en un régimen de reparto, los aportes de los trabajadores activos son considerados ingresos corrientes. En paralelo, no se contabiliza el pasivo que se generan por el hecho de que esos trabajadores están adquiriendo el derecho a recibir prestaciones una vez que lleguen a cumplir los requisitos que fija la ley. Más allá de que este derecho no se formaliza (con la emisión de un bono por ejemplo) la deuda existe y tiene una garantía legal sólida (probablemente con mayor protección jurídica que un título público).

El costo de la transición se mantiene hasta el 2030 porque dicho costo no se compone sólo del pago de las jubilaciones corrientes sino también de la deuda contraída –y no contabilizada– a los cotizantes al viejo régimen que siguen cotizando en el nuevo régimen, que en el caso argentino es la Prestación Compensatoria (PC).

El sistema mixto argentino es financieramente consistente actuando plenamente en régimen, es decir, luego 30 años cuando todos los cotizantes tienen la totalidad de sus cotizaciones en el sistema reformado. Esto es, tiene un diseño donde la contribución patronal se destina al régimen público de reparto para financiar la Prestación Básica Universal (PBU) y el aporte personal alcanza para financiar la Prestación Adicional por Permanencia (PAP), en el caso de los cotizaciones que optaron en el régimen de reparto, o la Jubilación Ordinaria (JO), para los que optaron por el régimen de capitalización.

Pero en la transición, es decir, cuando hay cotizantes que tienen parte de sus cotizaciones en el sistema viejo y parte en el sistema nuevo, el sistema tiene una deuda que no se contabilizó oportunamente en el viejo sistema que en el nuevo sistema se manifiesta a través de la PC con una prestación de beneficio definido (1,5% del salario por cada año al viejo sistema). La deficiencia de la PC es que se espera que sea financiada enteramente por la contribución patronal. Al sumar los dos beneficios definidos que debe financiar la contribución patronal (PBU más PC), el régimen de reparto deviene financieramente inconsistente.

Lo anterior implica que el alto costo de la transición no se debe sólo al hecho de que el aporte personal de los cotizantes deja de financiar el pago de las jubilaciones corrientes sino que está agravado por no haber contabilizado apropiadamente la deuda que contraía el viejo sistema de reparto con sus cotizantes y, posteriormente, con el diseño de la PC que suma una promesa adicional para la cual la contribución patronal es financieramente insuficiente.

A este cálculo se le suele adicionar, aunque se trató de una política previsional posterior a la reforma y que tuvo poco que ver con ella, la absorción de varias cajas provinciales. Se ha estimado que esto generó un desequilibrio sobre el régimen de reparto importante ya que –debido fundamentalmente a prestaciones relativamente elevadas– la recaudación que generaban los empleados públicos provinciales eran sensiblemente más baja que las erogaciones. Aunque poco tiene que ver con la reforma frecuentemente se lo asimila a ella. Desde el punto de vista de la contabilidad de caja, se trataría de un cambio sin impacto cuando se evalúa el sector público consolidado. Lo que era un déficit provincial pasó a ser un desequilibrio en las finanzas federales. Así es frecuentemente planteado, poniendo énfasis en que el Estado nacional asume la obligación de abonar las prestaciones de 187.000 jubilados y pensionados con una prestación media de \$812, que es un 86% superior a la prestación media de los jubilados del sistema nacional. El impacto se potencia porque la mayoría de los trabajadores activos pasaron a cotizar al régimen de capitalización con los cual sus aportes no ingresan al régimen de reparto.

Sin embargo, la contabilidad de caja refleja de manera muy distorsiva los impactos de la absorción de las cajas. Al aplicar una evaluación desde el punto de vista de contabilidad patrimonial, la solvencia fiscal del sector público consolidado (nacional y provincial) aumenta. Esto es así porque la promesa de prestaciones que hacían los sistemas provinciales era muy elevada, sensiblemente más alta que la del sistema previsional nacional. Un indicio de esto es que el salario medio que pagaban las provincias se ubicaba

en el entorno de los 850 pesos mensuales, suma similar al haber previsional medio. Al ofrecer tasa de reemplazo que se aproximaba al 100% del salario en actividad estos sistemas estaban condenados a la crisis crónica y a un impacto fiscal muy negativo. Al transferirse estos trabajadores al régimen que ofrece una tasa de reemplazo del orden del 50% / 60% (García Rapp, 2000)²⁰ se está generando un ahorro fiscal de magnitudes muy importantes.

Por último, aunque poco tiene que ver con la reforma, también se suele imputar como costo el impacto que tuvo sobre la recaudación de la seguridad social la reducción de contribuciones patronales²¹.

Las polémicas en torno a los denominados costos de transición en cierta forma han llevado a soslayar o minimizar la importancia de los ajustes paramétricos que introdujo la reforma. En tal sentido, cabe considerar el aumento en la edad que de manera gradual implicó extenderla en 5 años. Esto, unido a criterios administrativos más restrictivos para reconocer los años de aporte y una mejor gestión de la historia laboral, constituyen factores de alto impacto sobre la sostenibilidad de sistema.

Un tema menos discutido en la literatura y los debates políticos y que tiene alto impacto desde el punto de vista de los impactos financieros de la reforma es referido al monto de las prestaciones que contempla el nuevo sistema. Una comparación con los esquemas de beneficios incorporados en las reformas de otros países ubica a la Argentina entre las que contempla un menú más amplio (Cuadro 4). Dentro de lo que son los modelos mixtos, el único país que reconoce una pensión mínima, reconocimiento por los aportes realizados al sistema antiguo y, además, otorga garantía estatal en caso de que una administradora no alcance una rentabilidad mínima es Argentina. El resto –Uruguay, Costa Rica y Ecuador– no contempla bono de reconocimiento ya que se considera suficiente la pensión básica e inclusive en Costa Rica y Ecuador tampoco el Estado garantiza la rentabilidad mínima cuando una administradora tiene un deficiente desempeño. En los otros modelos de reformas, se observa que en varios países se reconocen el bono de reconocimiento y pensión mínima, sin embargo, son sistemas sólo de capitalización, o son modelos paralelos donde quien opta por capitalización deja de generar compromisos en el régimen de reparto (Mesa-Lago, 2004).

²⁰ Es importante resaltar que si bien la promesa implícita del sistema nacional es menor que la de los sistemas provinciales, es altamente probable que sea más beneficiosa para mucho de los trabajadores transferidos. Esto se debe a que una muy alta proporción de los trabajadores tiene un salario bastante por debajo de los 850 pesos, y como la estructura de PBU y PC es de componente fijo más porcentaje de salario, la tasa de reemplazo es proporcionalmente mayor para los salarios menores y va disminuyendo progresivamente para los salarios más altos.

²¹ La única asociación que existe es que los sucesivos decretos que dispusieron, con diferentes variantes a lo largo del tiempo, la reducción de contribuciones tomaron como respaldo legal la ley que impuso el nuevo sistema previsional.

Cuadro 4. Los beneficios a cargo del Estado en las reformas de la región latinoamericana

PAIS/MODELO/SISTEMA	Año Reforma	Beneficios Previsionales		
		Bono de Reconocimiento	Pensión Mínima	Garantía Adicional (1)
Modelo mixto (público y privado)				
Argentina	1994	Si (PC)	Si (PBU)	Si
Uruguay	1996	No	Si	Si (2)
Costa rica	2001	No	Si	No
Ecuador	2004	No	Si	No
Modelo sustitutivo (privado)				
Chile	1981	Si	Si	Si
Bolivia	1997	Si	No	No
México	1997	No	Si	No
El Salvador	1998	Si	Si	No
R. Dominicana	2003-2006	Si	Si	Si (3)
Nicaragua	2004	Si	Si	No
Modelo paralelo (público o privado)				
Perú	1993	Si	No (sólo a los afiliados desde 1945)	No
Colombia	1994	Si	Si	Si

Notas: (1) Si una Administradora no puede garantizar el rendimiento mínimo de la cuenta individual, el Estado aporta la diferencia; (2) En caso de quiebra de una administradora, una compañía de seguros del Estado se hace responsable del pago de las pensiones; (3) El Estado es responsable de cualquier incumplimiento que ocurra en el sistema privado.

Fuente: Mesa-Lago, 2004.

Los avances en términos de equidad también se enmarcan en un proceso gradual que no ha estado exento de cuestiones polémicas. Algunos de los puntos más críticos tienen fundamento en el diseño original del esquema de beneficios, mientras que otros se relacionan con fenómenos asociados a la forma que ha operado sobre el sistema.

El esquema de beneficios contempla prestaciones que insumen cantidades importantes de recursos con pobre impacto sobre la equidad. Este es el caso de la PC en la transición y de la PBU como mecanismos de carácter permanente. En términos simplificados, el diseño del esquema de prestaciones puede ser caracterizado como de prestaciones relativamente altas con requisitos de acceso relativamente exigentes. La realidad del mercado de trabajo argentino demuestra que al exigir 30 años de aportes para acceder a los beneficios previsionales, una parte muy importante de la población activa –la que se encuentra en situación social de mayor vulnerabilidad– queda sin cobertura. Aunque la PBU, por ser de monto fijo, intenta ser un mecanismo solidario, dentro de la dinámica laboral argentina opera con varios sesgos regresivos. El deterioro del mercado de trabajo es tan grande que solo quienes detentan una posición más ventajosa en el mercado de trabajo pueden llegar a acreditar 30 años de aportes. En consecuencia en el diseño teórico la PBU cumple un rol redistributivo, pero en la práctica esto es bastante parcial ya que la solidaridad solo se produce entre las personas que logran superar umbrales que resultan muy exigentes para los trabajadores en situación más desfavorable.

Al considerar la forma en que se financian estas prestaciones aumentan las evidencias de que el sistema previsional en el marco de las actuales dinámicas laborales encubre serios problemas de equidad. En promedio, un 56% de los recursos del régimen de reparto provienen de impuestos específicos o rentas generales. En otras palabras, la sociedad en su conjunto está financiando más de la mitad de los gastos de un esquema previsional al que no están teniendo acceso los trabajadores con mayores dificultades de inserción laboral. Hay evidencias de que la cobertura previsional ha caído. Sin embargo este promedio encubre el hecho de que la caída es explicada por una brusca reducción entre los trabajadores de más bajos salario, mientras que entre los trabajadores con mayores remuneraciones se observa que la cobertura ha aumentado de manera significativa (Colina *et al*, 2002). Esto implica que la reforma operando en un contexto de deterioro de la situación laboral esta teniendo un impacto negativo sobre la equidad ya que discrimina a los trabajadores que sufren con mayor intensidad los problemas de inserción laboral.

Aunque de menor importancia, también tiene una connotación negativa desde el punto de vista distributivo el diseño de la PBU como una suma fija para todos los beneficiarios. Al ser percibida por todos los beneficiarios, incluso los que reciben prestaciones relativamente elevadas tienen un impacto redistributivo positivo pero muy parcial ya que resulta financieramente muy costosa. De hecho, se han discutido y propuesto diferentes tipos de alternativas que apuntan a establecer mecanismos de redistribución más focalizados de manera que con igual o menores costos se logre un refuerzo mas intenso sobre las jubilaciones mas bajas. Sin embargo, a mas de una década de sancionada la reforma el esquema se mantiene en su diseño original²².

También han tenido una connotación negativa desde el punto de vista distributivo los avances muy limitados hacia la eliminación de los regímenes especiales y la erradicación de la litigiosidad. En la práctica, estos mecanismos de concentración de recursos en los segmentos de beneficiarios mejor posicionados siguen operando y, en algunos casos, con mayor intensidad que en el pasado. Por el lado de los regímenes diferenciales la nueva ley estableció que el Congreso debía revisar cuales era las actividades que ameritaban un tratamiento diferencial y proceder a ratificarlas, mientras que debía derogar las restantes. El Congreso, hasta el momento, no hizo esta revisión con lo cual los regímenes diferenciales heredados continúan vigentes.

En relación a la litigiosidad, la gran mayoría de los juicios previsionales siguen originándose en controversias relacionadas con la ley antigua. Sin embargo, esto no significa que se trate de un problema residual con tendencia a desaparecer. En realidad, hay indicios de que se presenta como un fenómeno estructural que mas allá de algunos ciclos y matices mantiene plena vigencia. Recientemente la Corte Suprema de Justicia la Nación²³ emitió un fallo que modifica criterios establecidos por uno anterior de la misma jerarquía, en donde se obliga a la ANSES a aumentar los haberes por considerar que la movilidad aplicada fue insuficiente. Aunque el fallo se refiere y tiene aplicación directa a hechos

²² El Decreto 1.306/2000 convertía la PBU en un beneficio denominado Prestación Suplementaria cuyo diseño consistía en que se suplementaba las prestaciones inferiores a 10 MOPRES (800 pesos) de manera proporcional con mayor intensidad en las prestaciones más bajas. Sin embargo, el Decreto no entró en funcionamiento por cuestionamientos jurídicos que entendían violaba derechos en expectativa de las personas de mayor nivel de ingreso.

²³ Sanchez, María del Carmen c/ ANSES s/ reajustes varios.

ocurridos hace más de una década, en la práctica ya sentó las bases para que nuevos juicios sigan drenando los limitados recursos de la ANSES incluso para períodos mas recientes. A esto se agrega que también han aparecido focos de litigiosidad en relación a los beneficios por incapacidad y fallecimiento.

Otra área donde prevalecen evaluaciones negativas es en relación a las expectativas de aumento de cobertura. Seguramente hubo, en la instancia de la concepción de la reforma, una sobreestimación de los incentivos que generaría en los trabajadores el hecho de que ahora sus aportes serían depositados en una cuenta a su nombre. La lógica subyacente era confiar en inducir un cambio de percepción sobre la naturaleza de los aportes. Que sea valorado como un salario diferido en lugar de ser considerado como un impuesto.

La experiencia argentina, consistente con la de la mayoría de los países, es que estos incentivos no son lo suficientemente potentes como para revertir los estímulos del trabajador y sus empresas a no formalizar el contrato de trabajo (Colina *et al*, 2002). Frente a la elevada presión financiera y burocrática que implica cumplir con toda la legislación, la baja capacidad de cumplimiento de muchas empresas (especialmente en el segmento de las mas pequeñas) y una fiscalización estatal mediocre, hace que los incentivos asociados al ahorro previsional en cuentas de capitalización individual resulten demasiado débiles como para modificar la presión que existen en el mercado de trabajo a favor de la informalidad (Giordano *et al*, 2003). Las tendencias a la profundización de la segmentación del mercado de trabajo sugieren que se trata de un problema estructural vinculado a la dinámica económica y laboral y en el cual no es mucho más lo que se puede esperar de las reformas sobre el sistema previsional (ver Recuadro 15).

Recuadro 15. La cobertura previsional luego de la reforma.

Durante la vigencia del viejo sistema de reparto, el nivel de cobertura venía cayendo para todos los niveles de ingreso. Tomando los dos grupos extremos en la distribución del ingreso, se observa que en el segmento más pobre la cobertura cae del 71% en 1975 a 45% en 1994, mientras que para el segmento de mayores salarios la cobertura cae del 97% en 1975 al 85% en 1994.

Con la reforma previsional, el nivel de cobertura se redujo tanto para hombres como para mujeres, para todos los segmentos de edad, para todos los tamaños de empresa, para los asalariados de menor ingreso, pero se mantuvo estable para los de mayor nivel de salario. Al pie del Recuadro se ilustra como la cobertura previsional cae sistemáticamente para ambos sexos y para todas las edades, sin embargo, la caída es pronunciada entre las personas de bajos ingresos mientras que para los ingresos medio alto la caída está atenuada y el cuartil de ingresos más altos experimenta un aumento de la cobertura. Esto sugiere que sólo en el segmento de más altos salarios el incentivo que implica capitalizar los aportes en una cuenta individual fueron superiores a los incentivos a favor de no cumplir con la legislación laboral y de la seguridad social.

Empleo asalariado registrado según nivel salarial, año y sexo.

Total país (2001)

Nivel salarial	Mujeres		Hombres	
	1993	1998	1993	1998
Bajo	47 %	27 %	55 %	32 %
Medio Bajo	78 %	72 %	77 %	69 %
Medio Alto	84 %	83 %	84 %	79 %
Alto	91 %	94 %	89 %	90 %

Fuente: Colina *et al* (2002).

Empleo asalariado registrado según nivel salarial, año y edad.

Total país (2001)

Nivel salarial	18 a 29 años		30 a 40 años		41 a 55 años		56 a 64 años	
	1993	1998	1993	1998	1993	1998	1993	1998
Bajo	0.42	0.25	0.58	0.32	0.59	0.34	0.54	0.33
Medio Bajo	0.71	0.64	0.80	0.73	0.83	0.79	0.76	0.67
Medio Alto	0.79	0.74	0.87	0.84	0.87	0.85	0.83	0.86
Alto	0.85	0.87	0.90	0.93	0.91	0.93	0.88	0.83

Fuente: Colina *et al* (2002)

En relación a las mejoras en la eficiencia también los resultados son variados y, por lo tanto, no se pueden sacar conclusiones terminantes. Mientras que en algunas áreas se hicieron avances modernizadores importantes, en otras se generaron nuevos nichos por los cuales se filtran recursos hacia gastos improductivos.

Entre los impactos positivos probablemente el más importante se produjo en el sistema de recaudación de las imposiciones sobre los salarios. La reforma exigió montar un esquema que permitiera imputar los fondos en cuentas individuales con agilidad y exactitud. Este desafío implicó que ya no alcanzaba con la tradicional presentación global de cada empresa sino que era necesario identificar a cada uno de los trabajadores. Para ello fue necesario

impulsar una profunda transformación del sistema de recaudación, caracterizado históricamente por aplicar tecnologías obsoletas. Gracias a este salto modernizador se generaron las condiciones para contar con instrumentos más eficientes de control sobre las empresas y un insumo clave para la construcción de las historias laborales de cada trabajador. Esto facilitó una mejor gestión de los beneficios, pero no parece haber desencadenado una transformación más integral en los estilos de gestión de la ANSES. Mas aún, como la responsabilidad de recaudación fue transferida a la AFIP –procurando integrar la recaudación de imposiciones sobre los salarios al resto de los tributos– es probable que el impacto modernizador asociado a la reforma haya sido más intenso en la AFIP que en la ANSES.

La introducción de las administradoras privadas también está sujeta a evaluaciones con conclusiones ambiguas. El punto más polémico, no solo en la Argentina sino en todos los países que introdujeron reformas de este tipo, son los relativamente altos gastos administrativos con los que operan las AFJP. Mas que un problema intrínseco de la reforma parecería que la clave son malas reglas de juego que llevan a que la estructura de incentivos que enfrentan las AFJP no están totalmente alineados con los intereses de sus afiliados. Esto probablemente sea el principal factor que explica los elevados gastos comerciales y los comportamientos poco competitivos por parte de las administradoras.

El factor clave es que las AFJP son inducidas a sostener una agresiva política comercial basada en competir a través de elementos no directamente relacionados con la calidad de los servicios ofrecidos a sus afiliados. Este comportamiento responde a varias causas, pero una muy importante es el mecanismo aplicado para el cobro de la comisión. El esquema obliga a la AFJP a calcular la comisión (que se compone de comisión de administración y el costo del seguro) sobre cada aporte que realiza el trabajador, con lo cual, el esquema implícito es que el afiliado paga por adelantado el servicio que la AFJP se compromete a realizar en el futuro. Lo más contradictorio es que, si cambia de AFJP por disconformidad por los servicios recibidos, las comisiones retenidas sobre los aportes ya realizados no son reintegradas. Asimismo, si ese trabajador tiene ahorros acumulados pero no se encuentra realizando cotizaciones (una situación frecuente en el mercado de trabajo argentino donde según datos de la EPH para el III trimestre del 2003 el 20% de la fuerza de trabajo está desempleado, el 24% tiene un empleo asalariado no registrado y un 16% adicional es cuentapropista en incumplimiento de las obligaciones fiscales), ninguna AFJP tendrá incentivos para captarlo ya que no le retribuirá ninguna comisión al no estar realizando aportes.

Tal como está diseñado el esquema de comisiones, en la práctica implica un pago por adelantado de un servicio que se compromete a prestar durante décadas. Esto induce a agresivas campañas comerciales para captar trabajadores formales, con una alta regularidad de aportes. Mas allá de los objetivos declamados, terminan siendo muy débiles los estímulos a favor de que las administradoras se preocupen por la mejor combinación de rentabilidad y riesgo de la cartera de sus beneficiarios.

La falta de competencia por factores ligados a la calidad de servicios se potencia por el hecho de que el esquema es demasiado sofisticado para el entendimiento de la mayoría de los afiliados y que además los trabajadores muestran bajo interés por la cobertura de una

eventualidad o contingencia lejana en el tiempo o de baja probabilidad²⁴. El relativo desinterés de los afiliados potencia la tendencia a que las administradoras pongan más atención en factores comerciales que en el manejo cuidadoso y racional de los fondos previsionales.

Otro elemento regulatorio que atenta contra los buenos resultados, porque desvía la conducta de las AFJP, son las regulaciones de rentabilidad mínima. La regla vigente no penaliza la no obtención de una rentabilidad razonable, sino el desvío dentro de una banda que se define alrededor del promedio de todas las administradoras. Al ser penalizado el desvío de rentabilidad respecto al promedio, naturalmente se induce en materia de administración de carteras el denominado “comportamiento manada”. Nuevamente no se trata de un problema intrínseco del sistema sino de la forma en que se definieron las reglas de juego. Para las administradoras lo más racional no es priorizar como elemento diferenciador la calidad de los servicios –en términos de la administración de rentabilidad/riesgo– sino mantener una cartera de inversiones lo más parecida posible a la de sus competidores y, de esta forma, minimizar los riesgos de ser penalizados por sufrir algún desvío de rentabilidad importante en comparación con sus competidores. Se llega a la paradoja de que cuando la mayoría de las administradoras tienden hacia rentabilidades negativas, resulta racional acompañar ese proceso antes que ser conservador y procurar minimizar la pérdida de rentabilidad de los fondos, ya que dicha conducta involucraría mayores riesgos.

De esta forma, la combinación de afiliación compulsiva, un producto sofisticado para el entendimiento del común de la gente que se traduce en desinterés por demandarlo, regulaciones inadecuadas y la combinación de un mercado bastante concentrado (el 65% del valor de los fondos está a cargo de las cuatro administradoras de mayor tamaño), explican una incidencia de gastos administrativos de una magnitud que impactan negativamente sobre el monto de las prestaciones (Recuadro 16). Se trata de un punto débil e importante, pero que no es intrínseco a la reforma ya que no se han explotado las herramientas regulatorias apropiadas para revertirlo. Sin embargo, tiene entidad suficiente como para deslegitimar el sistema y da argumento para sostener posicionamientos críticos y, en casos más extremo, impulsos para retornar al esquema de reparto tradicional.

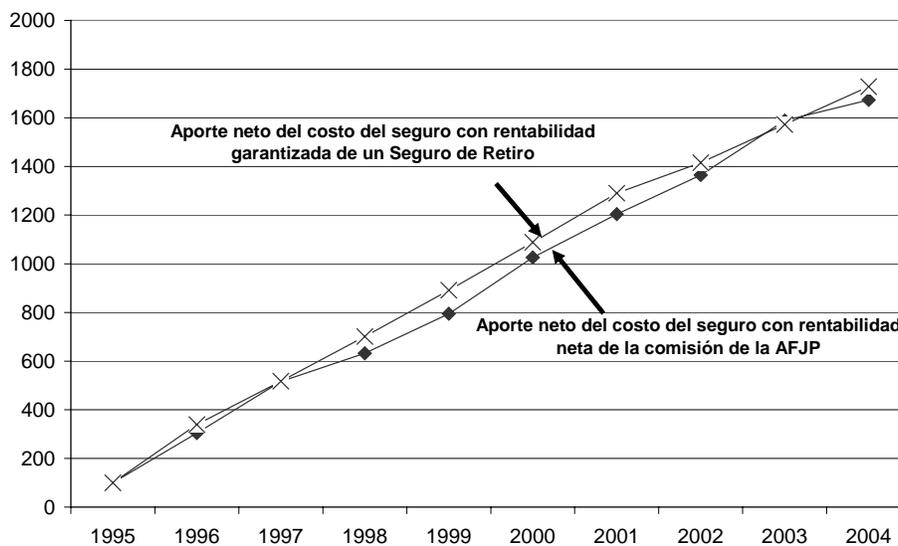
²⁴ Por el tipo de prestación el interés es mucho más bajo que por servicios de uso más cotidiano como los de salud o las prestaciones de desempleo, por ejemplo.

Recuadro 16. Una comparación entre ahorrar en una AFJP o en un seguro de retiro.

En Colina *et al* (2002) se compara la forma que se acumularían los ahorro previsionales en un AFJP con lo que hubiese ocurrido en una compañía de seguros de retiro. Se tomo como referencia un trabajador con un salario de \$1.000 que hizo aportes durante los 10 años de vida del sistema y los parámetros observados del régimen de capitalización, es decir, las alícuotas, las rentabilidades y las comisiones netas del costo del seguro cobradas por las AFJP. Dicha evolución se compara con la evolución que hubieran tenido los fondos con una póliza de Seguro de Retiro que es una alternativa voluntaria de ahorro previsional, que actualmente opera en Argentina, la cual garantiza una rentabilidad mínima anual de 4% y luego la compañía comparte con el usuario los excedentes de rentabilidad. El punto más importante es que las compañías cobran su comisión una vez que lograron superar este umbral de rentabilidad mínima garantizada.

El gráfico adjunto ilustra los resultados de la simulación. Se observa con claridad que haber ahorrado en una AFJP, a pesar de haber tenido una rentabilidad promedio anual de 10%, muy por encima de la rentabilidad mínima garantizada por el Seguro de Retiro, terminan siendo inversiones similares producto del alto costo de administración de las AFJP y del mecanismo de cobro, que grava cada aporte antes de ser incorporado a la cuenta de capitalización individual en lugar de ser una vez que la AFJP logra obtener rentabilidad. Cabe destacar, además, que este cálculo subestima al Seguro de Retiro porque solo considera la rentabilidad mínima garantizada cuando en la realidad todas las compañías de Seguro de Retiro dieron rentabilidades superiores.

Evolución de los ahorros previsionales en una AFJP y en un Seguro de Retiro



Fuente: Colina *et al* (2002).

Por último, el impacto sobre el mercado de capitales es difícil de evaluar en el marco de la severa inestabilidad macroeconómica que ha prevalecido en el país. La presencia de inversores institucionales de envergadura –como son las AFJP– indujo un impulso modernizador sobre las reglas y pautas de funcionamiento del mercado de capitales. Sin embargo, esto se fue desdibujando en la medida que el alto déficit fiscal fue sesgando la

cartera de inversión hacia los títulos públicos. En los 11 de vida del régimen de capitalización la tenencia de títulos público y plazos fijos bancarios en las carteras de los fondos previsionales osciló siempre en alrededor del 75%. Con la devaluación, la pesificación asimétrica y el default de la deuda pública, se generó un gran desorden e inseguridad jurídica que llevó a que en la actualidad la posibilidad de que las AFJP jueguen un papel relevante como factor que impulse el ahorro y la inversión sigue siendo una posibilidad latente mas que una realidad.

4. Las reformas sobre el sistema de obras sociales.

En la crisis del sistema de seguros de salud operan una multiplicidad de factores. Algunos de ellos son comunes con los observados en otros países, como por ejemplo el envejecimiento de la población y los aumentos de costos asociados a las tecnologías crecientemente sofisticadas. Otros son los mismos que contribuyeron a explicar parte de la crisis del resto de la seguridad social, como es el caso del adverso contexto económico y social. Sin embargo, se puede argumentar y sostener que uno de los principales desencadenantes de un proceso profundo de degradación en la calidad de los servicios es la particular conjunción de un régimen financiero inconsistente y la cautividad de la afiliación.

La forma en que se canalizó la crisis es diferente a la observada en los otros sistemas que integran la seguridad social. Mientras que en el sistema previsional y más aun en el de riesgos del trabajo la crisis desencadenó procesos litigiosos, en el caso de las obras sociales la insatisfacción y desprotección de la gente fue absorbida por los hospitales públicos. De esta manera, las carencias de cobertura no derivaron en las situaciones explosivas que se generarían si a la población se le niega la atención sanitaria. La red de hospitales públicos – con acceso libre y gratuito para toda la población– opera en la práctica como un prestador de última instancia. Aunque implicaba servicios muy inferiores a las expectativas de la población, permitía, en cierta medida, disimular las facetas más dañinas que se derivan a la perversa organización del sistema de obra sociales. Planteado en otros términos, si los hospitales públicos no absorbiesen las demandas insatisfechas de los afiliados de las obras sociales seguramente los problemas tendrían una manifestación más visible.

4.1. Los lineamientos de la reforma.

Fue la única reforma instrumentada como un proceso gradual. El argumento explícito para justificar la adopción de esta estrategia fueron las dificultades que enfrentaban las obras sociales para adaptarse a las nuevas reglas de juego. En este sentido, se pensaba que una reforma gradual daba la posibilidad de introducir los ajustes al interior de los entes gestores a los fines de adecuar su funcionamiento a las nuevas reglas de juego que se pretendían imponer. Sin embargo, es probable que el principal factor haya sido de naturaleza política. Un proceso de reforma gradual aparecía como una posición equidistante entre la vocación transformadora del gobierno y la presión persistentes de los sindicatos por sostener el status quo.

Si bien desde el punto de vista técnico se trató de un proceso complejo, que además estuvo sujeto a una gran cantidad de vaivenes, en términos simplificados la reforma se estructuró en torno a los siguientes ejes:

- Fijar un programa de prestaciones básicas (PMO) que era de cumplimiento obligatorio por parte de todas las obras sociales. La lógica era garantizar un conjunto de prestaciones seleccionadas con criterios de prioridad y cuyo costo fuera compatible con el financiamiento disponible.
- Reformar el régimen financiero a los fines de corregir la inconsistencia actuarial, garantizando el financiamiento compatible con el costo estimado del PMO.
- Introducir competencia entre las obras sociales. La idea original era hacerlo de manera gradual comenzado, en una primera etapa, con la competencia solo entre las obras sociales sindicales. Se planteaba como una segunda instancia abrir el mercado para el ingreso de otros operadores.
- Brindar apoyo financiero para la reconversión de las obras sociales. Con financiamiento del Banco Mundial se implementó un programa del cual se esperaba que las obras sociales sanearán sus finanzas reprogramando sus deudas, redimensionaran sus plantas de personal y modernizaran su estructura de gestión y las habilidades de sus recursos humanos.

4.2. Impactos esperados.

Las reformas apuntaban a transformar las reglas de funcionamiento del sistema con el objetivo de mejorar la protección sanitaria de la población asegurada. En esta meta subyacía, por un lado, un objetivo de equidad. Presentado en términos sintéticos, se procuraba garantizar que todas las personas accedieran a una protección sanitaria básica. Por el otro, la reforma perseguía objetivos de eficiencia. Esto implicaba que la gran cantidad de recursos que se distraían en gastos ajenos a la atención sanitaria fueran redireccionados a producir servicios sanitarios, procurando priorizar las intervenciones de mayor efectividad con destino a la población en estado de mayor vulnerabilidad.

Por eso eran claves y estaban íntimamente interrelacionados los tres eslabones medulares de la reforma: i) fijar con criterios de prioridad sanitaria el programa de prestaciones básicas; ii) garantizar, a través de la reforma del régimen financiero, que todas las personas dispusieran de un financiamiento acorde al costos del programa de prestaciones básico y; iii) generar las condiciones para que las personas pudieran seleccionar en un ambiente de competencia transparente el seguro de salud. La lógica de la reforma era garantizar un piso de protección sanitaria de aplicación universal, sin perjuicio de lo cual la competencia iba a llevar a que los seguros ofrecieran planes más completos en función de que los afiliados dispusieran una mayor capacidad de aporte.

Desde el punto de vista de la equidad y sobre todo de la consistencia de la reforma era clave el rediseño del régimen de financiero. No se trataba de apelar a la receta tradicional de

aumentar la absorción de recursos²⁵ sino de establecer reglas diferentes para su direccionamiento. En este aspecto un paso clave era transformar los criterios de asignación y estilos de gestión del FSR a los fines de mejorar la consistencia entre el costo estimado de este paquete básico y el financiamiento disponible. Para ello era necesario asignar los subsidios hacia los trabajadores de menores ingresos para reforzar sus aportes y acercarlos al valor del programa de prestaciones básica. Adicionalmente, era necesario contemplar un mecanismo especial de financiamiento para las intervenciones de baja incidencia y alto costo. Esto era clave no solo para contribuir a la solvencia del sistema sino también para que, en un ambiente de competencia, las personas con mayores probabilidades de sufrir dolencia que demande este tipo de intervenciones no fueran discriminadas. Por este motivo, la reforma contempló la creación de la Administración de Prestaciones Especiales (APE) a quien se le asignó parte del FSR para que administrara subsidios destinados a financiar –total o parcialmente– ciertas intervenciones de alto costo y baja incidencia.

Con la eliminación de la cautividad y la posibilidad de incorporación de nuevos actores al sistema (en particular, seguros privados con y sin fines de lucro) se esperaba que la competencia actuara como un mecanismo de penalización del desvío de fondos a gastos burocráticos, corrupción o prestaciones no prioritarias. Para concretar estas ganancias de eficiencia era clave acompañar la competencia con el desarrollo de un marco regulatorio y el fortalecimiento de un ente de control. El requisito era poner en operaciones un conjunto de regulaciones procompetitivas tendientes a evitar las conductas no deseadas que generalmente se producen en mercados poco transparentes como el de los seguros de salud. La meta era evitar o morigerar problemas tales como la selección adversa, moral hazard y “descreme” de carteras (tendencia de los seguros a selección de los mejores riesgos).

Para impulsar el desarrollo e instrumentación de este cuerpo regulatorio se creó la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) que se esperaba tuviera un sesgo más técnico y menos politizado que su antecesora la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL). Esto también motivó que la SSS no tuviera –a diferencia de la ANSSAL– ninguna intervención en materia de financiamiento y especialmente de asignación de subsidios. Con esta intención se creó la APE para administrar los subsidios mientras que al ente de recaudación (la AFIP) se le asignó la responsabilidad de distribuir todos los meses de manera automática el subsidio para las personas con aportes per capita más bajo.

4.3. Resultados alcanzados.

En términos generales, se introdujeron transformaciones importantes, pero que no llegaron a tener la envergadura ni la sistematicidad de las producidas en los otros dos sistemas analizados. La brecha en relación a las metas trazadas originalmente es importante, tanto en términos de la profundidad de los cambios como en la orientación, velocidad y secuencia en su instrumentación. De hecho, esto quedó explícitamente manifestado a través de una

²⁵ En realidad, hubo una disminución relativa de los recursos ya que se redujeron las imposiciones sobre los salarios (del 9% al 8% de la nómina salarial) y se eliminaron los denominados recursos de otras naturaleza, que eran tributos aplicados sobre determinados hechos imponibles y asignados a algunas obras sociales (los más importantes eran un impuesto calculado sobre el spread financiero destinado a la obra social bancaria y un impuesto sobre las pólizas de seguro destinado a la obra social del sector).

serie de incumplimientos con condicionalidades acordadas entre el Gobierno Argentino y el Banco Mundial.

Se puede enumerar varios factores que explican el camino zigzagueante seguido por el proceso de reforma. Dentro de ellos, probablemente los más importantes se relacionan con las dinámicas que se producían en el entorno político. Los resultados alcanzados tienen que ser evaluados a la luz del planteo original y de los desvíos que se produjeron durante el proceso de instrumentación de la reforma.

Tal como estaba planeado se avanzó en la definición explícita del paquete prestacional que debía garantizar el sistema. Frente a la total ambigüedad que había prevalecido en el pasado el denominado Programa Médico Obligatorio (PMO) representó un primer intento de avanzar en el sentido de comenzar a definir de manera explícita las obligaciones de las obras sociales y los límites en los derechos de los afiliados. Sin embargo, el cambio fue más formal que práctico y esto condicionó los resultados de la reforma.

El conjunto de prestaciones que se incluyeron en el PMO resultó ser extensivo, al punto tal que difícilmente se pueda identificar alguna intervención médica que haya sido excluida. A esto se le agrega que se trata de un listado abierto sin definir otros parámetros que den precisión a los derechos, tales como criterios de accesibilidad y calidad. La principal consecuencia es que el sistema sigue sufriendo las consecuencias de operar con amplios márgenes de ambigüedad. Por un lado, resulta imposible estimar con rigurosidad actuarial el costo del paquete de prestaciones que el sistema está obligado a suministrar. Por el otro, la obligación de cumplir con el PMO en cierto sentido deviene en abstracta, ya que con reglas de accesibilidad restrictivas o prestadores de muy baja calidad se puede cumplir con la formalidad aunque se este muy lejos del objetivo de garantizar una protección sanitaria razonable. Además, se diluye el papel del PMO como parámetro básico de comparación. Esto no favorece la competencia transparente ya que los usuarios no disponen de un mecanismo que los ayude a evaluar las combinaciones precio/calidad de los diferentes planes de salud ofrecidos.

Los efectos de la indefinición de los beneficios cubiertos por el seguro social se potenciaron por los avances solo parciales en la transformación del régimen financiero. La principal herramienta de política para mitigar los efectos de la inconsistencia actuarial que tenía el sistema –por haberse organizado en base a impuestos al salario y afiliación cautiva por rama de actividad económica– era el Fondo Solidario de Redistribución (FSR). La lógica de la reforma apuntaba a que desde una utilización donde el objeto del subsidio era la obra social y prevalecían criterios de tipo político, se pasara a una gestión en la que el subsidio fuera asignado a las personas y con el criterio de reforzar su aporte. Se trata de un tema clave ya que para poder ejercer el derecho a la libre elección es necesario que cada afiliado tenga el financiamiento suficiente.

El avance más importante alcanzado en el proceso de reforma fue que se montó en el ámbito de la AFIP una mecánica que permite de manera mensual y automática detectar las personas con aporte per capita más bajo y suplementar este ingreso hasta alcanzar un valor determinado. Sin embargo, el impacto aunque importante fue relativizado por el hecho de que sólo una parte de los recursos disponibles en el FSR (poco menos del 70%) se asignaron a esta finalidad. El resto se siguió distribuyendo con el antiguo criterio discrecional.

La convivencia entre ambos criterios –el automático redistributivo y el político discrecional– probablemente fue un requerimiento político para viabilizar la reforma. Sin embargo, tuvo como principal consecuencia que forzó adoptar un “piso” de financiamiento garantizado demasiado bajo respecto al ya difuso y discutible costo que se le atribuía al PMO. En otras palabras, se logró un avance en términos de gestión importante al establecer un mecanismo de distribución automática para parte del FSR. Sin embargo, el avance en términos de decisión política fue parcial porque se asignó un monto de recursos insuficiente lo que permitió reducir pero no eliminar la inconsistencia entre la cápita mínima garantizada y el costo del PMO (Recuadro 17).

Recuadro 17. La inconsistencia actuarial y la distribución automática del FSR.

En la parte inferior del Recuadro se presentan los recursos que disponen las obras sociales ordenadas según el ingreso per capita de cada una de ellas. Se incluyen los ingresos generados por aportes y contribuciones de sus afiliados más los ingresos provenientes del FSR. En ese momento (año 2003) el criterio de distribución consistía en suplementar hasta 40 pesos los aportes inferiores a dicha suma por trabajador titular.

El cuadro muestra la enorme dispersión en los ingresos per cápita de las obras sociales. Las entidades que se ubican en el cuartil de menores ingresos tenían una capita promedio de 18 pesos, mientras que los que las del cuartil más alto alcanzaba a los de 80 pesos. Si se computa la distribución automática de subsidios del FSR la situación cambia levemente. El ingreso per capita promedio total del sistema aumenta de 39 pesos a 41 pesos y la mejora es más visible en las obras sociales de menores ingresos. Sin embargo, la diferencia entre el cuartil inferior y el superior no se modifica de manera sustancial ya que sigue siendo en el orden de 1 a 4.

Aunque la definición poco precisa del PMO no permite hacer un costeo con bases técnicas fundadas, el tener un piso de financiamiento tan bajo resulta inconsistente con el objetivo de garantizar un paquete de prestaciones básico de razonable contenido y calidad. Por otro lado, la gran dispersión en los ingresos per capita constituye un poderoso estímulo a desplegar agresivas políticas comerciales tendientes a “descremar” el mercado”, es decir captar las personas con mejor perfil ingreso riesgo.

La competencia sin un adecuado régimen financiero induce a que solo las personas mejor posicionadas puedan ejercer el derecho a la libre elección y, a través de este, mejorar la cantidad y calidad de servicios. Sin embargo, esto implica que la accesibilidad a la atención médica esté decisivamente determinada por el nivel de ingreso de las personas, violando la filosofía básica del seguro social.

Posteriormente, y en la medida que se fueron mejorando los sistemas de información, el mecanismo de subsidio automático se ha perfeccionando. En la actualidad, por ejemplo, el refuerzo del aporte se realiza en función del ingreso per capita de la persona y no del afiliado titular. Se trata de otro avance importante desde el punto de vista operativo. Sin embargo, la insuficiencia de los recursos asignados sigue condicionando el impacto

Distribución del ingreso per cápita de las obras sociales sindicales luego de la distribución automática del FSR

	Monto de subsidio automático (pesos - promedio mensual)	Participación	Ingreso per cápita sin FSR	Ingreso per cápita después de FSR
Primer cuartil	6.819.180	45%	18	22
Segundo cuartil	5.893.940	39%	29	31
Tercer cuartil	2.133.512	14%	46	50
Cuarto cuartil	232.084	2%	80	80
TOTAL	15. 078. 717	100%	39	41

Fuente: Colina, Giordano y Rodríguez del Pozo (2004).

Otro punto débil fue el insuficiente avance para estructurar un esquema de financiamiento racional para las prestaciones de alto costo y baja incidencia. Para avanzar hacia este objetivo se creó la Administración de Prestaciones Especiales (APE) con la finalidad específica de administrar parte de los recursos del FSR con este objetivo. Sin embargo, al no definirse reglas de cobertura claras y racionales, la operatoria de la APE siguió con criterios parecidos a los que aplicaba la eliminada ANSSAL, es decir se limitaba a rembolsar de manera bastante discrecional y arbitraria parte del gasto incurrido por algunas obras sociales en este tipo de tratamientos.

A las consecuencias negativas de los avances insuficientes en materia de racionalizar el régimen financiero se le sumó que la flexibilización del criterio de cautividad fue muy parcial y, lo más importante, se produjo bajo un esquema regulatorio inapropiado. Se estableció la libertad de elección de los usuarios, pero sólo entre obras sociales sindicales sin permitir el ingreso de nuevos actores. En paralelo, el ente regulador puso gran énfasis en aplicar restricciones administrativas relativamente severas para quienes querían ejercitar el derecho de opción y simultáneamente hizo pobres avances hacia un marco regulatorio que facilitara un buen funcionamiento del nuevo mercado. Esto implicó descuidar aspectos claves como por ejemplo, generar y difundir información, fijar reglas sobre solvencia financiera, desalentar estrategias de selección de riesgos por parte de las obras sociales, montar mecanismos ágiles para receptor y procesar reclamos, etc.

Nuevamente, parecería que el equilibrio político indujo una estrategia contradictoria. Por un lado, los impulsos reformistas llevaban a que por primera vez se comenzara a introducir la libertad de elección en el sistema de obras sociales. Sin embargo, por el otro, el ente regulador en lugar de generar condiciones para facilitar su operatoria parecía concentrar sus esfuerzos en tratar de proteger los intereses agredidos con la reforma. Sólo así se puede explicar su pasividad para generar un contexto de competencia transparente y el gran empeño puesto en introducir trabas burocráticas y mecanismos subrepticios que apuntaban a limitar el derecho de la gente a elegir su obra social.

Estos cambios se dieron en el marco de un mercado de los seguros privados que había tenido un importante desarrollo. Hasta ese momento, las empresas de medicina prepaga actuaban por fuera de la seguridad social comercializando planes de salud con prestaciones definidas de manera precisa (en general, con topes, limitaciones y criterios de accesibilidad explícitos) y libre determinación de precios. Si bien la ausencia de regulaciones conspiraba contra la transparencia del mercado, en general se ofrecían servicios de razonable calidad. La contrapartida era que el precio promedio de los planes privados se ubicaba en un nivel entre 2 y 3 veces superior al promedio de aportes de las obras sociales²⁶.

Aunque el plan original era avanzar a una competencia plena y en igualdad de condiciones al quedar la reforma a mitad de camino se estableció la competencia entre las obras sociales que ya estaban habilitadas, pero se prohibió expresamente la entrada de nuevos agentes a la competencia. Esto, en la práctica, no impidió que las prepagas comenzaran a captar afiliados de la seguridad social solo que lo hicieron detrás de la “fachada” de una obra social. Así se generalizaron acuerdos entre las principales empresas de medicina prepaga

²⁶ En 1997, cuando se incorpora la reforma, el ingreso per capita del sistema de obras sociales oscilaba en alrededor de 30 pesos por beneficiario, mientras que en el segmento de las prepagas dicho valor se ubica en alrededor de los 68 pesos mensuales.

con algunas obras sociales y se institucionalizo el denominado mecanismo de “derivación de aportes”²⁷.

La seguridad social quedo organizada, por un lado, bajo la contradicción de un paquete de prestaciones definido de manera ambigua pero con una promesa casi ilimitada de servicios y que no se condecía con los recursos per capita que disponía la mayor parte de los afiliados. Por el otro, más allá de la prohibición expresa para el ingreso de nuevos operadores, las empresas de medicina prepaga ingresaban al mercado amparadas con acuerdos con obras sociales lo que les permitía concentrarse en los segmentos mas rentables. Solo en un selecto grupo de afiliados el compromiso que significa el PMO puede ser asumido con realismo, ya que cuenta con salarios relativamente altos o porque están dispuestos a complementar con gastos de bolsillo su aporte obligatorio. El resto de la población estaba subfinanciada y, por lo tanto, solo era viable su cobertura subprestado, estrategia que le resulta mas fácil asumir a las obras sociales que a las prepagas.

El relajamiento de la cautividad bajo estas condiciones llevo a resultados paradójicos y contradictorios con los principios de la seguridad social, pero previsibles. Las personas de mas altos ingresos tuvieron la oportunidad de mejorar su cobertura a través de ejercer su derecho a elegir. Los trabajadores de menores ingresos y mayor número de dependientes, al no poder pagar un plan privado, siguen teniendo que resignarse a aceptar los servicios que su obra social les brinde –con un bajo nivel de aporte– y recurrir al hospital público por el resto.

De todas formas, el proceso de traspaso fue intenso. En los 8 años que van de desregulación alrededor de 1,5 millones de trabajadores optaron por migrar de la obra social que les hubiese correspondido si se mantenía la cautividad.

Aunque de manera parcial, se dio el fenómeno de que las obras sociales menos preocupadas por la gestión fueran perdiendo progresivamente sus afiliados y ganando espacio las que cambiaron de actitud y asumieron una estrategia tendiente a mejorar la atención. La competencia aunque imperfecta pone limites al manejo arbitrario y abusivo. Un buen ejemplo en este sentido es la experiencia de una de las obras sociales más importantes que había en el sistema con anterioridad a la reforma que fue la obra social para los empleados del Ministerio de Economía. Contando con una cantidad muy interesante de recursos y afiliados, sufrió con la reforma un drenaje lento pero sostenido de afiliados producto de un estilo de gestión –heredado de la época la cautividad– inclinado a la poca preocupación por la calidad de los servicios. Su falta de adaptación a las nuevas reglas de juego impuestas por la reforma la llevó a ser desde una institución con más de 55.000 afiliados en 1996 a una institución con apenas 4.500 afiliados en el 2004. Mucho tuvo que ver en esta pérdida intensa de afiliados el relativamente alto nivel de lo salario de sus afiliados lo que les permitió contar con una buena oferta de servicios alternativos a los que su obra social original les ofrecía.

²⁷ El mecanismo se basa en un acuerdo entre una obra social y un prepaga. La prepaga utiliza su propia fuerza de venta para comercializar sus planes entre beneficiarios de la seguridad social; quiénes optan por comprar dichos planes, realizan una opción por la obra social con acuerdo con la prepaga de forma tal que sus aportes son derivados a esa obra social y ésta hace lo propio derivándolos a la prepaga, previo pago de una comisión que oscila entre 5 y 10% del aporte.

A través de un proceso irregular de convenios entre prepagas y obras sociales, las personas de mayores ingresos hoy pueden acceder, gracias a su mayor poder adquisitivo, a mejores prestaciones en los seguros privados. Sin embargo, este avance es parcial, no solo por la connotación distributiva, sino también porque la relación entre el usuario y la empresa de medicina prepaga se encuentra enmarcada en un contrato comercial común, sin la protección regulatoria que correspondería a una relación que se enmarca dentro de la seguridad social. A modo de ejemplo, si la empresa de medicina prepaga hiciera una interpretación subrepticia del contrato y se negara a brindar una prestación, el usuario, que está aportando compulsivamente porque se encuentra obligado por las leyes de la seguridad social, no recibiría ninguna protección de las normas regulatorias de la seguridad social, porque la relación con la empresa prepaga se hizo a través una vinculación informal a través de la obra social que actúa como “fachada”. Distinta sería la situación si la reforma hubiese permitido a las empresas de medicina prepaga incorporarse a la seguridad social como agentes del seguro de salud, con las obligaciones y los derechos que las leyes de la seguridad social guardan para las obras sociales. El usuario tendría un mismo nivel de protección independientemente de quién sea el seguro de salud que lo cubra.

De todas formas, la faceta más negativa aparece al evaluar la situación de la población con salarios más bajos. La legislación de la seguridad social obliga a los trabajadores de menores ingresos a aportar compulsivamente al sistema de obras sociales a cambio de la promesa de recibir un paquete de prestaciones que no se condice con su nivel de aporte. Esta inconsistencia financiera estaba presente con anterioridad a la reforma y se cristalizó al incorporar la libertad de elección con una transformación muy tibia sobre el régimen financiero. Por esta vía se profundizó la segmentación entre obras sociales “ricas” y obras sociales “pobres” y, peor aún, apareció una nueva dimensión de segmentación entre los afiliados a una misma obra social. Es posible encontrar dentro de una misma obra social planes de salud de razonable calidad para gente con capacidad de pago (que pueden elegir porque tiene salarios relativamente altos o pueden pagar de bolsillo un complemento) y planes de salud de muy pobre calidad y mínima accesibilidad para las personas con bajo aporte.

5. Crisis, reformas y nuevas crisis.

A fines de los ´80 la Argentina se encontraba sumergida en una profunda crisis económica y social en el marco de instituciones políticas democráticas no consolidadas. El pico de tensión e inestabilidad se dio con la hiperinflación. Sin embargo, la crisis respondía a factores más estructurales relacionados con la falta de reflejos para replantear la organización económica y social que daba signos evidentes de agotamiento y descomposición. El modelo de intervención estatal, instaurado bajo la lógica del crecimiento basado en la industrialización sustitutiva de importaciones, fue deformándose paulatinamente. No sólo que se debilitaron las fuentes de crecimiento sino que, en la versión más distorsionada, se pasó a generalizar un conjunto de reglas de juego donde prevalecían los incentivos a favor de conductas rentísticas y prebendarias.

En el marco de elevados niveles de descomposición institucional, la solución a la mayoría de los problemas que enfrentaban los agentes económicos y sociales era la intervención

estatal proveyendo recursos públicos o algún tipo de trato preferencial. La puja creciente por acceder al poder discrecional del Estado explica la falta de atención a los factores constitutivos de un genuino proceso de crecimiento y progreso. Así se explica como tendía a perpetuarse el estancamiento y en muchos aspectos de decadencia.

La institucionalización de mecanismos destinados a dar cobertura a las contingencias sociales no quedo fuera de esta lógica aunque se entremezclen factores económicos, políticos, demográficos y sociales. En el marco de políticas económicas inspiradas en el desarrollo hacia adentro, liderado por la industrialización sustitutiva de importaciones y priorizando el consumo interno, se fueron generando las condiciones para instrumentar y afianzar mecanismos de protección social. Estaban imbuidos de una lógica de redistribución de ingresos en el marco de una economía de mercado pero con bajos niveles de competencia fruto de intensas intervenciones del Estado. En este contexto y muy ligada a los procesos e ideas prevalecientes en la época es que toman forma los sistemas destinados a proveer cobertura a los individuos y las familias frente a determinados riesgos como la pérdida de salud, la vejez o la incapacidad y la muerte.

Aunque la conformación de los sistemas para cada tipo de contingencia siguió caminos muy diferentes, existen elementos comunes tanto en su diseño como en los factores que explican su crisis. Un rasgo constitutivo muy importante es que se adopta, al igual que el resto de Latinoamérica, el modelo bismarckiano, es decir que el acceso a la protección social está condicionado a la existencia de una relación de contrato de trabajo registrado. Subyacía una gran confianza de que el modelo de crecimiento generaría oportunidades de empleo asalariados para la mayor parte de la población. Esto se refleja, incluso, en que el desempleo no se consideró una contingencia que merecía un mecanismo específico de protección.

Otro rasgo notable es la fuerte propensión a exaltar el rol protectorio sin prestar atención a la eficacia en términos de equidad y solidaridad y con una despreocupación sobre las cuestiones relativas a la gestión y los incentivos. Probablemente esto se relaciona con la lógica de la organización económica basada en un capitalismo con fuerte intervención del Estado y muy permeable a conductas rentísticas. Bajo estas condiciones la dinámica económica estuvo fuertemente condicionada por las pujas distributivas, donde los sectores presionaban por un mejor posicionamiento dentro de la discrecionalidad estatal y esto distorsionaba los incentivos en relación a la eficiencia y la productividad y llevaba a situaciones altamente inequitativas.

Las dinámicas políticas prevalecientes en cada momento también jugaron roles importantes aunque diferentes según cada sistema. En el caso de riesgos del trabajo el rasgo más notable fue la pasividad para adaptar y modernizar los diseños e instrumentos de gestión. En el caso del sistema previsional fue el manejo financiero oportunista, expresado en la formulación de promesas incumplibles y el desvío de fondos para usos alternativos. Por último, en el caso de los seguros de salud prevaleció la prioridad sindical sobre las cuestiones sanitarias.

A finales de la década de los ochenta, los tres sistemas –a pesar de haber transitado historias diferentes– se encontraban entrampados en problemas de naturaleza similar. En una primera instancia, frente a las primeras manifestaciones de crisis la tendencia fue a absorber una mayor cantidad de recursos. Esto tenía lógica en el marco de una puja distributiva más generalizada y donde las implicancias sobre los costos no eran muy

relevantes. La mayoría de las empresas no estaban presionadas por elevados niveles de competencia y además contaban con el creciente proceso inflacionario como factor que licuaba costos. El testimonio mas visible de estos fenómenos fue la forma en que se fueron aumentando las imposiciones sobre los salarios. Aunque la presión sobre los costos laborales fue creciente y desproporcionada, para cada uno de los sistemas implicaba paliativos pero no rectificaba el rumbo hacia la crisis.

La decadencia aunque no fue simétrica en cada caso y tuvo forma de manifestarse diferente tuvo connotaciones económicas y sociales similares. En términos de eficiencia económica la dinámica prevaleciente era claro incumplimiento de los objetivos y compromisos explícitamente fijados en las normas. Este incumplimiento se mostró bastante insensible a la creciente absorción de recursos bajo la que operaron cada uno de los sistemas. En términos de equidad a medida que la crisis avanzaba era claro que sus consecuencias no se repartían homogéneamente, ni mucho menos con un criterio de dar prioridad a la protección de hacia los segmentos más vulnerables. Muy por el contrario, fueron estos segmentos los que en la mayoría de los casos terminaron sufriendo las principales consecuencias de la crisis. En parte porque en el marco de la decadencia económica y deterioro de los indicadores laborales, los estratos socioeconómicos mas bajos sufriendo con mas virulencia el desempleo, la masiva incidencia del empleo no registrado y otras manifestaciones de dificultades de inserción laboral de razonable calidad. Por el otro, porque en la puja que se desarrollaba al interior de cada sistema se fueron generando de manera exponencial tratamientos diferenciales y especiales a los que en general accedía la población con mayor información y capacidad de presión.

La experiencia de la crisis muestra que cuando los mecanismos de protección social colapsan las personas de menores ingresos disponen de pocas herramientas para protegerse frente al avasallamiento de sus derechos. Por ejemplo, si bien desde el punto de vista jurídico todo ciudadano tiene la facultad de iniciar un juicio, en la práctica no todos cuentan con similares condiciones para tener la iniciativa y afrontar todas las consecuencias que ello implica. Para ganar un juicio por accidente o enfermedad profesional es necesario que exista un empleador solvente para demandar y cierto nivel de conocimientos y capacidad financiera. El típico trabajador pobre que accede a un empleo en una pequeña empresa generalmente no cumple con estos requisitos. Algo parecido ocurre para entablarle un juicio a la ANSES. En consecuencia, administrar el sistema previsional bajo la regla de no cumplir con los compromisos fijados en las normas y limitarse a responder a las sentencias judiciales tiene una connotación muy negativa también desde el punto de vista de la equidad.

Análogamente, en la medida que la crisis avanzaba se exacerbaba las presiones para que los grupos mejor posicionados logren de alguna manera tratos diferenciales. En esta línea se inserta la creación de regimenes previsionales especiales y, en cierta medida, también la creación de las obras sociales de personal de dirección responde a esta lógica de apartarse de las reglas generales a los fines de eludir las consecuencias de la crisis

Si bien los síntomas de la crisis eran muy claros y visibles, había factores que introducían muchas dificultades al procesamiento político de la reformas. Se trata de procesos bastante complejos y que operaron de manera muy diferente en cada uno de los sistemas. En los seguros de salud abortando la idea de una reforma integral a través de una ley con lo cual la reforma estuvo condicionada por un zigzagueante proceso. En el sistema previsional las

dificultades políticas quedaron plasmadas en el diseño mismo de la ley que instauró un esquema dual donde se superpone al viejo esquema nuevas formas de organización. En el sentido contrario, la Ley sobre Riesgos del Trabajo dio menos concesiones en su arquitectura original pero a través de decisiones del Poder Judicial se canalizaron las oposiciones políticas.

Más en términos de hipótesis que de afirmaciones concluyentes cabe señalar al menos algunos de los factores que contribuyeron a que la economía política de la reformas fuera tan importante y condicionante. Por un lado, hay indicios de que a medida que avanzaba la degradación institucional se fueron generando y consolidando importantes polos de interés. Estos de manera explícita o solapada operaron –antes, durante y después de las reformas– a favor de sostener la organización tradicional. Aunque las reformas se suponían que estimularía la generación de nuevos polos de interés en torno a la gestión de la seguridad social, se trató de un proceso bastante incipiente como para balancear los generados a lo largo de décadas. El ejemplo mas notable de esta falta de equilibrio entre intereses contrapuestos se dio en los seguros de salud donde las empresas de medicina prepagas no asumieron un rol de confrontación directa con las obras sociales sino que rápidamente acordaron una distribución de nichos de mercado

Por el otro, un dato muy importante fue que la crisis de los seguros sociales se dio en el marco de una decadencia más general de tipo económico, social y político. Esto generó cierta ambigüedad, sobre todo a nivel de la población en general, en torno a cual era la importancia de cada uno de los factores desencadenantes de la crisis. El tema tuvo y sigue teniendo grandes implicancias en relación al apoyo político al proceso de transformación. Si se adopta el diagnóstico de que los factores de contexto fueron los principales desencadenantes de la crisis, naturalmente el énfasis tiende a ponerse en esperar que un mejor desempeño económico contribuya a un aumento en la cantidad de recursos disponibles y que de la mano de una mayor madurez política los puestos claves de dirección sean ocupados por personas mas capacitadas y honesta. Se trata de un posicionamiento respecto a la reformas mucho mas pasivo que si se considera que, más allá del contexto adverso, los principales desencadenantes de la crisis están en la organización interna de cada componente que integra la seguridad social. Si la población en general percibiera que la clave de los fracasos esta en la organización de la seguridad social, naturalmente la necesidad de un proceso de transformación mas intenso y profundo que apunte a cambiar reglas de juego tendría un mayor apoyo. La población en general, sería un aliado de la idea de que las soluciones tienen que aparecer a partir de ganancias de equidad y eficiencia derivadas de una nueva estructura interna de incentivos y no de esperar pasivamente que las soluciones lleguen desde la reversión de los factores externos.

Las visiones más ideológicas de los procesos ponen énfasis en que el eje fundamental de los cambios fue la “privatización” de la seguridad social. Se trata de un enfoque parcial ya que, como se documenta en el capítulo III, desde sus orígenes en la cobertura de las contingencias sociales se contemplaba la participación de entes privados en al gestión de los beneficios. Este es el caso de la totalidad de los seguros de salud a cargo de las obras sociales y de los seguros de accidentes de trabajo a cargo de compañías de seguros.

Una visión alternativa es poner énfasis en las reglas de juego y no en la naturaleza jurídica de los entes de gestión. La idea subyacente es que independientemente de que la gestión este a cargo de entre privados con fines de lucro (como las compañías de seguro de

accidentes de trabajo), entes privados sin fines de lucro (como las obras sociales) o entes público (como la ANSES) los resultados no eran muy diferentes en términos de derroche de recursos, tratos inequitativos y discriminación de los segmentos más vulnerables de la población. En base a este punto de partida, una mayor participación privada en la gestión no sólo no constituía un factor transformador innovador sino que no tenía la capacidad para aportar soluciones.

En realidad, se trataba de un desafío mucho más complejo, cuyo eje fundamental era replantear reglas de juego y roles. Más que una lógica pendular público vs. privado la clave era ordenar y sistematizar funciones a partir de modificar la estructura de incentivos. Especialmente crítico es renovar los instrumentos de intervención del Estado a los fines de que efectivamente pueda dar garantías de una cobertura universal y con razonables niveles de calidad.

Por eso el principal avance innovador no era una mayor apertura a la gestión privada, sino que esta participación de entidades privadas se de en un ambiente de competencia, transparencia, regulación y esquemas de financiamiento que garanticen eficiencia y equidad. En igual sentido, la menor o mayor participación del Estado no constituía un eje de transformación importante sino que la novedad era un sector público asumiendo un papel mas compenetrado con imponer y hacer respetar reglas de juego que induzcan comportamientos mas eficientes y equitativos.

En la economía política de las reformas de la seguridad social operó un complejo entramado político, donde jugaban un papel clave la presión de los polos de interés y cierta ambivalencia de la población en general. Probablemente, esta sea la principal razón que explica que las reformas no se ajustaron a la lógica de introducir un cambio de reglas con un subyacente replanteo de roles y no un simple movimiento pendular donde se le restaban funciones al sector público para asignárselas al sector privado. Por diferentes vías en cada sistema se fueron filtrando desvíos que no solo quitaron pureza al proceso de transformación, sino que tuvieron alto impacto en los resultados alcanzados.

En el caso de los seguros de salud fue donde el papel condicionante de las restricciones políticas se mostró más explícito. La primera manifestación fue cuando se logró abortar una propuesta de transformación integral que en base a una ley modificaba el régimen financiero e introducía competencia plena a los fines de avanzar de manera más directa en los objetivos de equidad y eficiencia. En una segunda instancia, cuando se decidió avanzar en metas más modestas a través de cambios graduales que desde el punto de vista jurídico no necesitaban la sanción de una ley, las restricciones políticas se manifestaron a través de permanentes desvíos y retrasos. El resultado final es que hubo transformaciones importantes pero que tuvieron una orientación y profundidad bastante diferente a la planeada en el proyecto original.

Las reformas implicaron que se comenzara a racionalizar el régimen financiero y se flexibilizara la cautividad de la afiliación. Sin embargo, se lo hizo de una manera parcial y sin plena consistencia. La compatibilización de intereses sectoriales llevó a una organización segmentada muy poco compatible con los intereses de la comunidad en general. A través del “descreme” las empresas de medicina prepagas succionaron los clientes mas rentables, mientras que las obras sociales mantuvieron un papel protagónico en el sistema ya que son la única alternativa para el grueso de la población. En paralelo, los

hospitales públicos siguen operando como prestadores de última instancia de la población desatendida o mal atendida por los seguros de salud. La distribución de los beneficios de las reformas fue claramente sesgada a favor de segmentos minoritarios de la población. Sin perjuicio de ello, la nueva situación es bastante estable desde el punto de vista político (Giordano y Colina, 2000). Con un liderazgo débil y titubeante desde el Estado, el proceso fue fuertemente condicionado por las presiones de los intereses sectoriales. El resultado fue un gran contraste entre la poca atención al interés general y una gran armonía entre los intereses de las empresas de medicina prepagas, las obras sociales de personal de dirección, los sindicatos como administradores de las obras sociales y la burocracia y los sindicatos de los hospitales públicos.

Probablemente, las facetas más vulnerables de las reformas no son los desvíos técnicos y sus consecuencias desde el punto de vista de los modestos avances en relación a una mayor eficiencia asignativa y los retrocesos en términos de equidad. Un punto aun más crítico es que desde el punto de vista político se ha conformado un acomodamiento bastante armónico y sólido de los polos de interés. Esto naturalmente implica una propensión alta al inmovilismo. Lo que fue planteado como reformas graduales, en realidad parece mas un desvío de carácter bastante definitivo ya que futuras reformas enfrentarían restricciones políticas cada vez mas severas.

En el caso del sistema previsional aunque hubo una reforma mas profunda a través de una ley, hay indicio de que los factores políticos también condicionaron con cierta severidad el diseño de la reforma. Esto permitiría explicar el esquema dual que implica que de manera simultánea con la creación de un componente de capitalización se mantuvo un componente de reparto amplio y con una multiplicidad de funciones. El punto clave es que en lugar de tender a una especialización de roles entre el Estado y la gestión privada el resultado fue una superposición bastante importante de funciones. En este desvío respecto a una concepción menos segmentada del sistema se originan probablemente las principales debilidades de la reforma.

Por un lado, en el régimen público se mantuvieron –salvo cuestiones de matices– gran parte de los problemas que tenía antes de las reformas. Al menos esto es válido en términos de que no hay indicios claros de mejoras en la gestión y los tratos preferenciales implícitos en los regimenes de privilegio o a través de litigios siguen vigentes. En cierta medida, el régimen público de reparto operó como una válvula de escape a las presiones que impone las inercias y los factores de interés que se benefician de los antiguos estilos de gestión.

Por el otro, el régimen de capitalización si bien implicó una innovación y un avance importante, debido a debilidades en su marco regulatorio no ha desarrollado todas sus potencialidades. Los debates, cargados de ideología, se han centrado en la puja público vs. privado. Esto, en la práctica, ha llevado a posponer reformas de segunda generación que seguramente son resistidas por las AFJP pero que podrían mejorar significativamente la protección de los intereses de los afiliados.

La instrumentación de la reforma del sistema de riesgos del trabajo respondió más ajustadamente a los parámetros iniciales de diseño. Aunque son evidentes algunas concesiones en el marco de procesamiento político, especialmente crítico en la instancia de aprobación de la ley, no pareciera que implicaron desvíos sustanciales respecto al modelo original. Incluso en algunos aspectos, como por ejemplo el monto de las prestaciones

monetarias, se jugó con cambios graduales en el tiempo a los fines de compatibilizar posiciones políticas opuestas y muy difíciles de conciliar.

Aunque los resultados alcanzados estaban bastante en línea con las expectativas, los cuestionamientos fueron crecientes en el tiempo. La particularidad en este caso es que no se canalizaron por las vías institucionales –la discusión en el ámbito del Poder Ejecutivo y Legislativo– sino por decisiones del Poder Judicial. Aunque en la lógica de un sistema republicano la justicia debe tomar decisiones en función de criterios técnicos –básicamente cumplir con las normas que emiten los otros poderes del Estado– en el caso del sistema de riesgos del trabajo extremó los argumentos para cuestionar aspectos medulares de la reforma. Varios fallos apelan a una figura jurídica de excepción como es declarar inconstitucional una norma emitida legítimamente por el Congreso. De esta manera se fueron canalizando los cuestionamientos políticos y paulatinamente se fue restableciendo la litigiosidad. Aunque todavía el panorama es muy incierto, los fallos de la justicia tienden a restablecer la situación previa a la reforma, lo cual resulta paradójico no sólo por la sustancia (implica el anacronismo de aplicar el Código Civil y no una norma especial para regular el contrato de trabajo) sino por la vía utilizada (el Poder Judicial asume funciones propias del Poder Legislativo).

En el plano teórico, se puede identificar en las reformas elementos comunes tanto en los objetivos como en la filosofía de los instrumentos que se pretendía utilizar. En la práctica esto apareció diluido o de manera más ambigua. Probablemente, el complejo entramado político sobre el que se aplicaron explica gran parte de los desvíos respecto a las lineas filosóficas originales. Un rasgo notable es que en cada sistema las formas en que se canalizaron las resistencias a los cambios fueron muy distintas aunque los resultados guardan ciertas analogías. En términos sintéticos y simplificados implicó que las reformas perdieran consistencias, especialmente en términos de replantear reglas de juego y roles.

Aunque nuevamente los factores de contexto (especialmente la crisis del 2002) jugaron un papel importante, es posible asociar estas inconsistencias con el hecho de que las reformas no cumplieron con el objetivo de generar las condiciones para superar definitivamente el estado de crisis. Aunque también hay áreas de progreso claro, un balance detallado de fortalezas y debilidades implica abordar un campo cargado de controversias y ambigüedades. Por el contrario, es menos ambigua la evidencia de que los cambios han sido profundos e importantes y que ha transformado aspectos medulares de la organización de la seguridad social. Analizar estos fenómenos, explicar los factores que los desencadenaron y las consecuencias asociadas no sólo permite entender el pasado sino también extraer lecciones para el futuro.

CAPITULO III.

ALGUNAS DE LAS PRINCIPALES LECCIONES

1. Hacia la definición de una agenda para reformas de segunda generación.

En su concepción filosófica, las reformas sobre cada uno de los sistemas tuvieron una orientación bastante parecida en el marco de buscar consistencia con el proceso general de transformación económica y social. En general, la idea fue buscar modelos de organización que apuntaran, en una primera instancia, a superar el estado de crisis sin apelar, como había ocurrido hasta entonces, a una mayor absorción de recursos. En una perspectiva más mediata el objetivo era revalorizar el papel de la seguridad social como instrumento de protección y equidad en el marco de una economía de mercado. Esto exigía apelar a nuevos instrumentos de política que tomaran como eje ganancias de eficiencia y un direccionamiento más equitativo y transparente de los recursos.

En lo instrumental, la experiencia argentina contiene una variedad de situaciones. Probablemente, esto se explica porque los puntos de partidas y el rol que jugaban los intereses en juego eran muy diferentes en cada sistema. Los procesos de conformación de los diferentes componentes de la seguridad social, si bien tuvieron algunos paralelismos, se fueron dando a lo largo de décadas siguiendo recorridos muy diferentes. De hecho, más que un sistema, en el sentido de un conjunto articulado de mecanismos de cobertura de las contingencias sociales, en la práctica operan varios componentes con morfologías organizativas diferentes y que, en general, presentaban muchas fragmentaciones e inconsistencias.

La alta relevancia política, social y económica que ha ocupado la seguridad social eleva la prioridad y complejidad de los debates en torno a la orientación que debería prevalecer en la organización de cada sistema. Además estimula y moviliza una carga ideológica importante y, lo más difícil de contemplar, la operación de factores de intereses. Estos últimos frecuentemente contaminan las discusiones, ya que muchas veces detrás de las declamaciones a favor de defender un interés general se esconden posicionamientos empujados por la defensa de intereses sectoriales o directamente individuales.

Estos antecedentes explican las dificultades que se enfrentan al tratar de analizar y extraer conclusiones sobre las experiencias de reformas introducidas en la Argentina a lo largo de la década de los '90. Sin perjuicio de ello, invertir esfuerzos en tratar de desmenuzar los procesos de transformación, tratar de entender los factores que determinaron la toma de decisiones y evaluar los resultados es mucho más que un ejercicio intelectual. Es una de las maneras de capitalizar las ricas experiencias acumuladas en función de aportar insumos que permitan mejorar el diseño e instrumentación de estrategias en el futuro.

En el intento de analizar las experiencias acumuladas es posible seguir diferentes tipos de orientación y metodologías. Un enfoque –que es el que se sigue en este capítulo– es hacer abstracción de la gran cantidad de temas puntuales subyacentes en la organización de la seguridad social y apuntar a identificar los ejes centrales. En base a ello, se puede aprovechar la experiencia acumulada para identificar algunos lineamientos conceptuales que ayuden a la discusión y búsqueda de consensos en torno a las reformas de segunda

generación que claramente aparecen como muy necesarias. Esto resulta particularmente crítico ya que paradójicamente una de las principales conclusiones es que no se pueden enunciar conclusiones terminantes. En términos de lo que fueron los procesos y sus resultados hay un amplio campo de ambigüedad fruto de que se combinan éxitos y fracasos y dosis importantes de incertidumbre y dudas. Sin perjuicio de ello, es cierto que hay logros palpables que merecen ser preservados, fracasos que demandan su rectificación y muchas lecciones prácticas en cuanto a estrategias de instrumentación, especialmente relacionados con la economía política de las reformas.

Con cierta dosis de arbitrariedad esta sección será destinada a analizarán las experiencias acumuladas y las lecciones que de ellas se pueden extraer en base a cinco temas básicos. Cada uno de ellos es presentado poniendo énfasis en tratar de dilucidar recomendaciones de política a partir de evaluar la consistencias de las ideas antagónicas que de manera explícita o implícita han estado presentes en el proceso de reforma.

Abordando las cuestiones instrumentales aparece como un primer tema medular la velocidad con la que se instrumenta las reformas. La experiencia argentina contiene desde cambios graduales hasta reformas de shock, lo cual ofrece una rica cantidad de elementos para profundizar el análisis sobre uno de los aspectos operativos más complejos. La experiencia también lleva a señalar que un factor instrumental de las reformas importante es insertar los problemas en el nivel que le corresponde. Esto toma importancia porque frecuentemente se confunden problemas transversales a todos los sistemas con otros que son específicos de cada uno de ellos.

Yendo a cuestiones de contenido, aparece como un primer punto crítico –que estuvo presente lo largo de la historia de los sistemas y siguió siendo un factor perturbador dentro de las reformas– los criterios con los que se definen las prestaciones y, más específicamente, en que medida los compromisos que asume la seguridad social se refieren a cuestiones de protección básica o le imponen roles más integrales y ambiciosos. Emparentado con este tema aparece como un aspecto que merece ser revisado la propensión que desde sus orígenes tuvo el sistema de seguridad social argentino a asumirse como un mecanismo de tipo contributivo, sin contemplar o haciéndolo solo marginalmente mecanismos de tipo asistencial.

Por último, se aborda la discusión en torno a la naturaleza jurídica de los entes de gestión o, más específicamente, el papel que pueden cumplir entidades privadas en la administración de la seguridad social. Se trata de un tema que suscita una gran cantidad de controversias y polémicas y sobre el cual las experiencias acumuladas dan elementos de juicio muy interesantes. A partir de ella es posible tratar de construir una base más objetiva y menos ideológica para la discusión de este tema.

2. Cambios graduales vs. reformas de shock.

Un aspecto interesante de las reformas en los seguros sociales en la Argentina es que en cada sistema se siguieron criterios de instrumentación muy diferentes. No hubo una reforma de la seguridad social (como ocurrió en otros países de la región) sino varias reformas en las que se aplicaron estrategias de instrumentación bastante diferentes. Esto, en principio, permite una evaluación comparativa que puede aportar elementos valiosos en

relación a debilidades y bondades de diferentes tipos de enfoque en la instancia de diseñar las cuestiones operativas.

La lógica subyacente en los procesos de reformas graduales es que se fija un horizonte de largo plazo y que los cambios se ordenan en el tiempo en base a un cronograma que los eslabonan con un sentido lógico. En teoría, la principal ventaja de esquemas de instrumentación graduales es que dan espacio para procesos de adaptación más eficientes y evita situaciones de quiebre que pueden resultar traumáticas. Su principal debilidad o riesgo es que se generan las condiciones para que los factores de presión contrarios a las reformas tengan la oportunidad de dilatar los plazos previstos en el cronograma o directamente distorsionar la orientación. En sentido contrario, las reformas de shock que implican un quiebre definitivo dan menos espacio para dilaciones o desvíos en la orientación. Su principal punto débil es que son políticamente más difíciles de instrumentar y las dificultades de adaptación pueden derivar en pérdidas de eficiencia y equidad o en cuestionamientos permanentes sobre la reforma.

La reforma que respondía a un plan gradual de instrumentación y que contempló explícitamente mecanismos de financiamiento a los fines de facilitar la adaptación a las nuevas reglas de juego fue la de los seguros de salud. El gradualismo quedó plasmado en un cronograma explícitamente formulado en un acuerdo con el Banco Mundial que además contemplaba la inversión de una masa de recursos públicos muy importante para apoyar la reconversión de las obras sociales. En el sentido opuesto, una reforma que respondió más a la lógica de una estrategia de shock fue la de riesgos del trabajo. La entrada en vigencia de la LRT implicó en un momento determinado cambiar drásticamente la organización del sistema. La reforma del sistema previsional representa, en cierto modo, un estadio intermedio. Por un lado, tuvo elementos de shock al introducir la capitalización individual. Por el otro, mantuvo un régimen de reparto de dimensiones y roles muy importante.

Originalmente, la gradualidad de la reforma del sistema de los seguros de salud fue contemplada a través de una secuencia lógica de cambios. La estrategia original implicaba avanzar paulatinamente desde la afiliación cautiva a un esquema de competencia plena pero regulada. Las escalas intermedias contemplaban competencia limitada entre las obras sociales (sin el ingreso directo de nuevos operadores) y el avance en la constitución del marco regulatorio y la transformación del régimen financiero. Simultáneamente, se apoyaba a las obras sociales para que reconvirtieran sus estructuras en función de las demandas que impondría la competencia.

La realidad terminó transitando caminos bastante diferentes a los previstos en el cronograma original. Prevalcieron las postergaciones y rectificaciones, al punto que mirado en perspectiva se observa un proceso zigzagueante cuyo desenlace final fue una situación diferente al punto de partida pero también muy distinto al supuesto punto de llegada. Esto a pesar de que se invirtieron una gran cantidad de recursos para apoyar la reconversión de las obras sociales y que las reformas constituían condicionalidades firmadas por el gobierno en un acuerdo con el Banco Mundial.

En el caso de los seguros de salud, la gradualidad, más que facilitar la adaptación a las nuevas reglas de juego, generó las condiciones para que los factores de presión indujeran cambios de rumbo que terminaron por desembocar en una pérdida de consistencia. Esto a pesar de que la intervención del Banco Mundial tenía como principal objetivo salvaguardar

que el proceso de transformación recorriera con cierta rigurosidad los eslabones originalmente previstos.

En los seguros de riesgos del trabajo, hubo un corte bastante contundente a través de una ley sancionada por el Poder Legislativo e instrumentada por el Poder Ejecutivo. Si bien se contemplaban algunas estrategias graduales (por ejemplo, el incremento en las prestaciones monetarias o el cumplimiento de las normas de prevención a través de los planes de mejoramiento) en los aspectos más sustantivos prevaleció la estrategia de cortar con el viejo sistema y fundar una etapa totalmente diferente. El aval que implicaba un acuerdo con las entidades sindicales y patronales en el ámbito del Acuerdo Marco para el Empleo y la Productividad validado en un ámbito político más amplio como el representado en el Congreso sugerían una base de sustentación suficiente como para impulsar una estrategia de shock.

En realidad, la estrategia de shock –acompañada de salvaguardas aparentemente muy sólidas dada la representatividad de los apoyos institucionales alcanzados– tampoco garantizó una instrumentación plenamente consistente con los planes originalmente trazados para la reforma. A 8 años de instrumentada la ley, y aunque los cambios se produjeron, maduraron y dieron algunos resultados muy importantes, una serie de fallos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación han generado una situación de alta incertidumbre. Una de las alternativas es que estos cuestionamientos a la constitucionalidad de aspectos claves de la LRT impliquen un moviendo de retorno a los modelos de gestión litigiosos que la reforma tenía por objetivo erradicar.

En el sistema previsional se dio una combinación de situaciones. Por un lado, el régimen de capitalización que, de manera análoga al sistema de riesgos del trabajo, implicó un cambio abrupto. Por el otro, el régimen de reparto sujeto a una larga transición donde conviven prácticas propias del viejo sistema (por ejemplo, la litigiosidad) con transformaciones asociadas a las reformas (por ejemplo, la posibilidad de contar con la historia laboral de cada trabajador). En general, más allá de las declamaciones en contra del régimen de capitalización, la ofensiva de los intereses agredidos por las reformas se concentró en el régimen de reparto que, de esta forma, muestra un proceso zigzagueante análogo al de la reforma en los seguros de salud. Aunque hubo avances, persisten los problemas de burocratización, deficiencias en la gestión y el sistema sigue soportando las presiones de la litigiosidad y el mantenimiento de tratamientos especiales.

La experiencia acumulada no permite, al menos hasta el momento, extraer conclusiones definitivas sobre la conveniencia del cambio gradual o el cambio de shock. Por un lado, parecería que la gradualidad fue internalizada más como una debilidad política que pone en evidencia las dificultades para introducir las reformas, antes que la actitud deliberada de seguir un proceso lógico de cambios que brinde espacios para una adaptación eficiente de los actores internos. Por el otro, los cambios de shock, aun cuando aparentan tener la fortaleza de haber logrado un considerable grado de aceptación a través de la generación de consensos políticos previos su instrumentación no están exentos de que por otras vías sufran los embates de los sectores cuyos intereses se sintieron afectados.

Por caminos muy diferentes, curiosamente los resultados finales son bastante parecidos tanto en escenarios de reformas de shock como en los casos que prevaleció un criterio de gradualidad. Parecería que la filtración de desvíos motorizados por los intereses que se

sintieron agredidos por las reformas se produjo independientemente de las metodologías de instrumentación aplicada. Estas experiencias probablemente estén sugiriendo las consecuencias de debilidades institucionales. Aunque formalmente en la Argentina las decisiones se toman bajo los mecanismos propios de un sistema democrático y republicano, estas prácticas no están totalmente consolidadas. Es probable que las reformas o parte de ellas no gozaran de todos los consensos necesarios como para ser sostenibles en el tiempo pero que se lograron imponer aprovechando las debilidades de las instituciones. Alternativamente, también es posible que las reformas gozaran de consenso pero algunas instituciones son muy permeables a los intereses sectoriales. Lo cierto es que el resultado final fue un proceso zigzagueante e inestable y que en principio no estaría asociado a la estrategia de instrumentación.

En suma, las experiencias acumuladas muestran que ni shock ni gradualidad son estrategias que garantizan por sí mismas el éxito de una reforma. Esto sugiere que mucho más importante que el tipo de estrategia es el ambiente institucional sobre el que tiene que operar el proceso de transformación. La combinación de una vocación por introducir de manera acelerada los cambios en el marco de instituciones débiles probablemente explique muchos de los problemas que enfrentó el proceso de reformas en la Argentina. Con instituciones más sólidas seguramente los procesos de reformas habrían sido menos profundos y habrían requerido más tiempo pero contarían con bases más sólidas para sus sostenibilidad y perfeccionamiento a través del tiempo.

Desgraciadamente, consolidar un sistema democrático, republicano y federal es una meta de largo plazo. Aunque formalmente estos criterios fueron plasmados en la Constitución en el año 1853, la práctica diaria de la Argentina muestra desvíos importantes respecto al marco institucional previsto en la Carta Magna. Esto implica que las estrategias de reformas enfrentan un desafío adicional ya que además tienen que contemplar el hecho de que están forzadas a lidiar con un ambiente institucional débil. Esto aumenta, por ejemplo, la importancia de que los cambios cuenten con un muy elevado nivel de aceptación y concientización en relación a su importancia, de manera que de esa forma tenga la solidez suficiente como para contrarrestar el accionar de los intereses sectoriales.

3. Problemas transversales vs. problemas específicos.

En la organización de la seguridad social subyace un complejo entramado de temas de diferente naturaleza. Parte de la problemática es propia de cada sistema, mientras que existen temas que son comunes y que operan de manera transversal en varios sistemas. Mientras que los primeros generalmente demandan acciones de transformación dentro de su ámbito particular, los segundos requieren un abordaje donde se involucran los diferentes sistemas. Esta distinción, aunque resulta muy simple de plantear desde el punto de vista teórico, en la práctica es motivo de confusiones de las cuales se derivan estrategias y evaluación de resultados equivocados.

Un ejemplo notable aparece al considerar la gran cantidad de análisis y polémicas que abordan la cobertura de la seguridad social. Con mucha frecuencia se repite que uno de los puntos más débiles del régimen de previsión basado en la capitalización individual es que no logró revertir la tendencia, bastante acelerada en la Argentina y en la región

latinoamericana, de caída en la cobertura. Si bien el argumento de esta crítica tiene parte de verdad, en realidad, analizar la cobertura de la seguridad social sólo desde la perspectiva del sistema previsional implica un enfoque excesivamente parcializado.

El crecimiento en el empleo no registrado y la consiguiente caída de la cobertura es uno de los problemas centrales que enfrenta la seguridad social. Por un lado, porque erosiona la sustentación financiera que tradicionalmente ha reposado en una gran proporción en imposiciones sobre los salarios. Por otro, y más importante aun, porque deja sin cobertura a una fracción muy grande de la población que, además, es la que en general se encuentra en estado de mayor vulnerabilidad social. De esta manera, se deslegitima la función del seguro social.

Pero la decisión de cumplir con las normas que fijan imposiciones con destino al financiamiento de la seguridad social y gozar de sus beneficios no depende solamente de la estructura de incentivos que genera el régimen de capitalización previsional. Consecuentemente, establecer que el monto del haber previsional sea función del esfuerzo de los aportes realizados durante la vida laboral es sólo uno de los varios factores que condicionan la decisión de cotizar al sistema de seguridad social y cumplir con el resto de la legislación. Por eso, considerando sólo los incentivos que genera el sistema previsional implica una mirada parcial para un fenómeno que depende de una multiplicidad de causalidades. En la decisión opera la capacidad de pago de la empresa y el trabajador, la percepción de riesgo que existe en relación a la fiscalización y el resto de los beneficios y costos que implica cumplir con las normas laborales y de la seguridad social.

Planteado en esta perspectiva el rol de la reforma previsional es mucho más relativo. En realidad, el aumento en el incumplimiento de las normas fue la consecuencia de que el incentivo generado por la capitalización individual es demasiado débil para revertir un conjunto de factores que estimulan la informalidad. Dentro de éstos, cabe considerar el aumento en la cantidad de personas que desarrollan actividades de tan baja productividad que no están en condiciones de generar los recursos necesarios como para cumplir con las disposiciones legales, la muy baja eficacia que demuestra el Estado en la fiscalización del cumplimiento de las normas laborales y de la seguridad social y el poco atractivo balance entre el costo total y el conjunto de beneficios –no sólo previsionales– que brinda estar cubierto por la seguridad social.

Asumir el problema de la caída en la cobertura como un tema transversal a todos los sistemas de la seguridad social es un primer paso para comenzar a imaginar alternativas que aporten soluciones viables y eficaces. Un punto central es fortalecer los estímulos que generan los beneficios que suministran los diferentes sistemas y no sólo el previsional. En la medida que el conjunto de prestaciones represente una oferta atractiva especialmente en relación al costo que implica cumplir con las normas, aumentará el interés en registrar las relaciones laborales. Especialmente crítico, en un contexto donde buena parte de la estructura productiva la integran pequeñas empresas que contratan trabajadores de baja calificación, es reducir las imposiciones hasta alcanzar un nivel accesible a contribuyentes con muy baja capacidad de pago.

Un tema muy relacionado con las dificultades para sostener un razonable nivel de cobertura es el referido al sistema de recaudación. Se ha planteado como alternativa sustituir el actual esquema unificado de recaudación de las imposiciones sobre los salarios por otro donde

cada sistema (en la versión más extrema que cada ente de gestión dentro de cada sistema) se haga cargo de su propia recaudación. Esta es una alternativa que puede dar soluciones a casos concretos (por ejemplo, una obra social cuya población pertenece a empresas grandes y con fuerte propensión a la formalidad) pero en términos globales seguramente aumentará los niveles de evasión. Perder la visión de que se trata de un problema general de todo el sistema lleva a formular propuestas inconsistentes con los objetivos buscados.

En este sentido, la creación, hacia comienzo de los años noventa, de la Contribución Unificada a la Seguridad Social (CUSS) fue un paso importante hacia la racionalización del sistema de recaudación. La fortaleza de esta reforma fue asumir de que se trataba de un problema transversal y que, consistente con este diagnóstico, las soluciones requerían comenzar a avanzar hacia la integración de los mecanismos que operaban de manera desarticulada y dispersa. De todas formas, quedan pendientes reformas de segunda generación que terminen de integrar y modernizar los procedimientos²⁸.

Otro ejemplo muy ilustrativo de enfoques equivocados aparece al considerar las prestaciones monetarias ante las contingencias de incapacidad y muerte. Fruto de la desarticulación entre los diferentes sistemas, contingencias muy sensibles desde el punto de vista del bienestar del trabajador no generan derecho a prestaciones monetarias, o sus montos y tiempos de cobertura son claramente insuficientes, mientras que otras contingencias movilizan la cobertura a través de varios mecanismos que operan de manera superpuesta. El caso más visible entre los primeros es el de la incapacidad parcial de origen no laboral y de los segundo la contingencia de muerte por un siniestro laboral.

El primer tipo de siniestro no tiene cobertura de la seguridad social y sólo esta contemplado de manera poco sistemática a través de las obligaciones que impone la legislación laboral al empleador. En la situación opuesta, la muerte originada en un accidente o enfermedad profesional activa varios esquemas protectivos no sólo de la seguridad social sino también de la legislación laboral. La falta de percepción de que es necesaria una mirada más general al diseñar los dispositivos contemplados en cada sistema genera pérdidas de eficiencia y de eficacia social (Recuadro 18). De hecho esta visión tabicada de la seguridad social explica el camino poco conducente y cargado de polémicas que tuvo asociado el esquema de prestaciones monetarias del sistema de riesgos del trabajo. El aumento en el monto de las prestaciones sin revisar los vacíos y superposiciones implicó más incrementos de costos que mejoras en la calidad de las coberturas.

²⁸ Hubo propuestas, incluso avances y retrocesos en torno a perfeccionar la reforma sobre el sistema de recaudación. En Giordano y Torres (2000) se desarrolla una propuesta de transformación que apunta a hacer más ameno y simple el pago voluntario y a generar sistemas de información que faciliten un control más riguroso sobre el comportamiento de las empresas.

Recuadro 18. Vacíos y superposiciones en materia de prestaciones monetarias.

Frente a la contingencia de muerte en un accidente de trabajo, de acuerdo a la legislación vigente, la familia recibirá prestaciones monetarias por cuatro vías diferentes: la pensión del sistema previsional; la ART, las indemnizaciones de la Ley de Contrato de Trabajo y el Seguro de Vida Obligatorio. A esto se le superponen los eventuales mecanismos previstos en el convenio colectivo de trabajo que le corresponda. Pero si la contingencia fuera una incapacidad parcial permanente de origen no laboral (es decir, menor al 66%) no se contempla ningún tipo de cobertura, salvo los salarios caídos por algunos meses hasta que se consolide su incapacidad. En otras palabras, la legislación social supone que esta persona está en condiciones de desenvolverse en el mercado de trabajo, sin ningún apoyo especial, durante los años que aun le quedan de vida activa a pesar de estar parcialmente incapacitada.

Este desorden tiene asociado varios impactos adversos. Las superposiciones multiplican los gastos administrativos lo que implican menores beneficios y mayores costos, no solo para las empresas sino también para los beneficiarios (que generalmente tienen que contratar un gestor para acceder a las prestaciones). Los vacíos generan desprotección e inducen comportamientos distorsivos dado que se presiona para dar a las contingencias un carácter diferente al que verdaderamente tienen a los fines de evitar una situación de desamparo.

En conclusión, el problema de los beneficios de incapacidad y fallecimiento requieren un tratamiento integral que aborde no sólo la acotada perspectiva de concentrarse en cada uno de los sistemas que integran al seguridad social. En la medida que se mantenga el enfoque segmentado no será posible encontrar una solución razonable a temas muy importantes como las prestaciones monetarias del sistema de riesgos del trabajo o el funcionamiento del seguro de vida del sistema provisional.

4. Prestaciones básicas vs. prestaciones integrales.

Un aspecto común de la crisis de la seguridad social en todos sus componentes fue que las promesas y expectativas de la gente fueron sistemáticamente defraudadas. Los sistemas operaron en la práctica bajo la contradicción que implica contar fondos manifiestamente insuficientes para satisfacer los reclamos que de diversas formas planteaban los afiliados en materia de prestaciones.

Esto es fácilmente observable en el caso del sistema previsional y de salud, donde en el propio diseño ya estaba planteada la contradicción entre el esquema de prestaciones y el régimen financiero. Frente a promesas incumplidas se desataron procesos altamente distorsivos, tanto desde el punto de vista social como económico. En el sistema previsional las presiones la recibió el propio sistema a través de la litigiosidad y la creación de regímenes especiales. En salud, también los sectores mejor posicionados lograron eludir la crisis, mientras que para el grueso de la población la descarga fue hacia los hospitales públicos. En riesgos del trabajo el proceso opero de manera diferente pero las consecuencias fueron análogas. La falta de actualización de las prestaciones condujo a la gente a recurrir al litigio judicial y fue la justicia la que terminó enunciando promesas que devinieron en imposibles de cumplir. En un principio el INDER, consumiendo fondos públicos, sostuvo la operación del sistema (como lo hacen los hospitales publico al sistema de obra sociales) pero agotada esta instancia la inviabilidad se hizo muy explicita.

En general, las reformas mantuvieron este sesgo de hacer promesas muy superiores a niveles básicos y que en la práctica resultan de muy difícil cumplimiento. En el sistema de riesgo del trabajo, no bastó que las prestaciones fueron aumentadas a niveles superiores a los observados en otros países (lo cual tuvo impacto sobre los costos laborales) para evitar que la justicia reabra la litigiosidad con el objetivo de aumentar las prestaciones previstas en la LRT. En el sistema previsional se mantuvo el régimen de reparto con promesas de beneficios definidos con bajo soporte actuarial y no se eliminaron los regímenes de privilegio. En el sistema de salud se hizo un esfuerzo por definir el paquete de prestaciones, aunque fue lo suficientemente difuso como para entenderse casi totalmente comprehensivo de todas las prestaciones posibles, sin límites ni criterios de racionalización.

Obviamente que una promesa muy extensiva viabiliza políticamente la reforma, pero tiene como contrapartida un importante efecto adverso en la equidad del sistema y su sostenibilidad financiera. Aunque a priori aparece como paradójico, hay evidencias claras de que contemplar prestaciones muy por encima de niveles básicas es una fuente de inequidad. El impacto distributivo negativo se produce porque cuando la promesa de una alta protección no está respaldada por un régimen financiero que provea los recursos necesarios para hacerla efectiva se produce una puja distributiva en donde indefectiblemente pierden las personas de menores ingresos. La situación antes y después de las reformas de los seguros sociales en Argentina ofrece valiosas enseñanzas de este perverso efecto.

La promesa de altos niveles de prestaciones del régimen público de reparto cada vez llega menos a los trabajadores de menores ingresos porque consideraciones de viabilidad financiera obligan a establecer requisitos muy altos de aportes. Los trabajadores de menores salarios –cuyas historias laborales se caracterizan por una alta intermitencia de aportes debido a los problemas de empleabilidad que es, precisamente, lo que explica su bajo nivel de salario– tienen bajas probabilidades de cumplir con esos requisitos y por lo tanto acceder a las prestaciones definidas con bastante generosidad. Por el contrario, los grupos mejor posicionados exigen el cumplimiento de la ley vía litigiosidad o incluso sosteniendo regímenes especiales.

En el sistema de riesgos del trabajo, la puerta para acceder a mayores prestaciones la abre la vía judicial. En general, por la propia lógica de operaciones de los procesos litigiosos, los trabajadores de menor calificación fuertemente concentrados en empresas pequeñas y medianas tienen menos probabilidades de iniciar y ganar un juicio. Así, se produce un efecto análogo al del sistema público previsional, que es engrosar la promesa de mayores prestaciones a las que en general acceden los trabajadores de mayor nivel de ingreso.

En la reforma de los seguros sociales sucedió algo de similar características. La promesa de un paquete de prestaciones integral con límites muy difusos llevó a que los únicos que pudieran ejercer su libertad de opción y aprovechar las nuevas condiciones de la competencia para acceder a planes privados de buena calidad fueron los trabajadores más aventajados desde el punto de vista del nivel de ingreso (es decir, personas de altos salarios o de salarios medios sin cargas o con cargas reducidas de miembros del grupo familiar). Las personas de bajos ingresos y hogares mas grandes quedaron desfinanciados y los esfuerzos del Estado por contrarrestar la inconsistencia actuarial con el FSR resultaron infructuosos. El final fue igual que en los otros dos sistemas. Una promesa solo cumplible

financieramente para los de alto nivel de ingreso desplazó de los beneficios esperados por las reformas a quienes más necesitan de la seguridad social.

Por diversas vías, las reformas sufrieron las consecuencias de no haber cambiado la propensión a hacer promesas muy superiores a los niveles básicos. En la mayoría de los países, inclusive los de mayor desarrollo, hay un elevado nivel de aceptación de que los seguros sociales deben garantizar de manera universal prestaciones básicas. Esto no excluye que la población que tiene posibilidades e interés utilice otras vías complementarias para acceder a prestaciones superiores. Por ejemplo, la seguridad social garantiza en materia previsional un nivel de prestaciones que va en línea con los salarios promedio y quienes ocupan los escalones más altos de la grilla salarial y desean mantener ese nivel de vida durante el periodo de pasividad acuden a seguro de retiro por fuera del seguro social. El Estado fija reglas para que la operatoria de estas coberturas se de en un marco de transparencia y seriedad pero en esta lógica no se contempla la posibilidad de que se usen recursos públicos para mejorar las prestaciones de los segmentos de la población mejor posicionados.

En la Argentina la seguridad social opera bajo la presión de sufrir las limitaciones propias de un país de desarrollo intermedio –lo que implica financiamiento para la seguridad social acotado– con aspiraciones fuertemente arraigadas en la sociedad de acceder a coberturas que muchas veces ni los países desarrollados llegan a ofrecer. Las reformas, ya sea por su diseño o por presiones externas quedaron entrampadas en esta contradicción. Los principales impactos fueron la fragilidad financiera y los tratamientos inequitativos.

La principal lección de las experiencias acumuladas es que es necesario estimular un debate en torno a los objetivos protectorios que conviene que asuma la seguridad social. Pretender asignarle responsabilidades de que van mucho más allá de la protección básica, tiene varios efectos negativos. El más importante es que lleva a incorporar promesas que luego no se pueden cumplir y que terminan desencadenando procesos extremadamente distorsivos. Es preferible invertir esfuerzo en generar conciencia sobre los límites que objetivamente acotan el nivel de protección que ofrecen los seguros sociales, a realizar concesiones que facilitan el procesamiento político de las reformas pero que al final terminan condicionando sus resultados.

5. Prestaciones contributivas vs. prestaciones asistenciales.

Las reformas mantuvieron el modelo bismarckiano sobre el que se constituyó desde sus orígenes el sistema de seguridad social argentino. Esto implicaba tomar como criterio básico y casi excluyente las prestaciones de tipo contributivo. Las de tipo asistencial o no contributivo jugaban un papel marginal y muy poco articuladas con el sistema de seguridad social contributivo. Esto a pesar de que muy tempranamente y sobre todo a partir de la década de los '80 el mercado de trabajo había comenzado a mostrar signos de saturación que se canalizaban hacia empleos de baja productividad que quedan fuera de la legislación, incluyendo las obligaciones de hacer las aportaciones a la seguridad social.

El problema se vio potenciado por varios factores. Por un lado, durante los '90 en la Argentina, como ocurrió en la mayoría de los países latinoamericanos, se produjeron

cambios importantes en el mercado de trabajo que tuvieron asociado, entre otros efectos, que la incidencia del empleo no registrado continuara creciendo. Por otro lado, las reformas incorporaron criterios más restrictivos para el acceso a las prestaciones, reforzando el carácter contributivo del sistema. Por último, el mismo tipo de efecto tuvo las mejoras de gestión que permitieron instrumentar un control más riguroso de los requisitos de acceso (fundamentalmente el manejo más preciso de la historia laboral).

El resultado es que la contradicción entre las dinámicas laborales y el criterio contributivo con el que estaban concebidos los sistemas de seguridad social se potenciaron. En la actualidad, entre los asalariados la incidencia del empleo no registrado oscila en el 50%, mientras que entre los trabajadores independientes se aproxima al 70%. Esto implica que la seguridad social tiene una cobertura limitada y muy sesgada hacia los segmentos mejor posicionados en el mercado de trabajo. La mayor parte de los trabajadores, y en especial los que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad, no acceden a la cobertura de la seguridad social. Las reformas ignoraron esta realidad y en varios aspectos contribuyeron a potenciarla. Esto implica consolidar un modelo “elitista” de seguridad social que resulta totalmente incoherente con los objetivos que justifican su existencia.

En las condiciones sobre las que opera el mercado de trabajo subyacen fenómenos estructurales. La principal consecuencia es que se generan de una gran cantidad de puestos de trabajo de muy baja productividad y, por lo tanto, imposibilitado o con muy bajas probabilidades de realizar aportes a la seguridad social. Este cuadro de situación, aun en escenarios muy optimista, tomará mucho tiempo revertirlos. Además, existe un stock acumulado de personas para quienes su situación frente a la seguridad social no cambiará aun cuando las dinámicas laborales muestren un sorprendentemente rápido mejoramiento. Este es el caso, por ejemplo, de personas próximas a la edad de retiro y que han acumulado muy pocos años de aportes.

La experiencia acumulada y los diagnósticos sobre el mercado de trabajo llevan a sugerir con énfasis un cambio de estrategia en relación a la importancia de los regímenes de tipo asistencial. Esto implica, por un lado, asumir en el diseño y la instrumentación de las reformas que los esquemas no contributivos son mucho más que un complemento marginal del régimen básico de carácter contributivo. En realidad, por relativamente bastante tiempo los esquemas asistenciales serán más importantes que los contributivos, especialmente en relación a garantizar un nivel de protección básico a toda la población. Concomitante con esto, por otro lado, resulta de particular importancia poner especial cuidado en que en los diseños se logre una adecuada articulación entre ambos regímenes de cobertura. Por ejemplo, es importante cuidar que los esquemas no contributivos no sean otro factor poderoso de incentivo a favor de la informalidad.

6. Público vs. privado.

Probablemente, la discusión en torno a la naturaleza jurídica de los entes de gestión sea el tema que más polémica genera y sobre el cual los posicionamientos asumen una carga ideológica extrema. De esto se derivan una serie de prejuicios que complican la evaluación objetiva de las diferentes alternativas. Simplificando la descripción, mucha de las discusiones sobre este tema y que repercute sobre la discusión en general sobre las reformas

parten de dos premisas básicas. La primera es que se asume como válida la hipótesis de que un esquema de gestión pública tiende a ser más consistente con los objetivos de solidaridad y equidad pero enfrenta dificultades serias para garantizar razonables niveles de eficiencia. Análogamente, de manera explícita o implícita se toma como válida la premisa de que la gestión privada es garantía de mayor eficiencia pero se contradice con los objetivos de equidad y solidaridad.

Es evidente que un funcionario público tiene muchas más restricciones para la toma de decisiones relativas a la gestión que un gerente de una empresa privada. Alcanza con comparar los procedimientos que tiene que seguir cada uno de ellos para cualquier tipo de adquisición o para la contratación de una persona para entender la importancia de estas diferencias desde el punto de vista de sus posibilidades de maximizar la calidad de la gestión. Esto naturalmente impacta sobre los niveles de eficiencia en la administración de recursos. En otro sentido, la esencia de una empresa privada es el fin de lucro y, por lo tanto, no tiene lógica esperar que espontáneamente incorpore el objetivo de equidad que inspira a la seguridad social, lo que sí puede ocurrir en un organismo público cuya conducta se guía en base a decisiones políticas y no de la búsqueda de rentabilidad.

De la experiencia de las reformas a los seguros sociales en Argentina se pueden extraer evidencias consistentes con estas premisas. Por ejemplo, la libre elección en las obras sociales permitió de manera indirecta la incorporación de gestión privada (las prepagas) que, en general, mostraron una administración más solvente de los recursos. Sin embargo, una de las consecuencias fue un proceso muy intenso de “descreme” que obviamente conspiró contra el objetivo de equidad. En otras palabras, la incorporación de gestión privada estuvo asociada a mejoras en la administración de los recursos pero que solo fueron en beneficio de los asalariados de ingresos más altos, profundizando los problemas de equidad que ya tenía el sistema. En sentido contrario, y consistente con los postulados de las premisas tradicionales, es probable que el establecer la PBU en el sistema previsional implicó ganancias de equidad a costos de sacrificar eficiencia.

Sin embargo, la experiencia argentina también brinda evidencias el sentido contrario a las premisas que se asumen como universalmente válidas. Así por ejemplo, las reformas en Argentina muestran que bajo determinadas circunstancias la gestión privada puede operar bajo razonables niveles de equidad. Por ejemplo, en el seguro de riesgos del trabajo, los trabajadores, cualquier sea su situación sociolaboral, tienen acceso a idénticos tratamientos médicos, en términos cuantitativos y cualitativos. Este es un rasgo de equidad que no está presente en los seguros de salud, que es el otro sistema que otorga prestaciones en servicios médicos y que está gestionado por entidades semipúblicas sin fines de lucro.

También hay evidencias que contradicen la noción de que la eficiencia está por definición asociada a la gestión privada. Por ejemplo, ha sido y sigue siendo –en Argentina como en el resto de los países que transformaron sus sistemas previsionales– motivo de controversias el nivel de gastos administrativos de las administradoras de pensiones del régimen de capitalización. El hecho de que prácticamente un tercio de lo que cada trabajador destina mensualmente al ahorro previsional no llegue a su cuenta de capitalización muestra que la incorporación de la gestión privada por sí misma no garantiza una administración de los recursos plenamente consistente con los intereses de los afiliados.

También hay ejemplos que demuestran con claridad que la solidaridad no es un derivado natural de la gestión pública. Aunque se trata de una de las premisas más utilizadas en los debates relativos a la organización de la seguridad social, es sobre la que probablemente existan ejemplos más frecuentes y contundentes respecto a su falsedad. Tal vez la evidencia más clara de que la equidad no es una característica intrínsecamente asociada a la gestión pública sean los regímenes previsionales de privilegio. Se trata de un perverso esquema de redistribución regresiva de ingresos que sólo puede tener cabida en un esquemas de reparto con gestión pública (este tipo de tratamiento privilegiado no sería posible bajo el principio de la capitalización individual). En igual sentido, el hecho de que dos personas con idéntico esfuerzo de aportes puedan percibir diferentes beneficios, según hallen o no litigado exitosamente contra la ANSES, es otra evidencia de que la gestión pública no garantiza de que no se produzcan irritantes tratamientos inequitativos.

La experiencia acumulada avala la idea de que, por sí misma, ni la gestión privada es garantía de eficiencia, ni la gestión pública es garantía de solidaridad. A favor de este argumento se pueden aportar evidencias empíricas rigurosas que permiten llevar a rechazar las asociaciones lineales de causalidad entre determinados resultados y determinados tipos de gestión. Por el contrario, en un análisis más objetivo y menos ideológico aparece con claridad que el principal determinante de los resultados –tanto en términos de equidad como de eficiencia– son las reglas de juego y no la naturaleza jurídica de los entes de gestión. La consistencia aplicada en el diseño del régimen financiero y la pertinencia de las regulaciones y la capacidad administrativa para controlarlas aparecen como factores fundamentales que definen la eficiencia y la equidad de un sistema. La gestión privada, pública o semipública, aparecen como una cuestión instrumental, que por sí misma no condiciona determinísticamente los resultados.

El ejemplo de los seguros de salud es pertinente. Las reformas que sustituyeron la afiliación cautiva por la libertad de elección fueron un factor de estímulo a favor de una gestión más eficiente de los recursos. A su vez, la introducción de un esquema de subsidio automático hacia las personas con menor aporte per capita es un paso a favor de un régimen financiero que contempla el objetivo de solidaridad. Sin embargo, se mantuvo la inconsistencia de fijar un valor para la capita mínima garantizada muy inferior al costo del paquete de prestaciones que se aspiraba a brindar. Esta aguda inconsistencia, potenciada porque el ente regulador no se mostró proclive a generar un ambiente favorable al desarrollo de una competencia transparente, indujo a resultados ambiguos. Las empresas privadas (prepagas) tuvieron incentivos para captar a las personas rentables (es decir, que su aporte resultaba suficiente para financiar el costo esperado del PMO suministrado a razonables niveles de accesibilidad y calidad). El acceso a los mejores servicios que ofrecen las prepagas quedó vedado para la gente subfinanciada, que permaneció en las obras sociales. Estas entidades pudieron subsistir aun en un contexto de libre elección gracias a la sistemática subprestación y a la imposibilidad de estas personas de elegir una alternativa superadora. El hospital público jugó su rol proveyendo lo que las personas no conseguían en la seguridad social.

De esta manera, se consolidaron las fragmentaciones en el sistema de seguros de salud en aparente consistencia con los prejuicios. La eficiencia privada con poca equidad (las prepagas) y la equidad pública con baja eficiencia (los hospitales y en cierta forma las obras sociales). En realidad, se puede demostrar que estos resultados no están asociados a la

naturaleza jurídica de los entes de gestión, sino a la perversidad de las reglas de juego bajo las que operan.

El planteo gestión pública versus gestión privada induce a un debate cargado de ideología que desvía la atención respecto los aspectos sustanciales. En este sentido, resulta central destinar esfuerzos de análisis a indagar cuales son los instrumentos que dispone el Estado para avanzar hacia modelos de organización de la seguridad social que respondan mejor a las expectativas de la población. En otras palabras, establecer un enfoque superador de la tradicional antinomia entre público y privado para discutir en base a elementos mas objetivo el nivel de importancia de los diferentes roles que puede ocupar el Estado en la operación de la seguridad social.

En este aspecto, las experiencias acumuladas muestran un menú variado de situaciones que permiten extraer algunas conclusiones relevantes. En términos esquemáticos, las intervenciones del Estado se pueden encuadrar en alguna de las siguientes tipificaciones:

- Ente regulador. Es decir, organismos públicos especializados en fijar reglas de juego y controlar su cumplimiento.
- Ente de gestión. Esto se dio con diferentes variantes:
 - Ente monopólico: fue el caso del ANSES gestionando el régimen previsional de reparto.
 - Ente competitivo con reglas especiales: fue el caso de la administradora Nación AFJP en el régimen previsional de capitalización.
 - Ente competitivo con idénticas reglas a los operadores privados: fue el caso de la aseguradora Provincia ART, en el sistema de riesgos del trabajo.

Un elemento común de cada una de las reformas es que contempló la creación de entes públicos (superintendencias) especializados en las funciones de regulación y control. En general, se siguieron los criterios considerados más recomendables: ente descentralizado; autonomía presupuestaria; personal con un régimen laboral especial que permite remuneraciones superiores al resto de la administración pública y en línea con las vigentes en el sector privado; funciones concentradas en la regulación y el control sin involucramiento en la gestión de beneficios ni en el financiamiento. Se trató de una experiencia novedosa, en el marco de un sector público con poca tradición en cumplir este tipo de funciones.

No se disponen de evaluaciones sobre el desempeño de las superintendencias. Es probable que, mas allá de las diferencias importantes observadas en cada uno de los casos, los puntos más débiles se manifestaron en la tendencia a la burocratización y politización de los organismos. A pesar de que se generaron condiciones diferentes al resto del Estado, en los hechos se reprodujeron fenómenos parecidos al resto de la administración pública. La designación y toma de decisiones de las cúpulas de los organismos estuvieron excesivamente sujetas a los vaivenes políticos y el resto de las estructuras han tendido a emular las malas prácticas que prevalecen en el sector público. Probablemente, la manifestación más visible de este punto débil sea la baja capacidad manifestada para ejecutar con solvencias las funciones de control. Como ocurre en otras áreas del Estado, se observó una alta propensión a regular con intensidad y muchas veces con voluntarismo, pero con baja preocupación por verificar que las disposiciones se cumplan.

De todas formas, existen varios puntos positivos, como por ejemplo, mejoras en los sistemas de información. Un caso notable, en este sentido, se da por ejemplo en la acumulación de información sobre el régimen de capitalización realizado por la Superintendencia de AFJP y de siniestralidad laboral por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

Operando como ente de gestión, el Estado tuvo diversos resultados. En su carácter de ente monopólico adoleció de los problemas tradicionales. La inercia burocrática prevaleció sobre los impulsos modernizadores y en muchos casos se generaron brechas por donde se filtraron actos de corrupción. Más interesante es analizar el Estado operando en competencia con entes de gestión privados. Los casos más significativos en este sentido fueron los de Nación AFJP, en el sistema previsional, y Provincia ART, en el de riesgos del trabajo.

El principal elemento en común de ambos casos es que los entes de gestión pública pudieron absorber una porción significativa del mercado (9% en el caso de Nación AFJP y 19% en el caso de Provincia ART). Sin detentar condiciones significativamente más favorables que los privados, ambas empresas públicas se constituyeron en operadores importantes de ambos sistemas. El respaldo de las instituciones bancarias públicas y la confianza que genera entre algunas personas la solvencia del Estado probablemente contribuyó a este éxito comercial.

Más difícil de evaluar es el impacto que tuvo sobre el sistema en general la presencia de estas dos instituciones. El caso más interesante es el de Nación AFJP ya que es una institución que depende del gobierno nacional y cuya constitución fue prevista en la propia ley de creación del sistema de capitalización (se supone que a los fines de cumplir algún rol específico dentro del sistema). Por el contrario, Provincia ART –salvo por el hecho de tener cautivo a los empleados públicos de la Provincia de Buenos Aires– se asimiló a un operador más dentro del sistema.

Sin perjuicio de algunas acciones puntuales (por ejemplo, en el proceso de canje de títulos públicos Nación AFJP fue el único operador que aceptó la pesificación siguiendo las pautas impuestas por el gobierno), en general, su comportamiento no fue muy diferente al del resto. No se destacó por operar como una “entidad testigo” que contribuyera a fijar criterios o corregir algunos de las deficiencias observadas en el sistema. Por ejemplo, en Nación AFJP se observa, sin grandes diferencias respecto a sus competidores privados, un nivel relativamente elevado de comisiones, altos costos de comercialización y una cartera de inversiones que a grandes rasgos siguen el “comportamiento manada”. Esto estaría confirmando que los comportamientos no dependen tanto de la naturaleza jurídica del ente de gestión como de los estímulos que generan las reglas de juego prevalecientes.

Aunque se trata de un tema que merece más exploración, hay evidencias que llevan a sugerir que las polémicas en torno a la participación privada en la gestión de la seguridad social están sobredimensionadas; probablemente por los sesgos que genera la carga ideológica que involucra. Hay bases objetivas que indican que desde el punto de vista de la equidad y eficiencia mucho más importante que la naturaleza jurídica de los entes de gestión resulta la forma en que está estructurado el régimen financiero y la aplicación de buenas reglas de juego.

Planteado en estos términos, no parece ser decisiva la participación del Estado como gestor para garantizar resultados consistentes con los objetivos que persigue la seguridad social. Se pueden lograr, como de hecho ocurrió con algunas de la reformas, avances simultáneos y significativos tanto en términos de eficiencia como de equidad utilizando la gestión privada. Por el contrario, la presencia del Estado fijando la arquitectura organizacional de los sistemas y velando para que las reglas se cumplan resulta de decisiva importancia. En términos prácticos, esto implica que el tipo de debate más enriquecedor es el encaminado a definir la mejor articulación entre la gestión privada y el rol regulador de Estado.

REFLEXIONES FINALES

El proceso de transformación de la seguridad social deja, en términos de resultados, un saldo ambiguo. Por un lado, se presentan progresos palpables junto con retrocesos en temas importantes. Por el otro, se presenta la aparición de nuevos problemas. Finalmente, existen muchas áreas donde no se dispone de bases objetivas como para cerrar un balance de resultados. Además, esto se da en el marco del derrumbe de la convertibilidad con lo cual nuevamente los factores de contexto juegan un papel protagónico y dificultan la evaluación de las causalidades.

La experiencia resulta muy desafiante como materia para su estudio dada la complejidad y diversidad de los fenómenos involucrados. No hubo una reforma, sino una multiplicidad de cambios que si bien tienen algunos elementos comunes en general comprenden una enorme heterogeneidad de situaciones. Aunque es muy difícil sostener conclusiones terminantes hay algunos elementos que no se deberían soslayar. Por un lado, la seguridad social sigue siendo el mecanismo más importante de redistribución de ingresos sobre el cual, con justificadas razones, se espera que cumplan un papel protagónico como factor de progreso social. Por el otro, más allá de los debates en torno a su pertinencia y resultados alcanzados, las reformas han modificado de manera permanente aspectos medulares de su organización. Por último, hay evidencias claras de que existe la posibilidad de mejorar el funcionamiento de los seguros sociales y, de esa forma, alinear mejor resultados con expectativas. Esto sugiere la importancia estratégica avanzar en reformas de segunda generación.

Desde la perspectiva de formular una agenda de políticas, el estudio de las experiencias acumuladas resulta útil no solo para entender los puntos de partida sino también para discutir con más objetividad las posibles estrategias de intervención. En la medida que se profundiza la investigación se comienza a vislumbrar una interesante cantidad de insumos que resultan extremadamente ricos desde el punto de vista de discusión de estrategias tanto en términos de cuestiones operativas como sustanciales.

En tal sentido, aunque el último capítulo de este documento está destinado a presentar un conjunto de recomendaciones, resulta pertinente destacar de entre ellas dos aspectos claves. Por un lado, es muy recomendable evitar centrar el debate en términos de la antinomia público vs. privado. En realidad, la experiencia comprueba que este es un simplismo que lleva las discusiones a un nivel superficial, eludiendo los temas sustantivos que son los que definen los resultados. Es en las reglas de juego bajo las que se edifica su organización y no en la naturaleza jurídica de los entes de gestión donde están los problemas de la seguridad social. Por otro lado, y muy relacionado con lo anterior, el tema de los consensos en un ambiente institucional débil como el que caracteriza a la Argentina es muy relevante desde el punto de vista de la sostenibilidad de las transformaciones y, consecuente con ello, su eficacia. Por eso, no se deberían minimizar los esfuerzos en torno a formar conciencia sobre la necesidad de encarar reformas de segunda generación y acordar orientaciones que cuente con avales sólidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso, G. (2000). *Política y Seguridad Social en la Argentina de los Noventa*. Ed. Miño y Davila, Madrid.
2. Andino, C. (2001). *Estudio para la Comprensión de la Argentina Contemporánea*. Monografía de investigación. Mimeo. Equipo Federal de Trabajo, Buenos Aires. www.eft.com.ar
3. Anses/Banco Mundial (1999). *Programa de control de la litigiosidad*. Buenos Aires.
4. Arancibia, G. Giordano, O. Torres, A. (2004). *A 8 años del Nuevo Sistema de Riesgos del Trabajo: Balance y Desafíos*. Documento de Discusión N°2. Instituto para el Desarrollo Social Argentino (IDESA), Buenos Aires.
5. Arriazu, R. (2003). *Lecciones de la Crisis Argentina: Bases programáticas para un esquema de desarrollo sustentable*. Editorial El Ateneo, Buenos Aires.
6. Belmartino, S. Bloch, C. Presello, A. Quiroga (1987). *Las Instituciones de Salud en la Argentina. Desarrollo y Crisis*. Secretaría de Ciencia y Técnica, Buenos Aires.
7. Belmartino, S. Bloch, C. Presello, A. Carmino, M. (1988). *Corporación Médica y Poder en Salud: Argentina 1920 – 1945*. OPS, N°7, Buenos Aires.
8. Belmartino, S. Bloch C. Presello A. Carmino, M. (1991). *Fundamentos Históricos de la Construcción de Relaciones de Poder en el Sector Salud: Argentina 1940 – 1960*. OPS, N°27, Buenos Aires.
9. CELADE (2004). “América Latina y el Caribe: Estimaciones y Proyecciones de la Población 1950-2050” en *Boletín Demográfico N°73*. Santiago de Chile.
10. CEPAL (1958). *El Desarrollo Económico de la Argentina*. Comisión Económica para América Latina, Santiago de Chile.
11. Colina, J. Ronconi, L. Tommasi, M. (2002). *Problemas para la expansión del grado de cobertura en el sistema reformado de pensiones argentino*. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional (CEDI), Buenos Aires.
12. Colina, J. (2003). *Las AFJP y los seguros de retiro en la Argentina: un estudio comparativo*. Nota técnica de discusión de pensiones N°02/2003. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C.
13. Colina, J. Giordano, O. Rodríguez del Pozo, P. (2004). *El Sistema de Salud en la Argentina: diagnósticos y propuestas*. Premio Fulvio Salvador Pagani 2004. Fundación Arcor, Córdoba, Argentina.
14. Estudio Mora y Araujo, Noguera y Asociados. (1997). *Actitudes de las población respecto a las obras sociales y la negociación salarial*. Mimeo, Buenos Aires.
15. Facal, J.M. (2004). *¿Quo Vadis LRT? Un repaso a los recientes proyectos de reforma de la LRT*. Mimeo, Buenos Aires.
16. FAISS (2000). *Acerca de los Costos de la Transición de la Reforma del Sistema de Previsión Social Argentino*. Documento N°3/2000. Fundación Argentina de Investigaciones de la Seguridad Social. Mimeo, Buenos Aires. www.faiss.org

17. Felippone, J. (2000). *La litigiosidad del Régimen Previsional Público*. Secretaría de Coordinación de la Jefatura de Gabinete de Ministros, Buenos Aires.
18. FEMEBA (1992). *Cincuenta Años de la Federación Médica de la Provincia de la Buenos Aires: 1942 - 1992*. FEMEBA - Cincuenta Aniversario, Buenos Aires.
19. Garcia Rapp, J. (2000). *Argentina. El Sistema Previsional. Situación Actual y Perspectivas*. Estudio Técnico. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). No. FII-SSR-SSI-14, Julio.
20. Giordano, O. y Torres A. (1996). “La cobertura de los riesgos del trabajo en la Argentina” en *Revista del Trabajo*. Año 3, Nro. 11, Julio/diciembre 1996. Buenos Aires.
21. Giordano, O. Torres, A. Bettioli, M. (1996). *Riesgos del Trabajo. La Modernización de las Instituciones Laborales en la Argentina*. Tomo I y II. Fundación del Trabajo, Buenos Aires.
22. Giordano, O. Colina, J. Torres, A. (1997). *Indicadores de ineficiencias en el sector de las obras sociales nacionales*. Mimeo. Buenos Aires.
23. Giordano, O. Torres, A. Dequino, D. (1998). “Código Civil versus ley sobre riesgos del trabajo: Una evaluación empírica” en *Derecho del Trabajo N°6*. Editorial La Ley, Buenos Aires.
24. Giordano, O. Colina, J. (1999). “La Economía Política de los Procesos de Reforma del Sector Salud en América Latina” en *La Hora de los Usuarios: Reflexiones sobre Economía Política de las Reformas de Salud*. Sanchez y Zuleta (Editores). Banco Interamericano de Desarrollo (BID)/Centro de Estudios Salud y Futuro.
25. Giordano, O. Colina, J. (2000). *Las Reformas al Sistema de Salud ¿El Camino hacia un Sistema Universal, Equitativo y Eficiente?* Documento N°19. Fundación Novum Millenium, Buenos Aires.
26. Giordano, O y Torres, A. (2000). *La Simplificación de la Registración Laboral*. Documento N°18. Fundación Novum Millenium. Buenos Aires, Argentina.
27. Giordano, O. Colina, J. Torres, A. (2003). *La Masividad del Empleo no Registrado en Argentina*. Documento de Discusión N°1. Instituto para el Desarrollo Social Argentino (IDESIA), Buenos Aires.
28. Godio, J. (1973). “Historia del Movimiento Obrero Argentino: Inmigrantes Asalariados y Lucha de Clases, 1880-1910” en *Tiempo Contemporáneo*. Pp. 74-80. Buenos Aires.
29. Grushka, C. (2001). “La cobertura previsional en Argentina a fines del siglo XX” en *Socialis - Revista Latinoamericana de Política Social*. No. 4:53-70. Buenos Aires.
30. Katz, j. Muñoz, A. (1988). *Organización del Sector Salud: Pujas Distributivas y Equidad*. Bibliotecas Universitarias, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.
31. Lewis, P. (1990). *The Crisis of Argentine Capitalism*. The University of North Carolina Press, United States.

32. Mesa-Lago C. (2004). "Evaluación de un cuarto de siglo de reformas estructurales de pensiones en América Latina" en *Revista de la CEPAL N° 84*. Santiago de Chile.
33. Ministerio de Trabajo, Empleo y Formación de Recursos Humanos (2000). *Estadísticas de la Seguridad Social: Series Históricas 1971-2000*. Buenos Aires.
34. Montoya, S. Colina, J. (2000). *La Reforma de Obras Sociales en Argentina: Avances y Desafíos Pendientes*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID)/Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo (CIID).
35. Munchener, R. (2000). "Workers` Compensation. Analysis of private and public systems". Munich.
36. OIT (2002). *Diagnóstico Institucional del Sistema Previsional Argentino y pautas para enfrentar la crisis*. Mimeo. Buenos Aires.
37. PEAT 2.1 (2002). *Propuesta de reforma de los regímenes especiales*. Programa de Apoyo al Equilibrio fiscal y a la Gestión Social. Préstamo BID 1295 OC/AR, Buenos Aires.
38. PEAT 2.2 (2002). *Propuesta de reforma de los regímenes previsionales diferenciales*. Programa de Apoyo al Equilibrio fiscal y a la Gestión Social. Préstamo BID 1295 OC/AR, Buenos Aires.
39. PEAT 2.8. *Propuesta de reforma para prevenir la litigiosidad en el sistema previsional argentino*. Programa de Apoyo al Equilibrio fiscal y a la Gestión Social. Préstamo BID 1295 OC/AR, Buenos Aires.
40. Rofman, R. Stirparo, G. Lattes, P. (1997). *Proyecciones del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones 1995-2050*. SAFJP, Serie Estudios Especiales No. 12, Buenos Aires.
41. Rofman, R. (2003). *El Sistema Previsional y la Crisis en Argentina*. Documento N°07/2003. Banco Mundial. Oficina para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. www.bancomundial.org.
42. Salomón, C. (2003). *Un Modelo de Decisión Judicial Previsional Argentino*. Asociación Argentina de Economía Política. Anales. Buenos Aires.
43. Sanchez, C. Giordano, O. Torres, A. (1990). "Enfermedades y accidentes de trabajo: lineamientos para una regulación alternativa" en *Revista Estudios*. Octubre-Diciembre 1990. Córdoba.
44. Santillan, S. (1995). *Responsabilidad civil por accidentes de trabajo o enfermedad profesional en seis países de la unión europea*. Mimeo. Madrid.
45. Schulthess, W. Bertranou, F. Grushka, C. (2000). *Proyección de responsabilidades fiscales asociadas a la reforma previsional en Argentina*. Serie Financiamiento del Desarrollo No. 94. CEPAL, Naciones Unidas. Chile.
46. Secretaría de Seguridad Social (2004). *Panorama de la Seguridad Social - 1971 - 2000*. Buenos Aires. www.seguridadsocial.gov.ar
47. UART, (2004). *Litigiosidad en los Riesgos del Trabajo*. Documento de la Unión de Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, UART. Buenos Aires. www.uart.org.ar

48. Vasilachis de Gialdino, I. (1992). *Enfermedades y Accidentes Laborales. Un Análisis Sociológico y Jurídico*. Ed. Abeledo Perrot, Buenos Aires.
49. Vasquez Vialard A. (1996). “El paso de un régimen de responsabilidad civil-laboral, respecto a los infortunios laborales, a uno de seguridad social” en *Revista del Trabajo*. Año 3, Nro. 11, Julio/diciembre 1996. Buenos Aires.



Pontificia Universidad Católica Argentina
“Santa María de los Buenos Aires”
Facultad de Ciencias Sociales y Económicas
Departamento de Economía

Ediciones Documentos de Trabajo:

- Nº 1: Millán Smitmans, Patricio, “*Panorama del Sector de Transportes en América Latina y Caribe*”, Noviembre de 2005.
- Nº 2: Dagnino Pastore, José María; Servente, Ángeles y Casares Bledel, Soledad, “*La Tendencia y las Fluctuaciones de la Economía Argentina*”, Diciembre de 2005.
- Nº 3: González Fraga, Javier A., “*La Visión del Hombre y del Mundo en John M. Keynes y en Raúl Prebisch*”, Marzo de 2006.
- Nº 4: Saporiti de Baldrich, Patricia A., “*Turismo y Desarrollo Económico*”, Abril de 2006
- Nº 5: Kyska, Helga, y Marengo, Fernando, “*Efectos de la Devaluación sobre los Patrimonios Sectoriales de la Economía Argentina*”, Mayo de 2006
- Nº 6: Ciocchini, Francisco, “*Search Theory and Unemployment*”, Junio de 2006
- Nº 7: Ciocchini, Francisco, “*Dynamic Panel Data. A Brief Survey of Estimation Methods*”, Junio de 2006.
- Nº 8: Molteni, Gabriel, “*Desempleo y Políticas del Mercado Laboral. Análisis internacional de políticas públicas: Algunos casos exitosos*”, Julio de 2006.
- Nº 9: Genticó, Fernando, “*Duración de los Sistemas de Tipo de Cambio: Bretton Woods, un punto de inflexión*”, Agosto de 2006.
- Nº 10: O’Connor, Ernesto, “*Algunas Consideraciones acerca de la Eficiencia del IVA en la Argentina*”, Septiembre de 2006.
- Nº 11: Millán Smitmans, Patricio, “*Modernización del Estado e Indicadores de Desempeño del Sector Público*”, Octubre de 2006.
- Nº 12: Resico, Marcelo, “*Las Reformas Económicas y la Modernización del Estado*”, Noviembre de 2006.
- Nº 13: Díaz, Cecilia, “*Universidades Indianas del Período Colonial*”, Noviembre de 2006.
- Nº 14: Dagnino Pastore, José M., “*Los Efectos Económicos de la Promoción Regional*”, Marzo de 2007.
- Nº 15: Valsecchi, Francisco, “*La Reconstrucción de la Ciencia Económica sobre el Fundamento Ético-Cristiano*”. “*El Sentido de la Escuela de Economía de la Universidad Católica Argentina*”. Prólogo de Patricio Millán, Junio de 2007.

Nº 16: Ciocchini, Francisco y Molteni, Gabriel, “*Medidas alternativas de la pobreza en el Gran Buenos Aires 1995-2006*”, Julio de 2007

Nº 17: Sabater, Javier , “ *El financiamiento de la Educación Superior. Propuestas para Argentina*”, Julio de 2007

Nº 18: Rodríguez Penelas, “*Aportes del Cardenal Wyszynski en la gestación de Laborem Exercens. El tema de la espiritualidad del trabajo*”, Agosto de 2007