

# **LA SEGURIDAD SOCIAL EN GUATEMALA: DIAGNÓSTICO Y PROPUESTA DE REFORMA**

Dr. Carmelo Mesa-Lago, Coordinador  
Lic. Miguel Angel Barrios Escobar  
Lic. Homero Fuentes

**FUNDACIÓN FRIEDRICH EBERT**  
Representación en Guatemala

Abril de 1997

# INDICE

<b>I. PRESENTACIÓN</b>	<b>1</b>
<b>II. EL ENTORNO POLÍTICO, ECONÓMICO Y SOCIAL: 1980-1996</b>	<b>3</b>
<b>III. BREVE EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL</b>	<b>7</b>
<b>IV. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA ACTUAL</b>	<b>11</b>
<b>A. Subsector Público</b>	<b>11</b>
1. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)	11
2. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	12
3. Otras Instituciones Públicas	13
<b>B. Subsector Privado</b>	<b>14</b>
1. Lucrativo	14
2. No Lucrativo	14
<b>V. COBERTURA POBLACIONAL</b>	<b>15</b>
<b>A. Cobertura Legal</b>	<b>15</b>
1. Subsector Público	15
a. IGSS	15
b. MSPAS	16
2. Subsector privado	16
<b>B. Cobertura Estadística</b>	<b>16</b>
1. IGSS	16
2. MSPAS	19
3. Subsector Privado	19
4. Cobertura Total	19
<b>C. Desigualdades en la Cobertura</b>	<b>20</b>
1. Por Departamentos	20
2. Por Ramas de Actividad Económica	21
3. Por Tipos de Ocupación	23
4. Por Sexo y Edad	24
<b>D. Barreras a la Extensión de la Cobertura Poblacional</b>	<b>25</b>
<b>E. El Modelo de Extensión de Escuintla</b>	<b>26</b>
1. Características del modelo	26
2. Primera Evaluación	28
3. Segunda Evaluación	29
4. Tercera Evaluación	29
5. Conclusiones	30
<b>VI. PRESTACIONES</b>	<b>31</b>
<b>A. IGSS</b>	<b>31</b>
1. Prestaciones y Condiciones de Acceso	31
2. Desigualdades en las Prestaciones y el Acceso	33

3.	Distribución del Gasto de Prestaciones por Programa	34
4.	La Evolución de la Pensión Real	36
<b>B.</b>	<b>MSPAS</b>	<b>37</b>
1.	Prestaciones e Instalaciones	37
<b>C.</b>	<b>Recursos y Niveles de Salud</b>	<b>37</b>
<b>VII.</b>	<b>FINANCIAMIENTO</b>	<b>41</b>
<b>A.</b>	<b>IGSS</b>	<b>41</b>
1.	Contribuciones Salariales	41
2.	Deuda del Estado y los Empleadores Privados	42
3.	Inversiones	45
<b>B.</b>	<b>MSPAS</b>	<b>49</b>
<b>VIII.</b>	<b>ADMINISTRACIÓN</b>	<b>51</b>
<b>A.</b>	<b>IGSS</b>	<b>51</b>
1.	Gastos Administrativos y Personal	51
2.	Problemas Administrativos	52
3.	Eficiencia Hospitalaria	53
<b>B.</b>	<b>MSPAS</b>	<b>54</b>
<b>IX.</b>	<b>EQUILIBRIO FINANCIERO Y ACTUARIAL</b>	<b>55</b>
<b>A.</b>	<b>El Costo de la Seguridad Social</b>	<b>55</b>
<b>B.</b>	<b>Sistemas de Financiamiento</b>	<b>56</b>
<b>C.</b>	<b>Situación Financiero-Contable</b>	<b>57</b>
<b>D.</b>	<b>Situación y Perspectiva Financiera-Actuarial</b> (Según Diagnósticos Previos del IGSS)	<b>60</b>
<b>E.</b>	<b>Revisión Actuarial 1997 por el Equipo de la Fundación Friedrich Ebert</b>	<b>61</b>
1.	Resumen de las Bases Técnicas	61
a.	Poblaciones y Gastos Iniciales	62
b.	Parámetros biométricos	62
c.	Parámetros financieros, Económicos y Reglamentarios	62
2.	Calibración de Hipótesis de Proyección	62
3.	Resultados	64
<b>X.</b>	<b>CONCLUSIONES DEL DIAGNOSTICO</b>	<b>67</b>
<b>A.</b>	<b>Estructura Organizativa Actual</b>	<b>67</b>
<b>B.</b>	<b>Cobertura Poblacional</b>	<b>67</b>
<b>C.</b>	<b>Prestaciones</b>	<b>68</b>
<b>D.</b>	<b>Financiamiento</b>	<b>69</b>

<b>E. Administración</b>	<b>70</b>
<b>F. Equilibrio Financiero y Actuarial</b>	<b>71</b>
<b>G. Cuadro Resumen</b>	<b>72</b>
<b>XI. MODELOS ALTERNATIVOS DE REFORMA EN AMERICA LATINA</b>	<b>73</b>
<b>A. La Reforma de la Salud</b>	<b>73</b>
1. Integración Público-Seguro Social y Colaboración Marginal con el Sector Privado	76
2. Programas Paralelos o Selectivos Duales: Chile y Perú	76
3. Programas Selectivos Múltiples: Colombia y Argentina	78
<b>B. La Reforma de las Pensiones: Características de los Modelos</b>	<b>79</b>
1. Público Reformado: Costa Rica	83
2. Público Reformado con Pensión Complementaria Obligatoria: México	83
3. Pensiones Complementarias Voluntarias	84
4.a. Sustitutivo con Administración Privada: Chile	84
4.b. Sustitutivo con Administración Privada: Bolivia	86
4.c. Sustitutivo con Administración Privada: El Salvador	87
5. Sustitutivo con Administración Múltiple: México	87
6.a. Mixto: Argentina	88
6.b. Mixto: Uruguay	89
7.a. Paralelo: Perú	90
7.b. Paralelo: Colombia	91
<b>C. La Reforma de las Pensiones: Ventajas y Desventajas de los Modelos</b>	<b>93</b>
1. Reformas No Estructurales	93
a. Costa Rica	93
b. México	93
2. Reformas Estructurales	94
a. Sustitutivos: Chile, Bolivia, El Salvador, México	94
b. Mixtos: Argentina y Uruguay	96
c. Paralelos: Perú y Colombia	97
<b>D. Resumen de las Principales Lecciones de las Reformas y Aplicación a Guatemala</b>	<b>98</b>
1. Modelo Unico-Universal o Diversidad	98
2. Costo Fiscal de la Transición y Regresividad	98
3. Mercado, Administración Privada, Competencia y Morosidad	98
4. Programa de CPI, Mercado de Valores y Rendimiento del Fondo	99
5. Impacto en el Ahorro Nacional	100
6. Cobertura Poblacional	100
7. Papel del Estado	101
<b>XII. EVALUACION DE LAS PROPUESTAS DE REFORMA</b>	<b>103</b>
<b>A. El Informe y las Recomendaciones de Reforma del BID (1993)</b>	<b>103</b>
<b>B. Los Cambios a la Ley Orgánica por el Decreto 39-94 del Congreso (1994)</b>	<b>103</b>
<b>C. Los Estudios y Lineamientos para la Reforma del CIEN (1992-1997)</b>	<b>104</b>
1. Evaluación de Diagnóstico del CIEN	104
2. Propuestas de Reforma en Pensiones	105

3.	Propuestas de Reforma en Salud	106
4.	Conflictos de las Propuestas del CIEN con la Constitución y los Acuerdos de Paz	107
<b>D.</b>	<b>La Propuesta de la Comisión Gubernamental de Reformas al Sistema de Pensiones</b>	<b>108</b>
1.	Antecedentes	108
2.	Características Generales	109
3.	Similitudes y Diferencias con el Modelo Chileno y el CIEN	110
4.	Imposibilidad de Evaluación	110
<b>E.</b>	<b>La Propuesta de Reforma del IGSS (1996)</b>	<b>111</b>
1.	Antecedentes	111
2.	Fundamentos y Objetivos Generales de la Reforma	111
3.	Recomendación del Sistema Mixto: Sus Dos Niveles	111
a.	Nivel Básico	111
b.	Nivel Complementario	112
4.	La Integración del IGSS y las CPE	112
5.	La extensión de la Cobertura	113
<b>XIII.</b>	<b>LA PROPUESTA DE LA FUNDACION FRIEDRICH EBERT</b>	<b>115</b>
<b>A.</b>	<b>Pautas Generales de la Reforma</b>	<b>115</b>
<b>B.</b>	<b>Propuesta de Reformas al IGSS</b>	<b>115</b>
1.	Programas	116
a.	Invalidez, Vejez y Muerte	116
i.	Edad de Retiro	116
ii.	Fórmula de Cálculo de la Pensión	116
iii.	Tasas de Reemplazo	117
iv.	Montos Mínimos y Máximos de la Pensión y la Contribución	118
v.	Requisitos de Invalidez Común	119
b.	Riesgos del Trabajo	119
c.	Enfermedad y Maternidad (EM) en el IGSS y coordinación con el MSPAS	119
2.	Administración y Finanzas	120
3.	Extensión de la Cobertura Poblacional	122
<b>C.</b>	<b>Características Generales del Sistema Mixto</b>	<b>124</b>
1.	Ventajas sobre el Sistema Sustitutivo	124
2.	Características del Sistema Propuesto	125
<b>D.</b>	<b>Evaluación Actuarial de la Reforma Propuesta al IGSS</b>	<b>126</b>
1.	Simulación de la reforma	126
2.	Resultados de las proyecciones con reforma	126
<b>E.</b>	<b>Conclusiones</b>	<b>130</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>133</b>
	<b>ANEXO: BASES TECNICAS DE LAS PROYECCIONES ACTUARIALES</b>	<b>139</b>

# I. PRESENTACIÓN

La Seguridad social puede ser considerada como una de las necesidades fundamentales de los ciudadanos y está presente en múltiples formas en los procesos de desarrollo de las sociedades. Es notable que muchos elementos de las estructuras sociales, incluso desde sus formas ancestrales, fueron concebidos primordialmente para tratar los riesgos de la sobrevivencia diaria.

Los procesos de desarrollo y cambio social han contribuido a la destrucción de las formas tradicionales de protección contra estos riesgos. En este contexto nacen los esquemas de seguridad social como una de las principales reivindicaciones del movimiento laboral y social. Los elementos centrales fueron la solidaridad y la universalidad de los esquemas a implementar. El concepto de solidaridad procura que como elemento regulador de los esquemas de protección no sólo opere el criterio de la capacidad de contribución sino también las necesidades del individuo. La universalidad apunta hacia la inclusión de todas las capas sociales necesitadas de protección. Inspirados por las experiencias europeas se crearon instituciones públicas de seguridad social, con una gran gama de rasgos propios, en la mayoría de los países del mundo.

Sistemas de seguridad social con un adecuado nivel de eficiencia y cumplimiento de las exigencias de solidaridad y universalidad son una expresión práctica del esfuerzo del colectivo hacia sus miembros, en momentos cuando ellos más lo requieren. El refuerzo del grado de identificación que este efecto genera entre los ciudadanos con su colectivo no debe ser subestimado en términos de estabilidad socio-política e identificación nacional. Sobre esta base queda claro que la seguridad social no sólo tiene un rol importante como punto de acumulación y flujo de capital en la economía, sino que debe ser contemplada como un elemento central de la política nacional y de la construcción del Estado y de la paz.

La evolución de la seguridad social y de las instituciones responsables de aplicarla en Guatemala hasta ahora no han podido llenar las expectativas y exigencias de la población y demuestran desde hace algún tiempo, una sensible necesidad de reforma y modernización. De allí que la pregunta ya no es, si es necesario reformar los sistemas, sino cómo y en qué plazo.

Guatemala no se encuentra sola en esta situación. En prácticamente todos los países de Centroamérica es sentida la necesidad de reformar los sistemas de seguridad social. Es por este motivo que la Fundación Friedrich Ebert da prioridad al apoyo de los procesos de reforma y ha iniciado un programa regional con dicho propósito.

El presente trabajo forma parte de este programa y brinda respaldo a los esfuerzos de impulsar un proceso que reforme y modernice la seguridad social y su base institucional en Guatemala.

Son tres los elementos que consideramos de fundamental importancia en un proceso de reforma:

- 1) Cada país tiene condiciones específicas que deben constituir el punto de partida. De esto deriva la necesidad fundamental de estudiar a fondo dichas condiciones locales y

basar en ellas el diseño de un proceso de reforma. Esto no excluye el esfuerzo de explorar otras experiencias de este tipo, pero sí advierte de no cometer el error de copiar, sin una rigurosa adaptación, modelos que tal vez en otras circunstancias hayan tenido éxito.

- 2) Los principios de solidaridad y universalidad, adaptados y configurados a la luz de la situación local, siguen siendo elementos fundamentales de un sistema de seguridad social, que pretenda solidez y durabilidad social y política.
- 3) Una reforma que pretenda tener éxito requiere del consenso básico entre el mayor número posible de sectores y actores sociales y políticos. Solamente en un proceso de consenso activamente promovido y participativo se pueden construir los fundamentos para una reforma duradera y exitosa.

El presente trabajo constituye una primera aproximación a la problemática de la seguridad social de Guatemala y es un esfuerzo serio de búsqueda de un enfoque conceptual de reforma basado en las condiciones y posibilidades locales. Es sobreentendido que no puede ser considerado como un proyecto completamente elaborado y terminado. Esta sería una tarea de las instancias institucionales y políticas correspondientes y parte del proceso de discusión y consenso social al cual pretende apoyar.

Para preparar el documento se utilizó informaciones proporcionadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y otras instituciones. Se revisaron, además, los fundamentos legales: preceptos constitucionales, Leyes Orgánicas y los Acuerdos de Paz referentes al tema de la seguridad social. Se hizo también una revisión de toda la literatura previa existente sobre este tema.

La preparación del trabajo estuvo a cargo de Doctor Carmelo Mesa-Lago, Catedrático Distinguido de Economía Latinoamericana de la Universidad de Pittsburgh, quien ha asumido el reto que le encomendamos con un gran espíritu y una energía admirable. A él nuestro sincero agradecimiento. En la realización del trabajo han colaborado en diferentes campos, el Licenciado Miguel Angel Barrios Escobar, la Doctora Karin Slowing y el Sr. Homero Fuentes. Apreciamos también la ayuda prestada por el Licenciado Fabio Durán, Director Actuarial y de Planificación Económica de la Caja Costarricense del Seguro Social. Además, el trabajo contó en la parte del diagnóstico con la colaboración del Licenciado Raúl Sosa, sin la cual el documento no hubiera quedado tan completo.

San Salvador y Ciudad de Guatemala, abril 1997

*Berthold Leimbach*  
Representante en El Salvador  
Responsable del Programa  
Regional Seguridad Social

*Eberhard Friedrich*  
Representante en Guatemala

## II. EL ENTORNO: POLÍTICO, ECONÓMICO Y SOCIAL

El panorama global de la evolución que ha observado la situación económica y social del país durante 1980-96, se encuentra reflejado en el cuadro 1.

En 1978-82, bajo el Gobierno del General Fernando Romero Lucas García, la situación política del país se desestabilizó y las fuerzas armadas agravaron el problema con golpes de Estado en 1982 y 1983, manteniéndose en el poder hasta 1986. El conflicto bélico se agudizó desde 1978 y llegó a su punto más álgido en 1982-83. La inestabilidad política afectó a la economía y la introducción del IVA (10%) tuvo un impacto negativo en el consumo.

En 1981-1986, Guatemala sufrió una aguda crisis económica que se manifestó por los siguientes indicadores: el crecimiento del PIB cayó a una tasa promedio anual de -0.4% y a -3% per capita (con su punto peor en 1982 - 83); los precios crecieron en 114%; el desempleo aumentó de 3.2% a 14%; y el déficit del presupuesto del gobierno central como proporción del PIB promedió 4.5%. Con anterioridad a la crisis, otros indicadores sociales daban cifras preocupantes: la tasa de crecimiento de la población aumentó un promedio del 2.8% anual, la incidencia de pobreza era de 65% y la de extrema pobreza de 33% (entre las más altas de la región), el analfabetismo era al menos del 48%, y la distribución del ingreso era extremadamente desigual (el quintil más pobre recibió 3.9% del ingreso mientras que el quintil más rico recibió el 50%). Además, el 62% de la población radicaba en el área rural y 52% es indígena.

Una elección democrática en 1986 instauró el gobierno demócrata-cristiano del Lic. Marco Vinicio Cerezo (1986-90). Este comenzó las negociaciones de paz, aunque el conflicto bélico continuó, si bien con menos intensidad.

El gobierno, llamado de “concertación”, privatizó la compañía de aviación e introdujo una reforma tributaria tibia (intentando resolver el desequilibrio interno por el lado del ingreso) pero ésta no fue efectiva. Entonces se lanzó un programa moderado de ajuste de corte heterodoxo, con cierta reducción del gasto público. Como parte de lo mismo se intentó reducir la liquidez y se obligó el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) a retirar sus depósitos de la banca comercial (que le daba un rendimiento positivo) y colocarlos en Bonos del Tesoro sin indexación del principal y con rendimientos negativos. Con el retorno a la institucionalidad democrática ocurrió, desde 1986, una ayuda internacional masiva a Guatemala y la economía se benefició con altos precios del café en 1986. El siguiente gobierno democrático fue el del Ing. Jorge Serrano Elías (1990-93), que en su primer año enfrentó la peor inflación en el período (61%). Para contrarrestarla, quiso introducir un ajuste estructural ortodoxo, incluyendo planes de privatización de empresas públicas y reforma de la seguridad social. Ocurrió en su periodo una creciente inestabilidad política y los planes de reforma no tuvieron éxito. En 1993, el Presidente organizó un autogolpe de Estado para imponer la referida reforma pero fracasó y fue destituido. El Congreso eligió como Presidente al Lic. Ramiro de León Carpio (1993-95) que intentó de nuevo planes de privatización, pero careció de fuerza política y tampoco tuvo éxito. En 1996, fue elegido Presidente Alvaro Arzú y cuenta con amplia mayoría en el Congreso; este gobierno ha diseñado un programa ortodoxo de reestructuración (“modernización institucional del Estado”) que incluye la reforma de la seguridad social. En 1996 se firmaron los Acuerdos de Paz que han puesto fin al conflicto bélico. El retorno a la democracia, ha creado mayor estabilidad política que ha ayudado a mejorar la economía.

En el período 1987-1996 ocurrió una recuperación económica: el PIB creció a una tasa promedio anual de 3.9% pero, debido a la sostenida y creciente tasa de crecimiento de la población, el PIB per capita sólo aumentó al 1% anual. El déficit del presupuesto del gobierno central con respecto al PIB se redujo de -3.5% en 1986 a -0.5% en 1996. A pesar de ello, la inflación continuó muy alta y alcanzó un récord de 60.6% en 1990, y el IPC casi se cuadruplicó en el período. Los indicadores sociales mejoraron algo, aunque no todos. La distribución del ingreso empeoró ligeramente entre 1980 y 1989, la incidencia de pobreza disminuyó pero la de extrema pobreza empeoró. La tasa de desempleo abierto se redujo de 14% a 4.3% (pero, añadiendo el subempleo, la tasa de subocupación se estimó en 35.8% en 1995) y la tasa de analfabetismo - de acuerdo con informes oficiales - disminuyó de 47.4% a 36.2%.

La seguridad social se vio afectada por la crisis en formas diversas: disminución de la cobertura poblacional en 1981-1987 (por el aumento del desempleo abierto y la informalización del mercado laboral), caída del ingreso real (por la evasión y mora), rendimientos negativos de la inversión (debido al retiro de depósitos bancarios e inversión de los mismos en bonos públicos no rentables), reducción del gasto en salud por habitante, deterioro en el valor de la pensión real y en la calidad de la atención médica. Debido a su baja cobertura y a su propia crisis, la seguridad social no pudo jugar un papel compensador en la crisis económica (Mesa-Lago 1994). Con la modesta recuperación económica

ha habido cierta mejoría en la seguridad social: ligero aumento de la cobertura poblacional, rendimiento positivo de la inversión en 1994-95, mejoría en los indicadores de salud. A diferencia de muchos países de la región, en Guatemala la seguridad social logró mantener su equilibrio financiero y actuarial. Pero la crisis hizo más difícil resolver problemas cruciales como la extensión de la baja cobertura poblacional y ciertas ineficiencias. Es necesario, por tanto, llevar a cabo una reforma de la seguridad social. El cuadro 1, el breve análisis de esta sección y el estudio detallado a continuación muestran lo siguiente:

a) Que el grado de consolidación y efectividad del sistema de la seguridad social en Guatemala, están asociados al desarrollo económico, social y político del país.

b) Que cualquier acción que se tome para la reforma del sistema de seguridad social en Guatemala, debe ser incorporada en las estrategias del desarrollo nacional. En las directrices y en la implantación de políticas nacionales de desarrollo y fortalecimiento y modernización del Estado, deberá existir un alto grado de coherencia e interrelación con las políticas que se formulen en el campo de la seguridad social.

c) Que los esfuerzos sistematizados que se realicen para consolidar la seguridad social, deben ser tomados como una política de Estado a largo plazo y no como una política coyuntural o a corto plazo.

CUADRO 1

PANORAMA GLOBAL DE LA SITUACIÓN MACROECONOMICA Y SOCIAL DE GUATEMALA: 1980 - 1996

Años	PIB Variación porcentual interanual		Inflación		Tasa de crecimiento de la población	Desempleo abierto Variación porcentual interanual	Incidencia de pobreza (%)		Analfabetismo (%) población mayor de 15 años	Distribución del Ingreso Quintiles		Balance Presupuesto Gobierno Central como % del PIB
	Absoluta	Per capita	Variación anual	Indice 1980=100			Pobreza	Pobreza Externa		Más Pobre	Más Rico	
1980	3.0	0.2	9.10	100.0	2.8	3.2	65	33				-5.2
1981	0.7	-2.1	8.70	108.7	2.8	1.5						-6.6
1982	-3.5	-6.3	2.70	111.6	2.8	6.0						-5.3
1983	-2.6	-5.4	10.50	123.4	2.8	9.9						-5.2
1984	3.8	1.0	5.10	129.6	2.8	9.1						-3.3
1985	-0.6	-3.5	31.40	170.4	2.9	12.0			48.1			-3.1
1986	0.1	-2.8	25.60	214.0	2.9	14.0			47.4	3.9	52.0	-3.5
1987	3.6	0.7	10.10	235.6	2.9	11.4			46.8			-2.3
1988	3.9	1.0	11.00	261.5	2.9	8.8			46.2			-2.3
1989	3.9	1.0	17.94	308.4	2.9	6.2	63	37	45.5	3.6	53.5	-2.9
1990	3.1	0.2	60.64	495.4	2.9	6.5			44.9			-1.9
1991	3.7	0.8	9.17	540.8	2.9	6.4			43.8			-1.5
1992	4.8	1.9	13.73	615.1	2.9	5.7			42.4			-0.2
1993	3.9	1.0	11.64	686.7	2.9	5.5			40.6			-0.6
1994	4.0	1.1	11.59	766.3	2.9	5.2			38.8			-0.5
1995	4.9	2.0	8.61	832.3	2.9	4.3			37.5			-0.6
1996	3.1	0.2			2.9				36.2			-0.5

Fuente: CEPAL 1993 a 1995, 1993b a 1995b, 1995c, 1996; CONALFA 1996; Banco de Guatemala 1996a, 1996b

### III. BREVE EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Cuando inició el siglo XX Guatemala se encontraba con dos años de un régimen dictatorial, el de Manuel Estrada Cabrera, que habría de durar 20 años más. De 1920 a 1933 se sucedieron varios gobiernos, casi todos ellos militares y autarquía hasta que en 1933 llegó al poder el general Jorge Ubico Castañeda quien estableció una nueva dictadura de 11 años; ésta fue derrocada por medio de la gesta cívico militar de octubre de 1944, la llamada Revolución de Octubre. Esta fecha marca el fin de la vieja época y el principio de una nueva en Guatemala.

A pesar de que a fines del siglo XIX se comenzó a implementar los sistemas de seguros sociales en el mundo, los mismos eran inadmisibles dentro de regímenes autárquicos, lo "social" tenía poca cabida dentro de los esquemas de gobierno, a más de que en América Latina no se introdujeron los primeros seguros sociales hasta el decenio de 1920. No fue sino hasta que se produjo la citada Revolución de Octubre que en Guatemala se empezó a implementar la seguridad social.

Como primer antecedente en Guatemala de legislación laboral-social están las "Leyes de Indias" (compiladas en 1680), un intento de la corona española de limitar los desmanes que sus súbditos cometían contra los indígenas. Entre sus disposiciones se encontró la regulación de la jornada de 8 horas. Si bien es cierto que su aplicación dejó mucho que desear, las Leyes de Indias fueron un curioso anticipo de legislación laboral protectorista que se implementaría siglos después. Las Leyes de Indias fueron renovadas en 1835 y 1851 por las legislaturas estatales y republicanas de Guatemala, respectivamente. En 1877, se dictaron varias normas de tipo laboral.

Si bien había algunas normas aisladas respecto al trabajo subordinado, no existió ningún cuerpo normativo que contuviera en forma sistemática los preceptos laborales hasta el año 1894 en que se dictó la "Ley de Trabajadores", que contenía saludables disposiciones que lamentablemente no llegaron a cumplirse. Dicha ley era una especie de reglamento aplicable a los dueños de fincas y sus "jornaleros". (Poca aplicabilidad tenía dicha ley en cuanto al trabajo fuera de las fincas). Debido al auge que tenía en esa época el cultivo de café, requería mayor control de sus actividades y las disposiciones laborales hasta entonces se dedicaban principalmente a esa actividad.

La "Ley Protectora de Obreros Sobre Accidentes de Trabajo" de 1906 contiene normas que anticipan la futura previsión social: prestaciones sociales a los trabajadores en casos de accidentes profesionales; asistencia médica en enfermedad y maternidad, subsidios en dinero por incapacidades, y pensiones vitalicias para las incapacidades permanentes. Lamentablemente esta ley tuvo poca aplicación práctica.

La Constitución de 1921 entroniza los principios e instituciones laborales que estaban en boga a nivel internacional y es la plataforma de la legislación posterior. Sin embargo, en materia de seguridad social sólo se regulan algunos aspectos muy periféricamente.

En 1926 se decretó la "Ley del Trabajo", el primer conjunto sistematizado de contenido laboral y de aplicación general, que incluía: protección del salario, jornada de 8 horas diarias y 48 a la semana, descanso semanal, protección al trabajo de mujeres y menores, protección a la madre "obrero" (pe-

ríodos pre y post-natal, inamovilidad, lactancia), jornada extraordinaria. Contenía un esbozo de la organización administrativa de trabajo y un breve esquema del procedimiento colectivo, incluyéndose la huelga, pero sin citarla como "un derecho".

En 1932, un decreto estableció el sistema de jubilaciones, pensiones y montepíos para funcionarios y empleados públicos que estuvo en vigor hasta 1970.

Como consecuencia de la revolución de octubre se promulgó una nueva Constitución política en 1945, que en su artículo 63 ordenaba: "Se establece el seguro social obligatorio. La Ley regulará sus alcances y la forma en que debe ser puesta en vigor. Comprenderá, por lo menos, seguros contra invalidez, vejez, muerte, enfermedad y accidentes del trabajo. Al pago de la prima del seguro contribuirán los patronos, los obreros y el Estado." Esta disposición constitucional impuso la obligatoriedad del seguro social remitiendo a una ley posterior su regulación. Hasta ese momento no se había creado la institución encargada de su aplicación.

En 1946 el Congreso aprobó la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) que, con pequeñas modificaciones, aún está vigente. La Junta Directiva (JD) del IGSS, en junio de 1947, emitió el Reglamento sobre Inscripción de Patronos (con 5 o más trabajadores) con lo que empezó a implantarse el régimen de seguridad social; siete meses después, en enero de 1948, había inscritos 1,100 patronos.

En diciembre de 1947, la JD aprobó el Reglamento sobre Protección Relativa a Accidentes de Trabajo. Este programa se inició en enero de 1948, en el municipio de Guatemala, extendiéndose ese mismo año a los departamentos de Guatemala, Izabal, Sacatepéquez,

Escuintla y Quezaltenango. Un año y medio después, en agosto de 1949, el IGSS extendió y amplió su protección al accidente común, de causas y condiciones similares al accidente de trabajo, y los concentró en un solo programa: Programa de Protección a los Accidentes en General, que se regula por la JD en junio de 1949 y en 1978 se había extendido a todos los departamentos del país.

El Programa sobre Protección Materno-Infantil se inició en mayo de 1953, empezando por el departamento de Guatemala, a cuyos beneficios tenía derecho la mujer trabajadora afiliada, la esposa o conviviente del trabajador afiliado, los hijos de afiliados y beneficiarios. El Programa de Protección a la Enfermedad y Maternidad (EM) se inició en noviembre de 1968 aplicándose en el departamento de Guatemala; 10 años después, en 1978, se amplió a los departamentos de Baja Verapaz, Zacapa, Chiquimula y Totonicapán; en 1979 se incluyó a los departamentos de Sololá, Sacatepéquez, Quiché y Jalapa y, finalmente, en 1989, comprendió al departamento de Escuintla con un nuevo modelo de extensión.

El Programa de Protección a la Invalidez, Vejez y Sobrevivencia (IVS) se aprobó en febrero de 1977 (anteriormente en 1971, el programa se había aplicado únicamente a personal del IGSS): Ese programa incluyó, además de los trabajadores particulares, a los trabajadores del Estado pagados en planilla afiliados al Régimen del IGSS.

En 1966 se creó el Instituto de Previsión Militar para las fuerzas armadas. En 1970, se modifica el sistema previsional de los funcionarios y empleados del Estado; en 1986 se incorporan a este sistema los empleados de las instituciones descentralizadas; en 1988 se dicta el decreto que regula actualmente a las clases pasivas del Estado (CPE).

El CAMIP (Centro de Atención Médica Integral para Pensionados) fue instituido por la Constitución vigente desde 1986. Comprende la cobertura gratuita del IGSS en atención de salud a las personas que tengan derecho a recibir del Estado jubilación o pensiones, de conformidad con la ley de Clases Pasivas del Estado y a las personas que ten-

gan derecho a recibir de las instituciones estatales descentralizadas, jubilación o pensión de conformidad con sus respectivos regímenes de seguridad social. Por último, en 1986, se uniformó en todos los departamentos en que se aplica EM la atención a los hijos de los asegurados hasta 5 años de edad.

## IV. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA ACTUAL

En Guatemala, las acciones en materia de seguridad social, tanto la parte previsional como la relacionada con la prestación de servicios de salud, no son responsabilidad de una única institución o sector. Las acciones de previsión social son desarrolladas fundamentalmente por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), mientras que las de salud se encargan primordialmente el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Pero existen otras instituciones públicas y privadas en ambos sectores.

Para propósitos de análisis, las instituciones que conforman el sector salud se organizan en: Subsector público, subsector privado lucrativo y organizaciones no gubernamentales. En años recientes, se ha incorporado un nuevo actor: Las fundaciones privadas, vinculadas a los sectores productivos organizados del país. Finalmente, se incorpora al análisis el subsector de la medicina tradicional. Cada uno será examinado a continuación:

### A. Subsector Público:

#### 1. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)

El IGSS fue creado por medio del Decreto Número 295, de octubre de 1946, denominado Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Con pequeños cambios esa misma ley, 50 años después, sigue teniendo vigencia y es la que regula su funcionamiento básico.

El IGSS administra dos programas principales: el de Enfermedad, Maternidad y Accidentes (EMA), y el de Invalidez, Vejez y Sobrevivientes (IVS). El primer programa creado fue el de Accidentes (A) que comenzó en

1948-49 (cubre tanto accidentes laborales como comunes) y en 1978 se había extendido a todos los 22 departamentos del país. El segundo programa fue el de Maternidad (Materno-Infantil) establecido en 1953 en el Departamento de Guatemala, al que en 1968 se agregó el programa de Enfermedad. Entre 1978 y 1979 el programa integrado de EMA se extendió a otros ocho departamentos y, en 1989, al Departamento de Escuintla, pero con características especiales. El tercer programa instituido fue el de IVS, en 1977, y se extiende a todo el país.

El IGSS es una institución autónoma pero bajo el control general del Ministerio del Trabajo y Previsión Social (MTPS) y la fiscalización del Tribunal y Contraloría de Cuentas de la Nación. A pesar de un programa de regionalización, el IGSS continúa siendo altamente centralizado, con la mayoría de sus decisiones tomadas en la ciudad capital (véase Cruz-Saco 1993).

Los órganos superiores de IGSS son: La Junta Directiva, la Gerencia y el Consejo Técnico. La Junta Directiva - que es la autoridad superior - es un cuerpo colegiado integrado por representantes de distintos sectores así: el Ejecutivo, la Junta Monetaria, Universidad de San Carlos (estatal), Colegio de Médicos y Cirujanos, sindicatos y gremial de empresarios. Estos representantes son elegidos por un periodo de seis años. En adición a su facultad rectora, corresponde a la Junta Directiva dictar los reglamentos y normas generales del Instituto a través de los Acuerdos. La Constitución establece que tienen derecho a participar en la dirección del Instituto: "el Estado, los empleadores y los trabajadores que contribuyan al régimen." De esa cuenta la inclusión de sendos represen-

tantes empresariales y sindicales en la Junta Directiva. Las universidades del país están expresamente exoneradas del pago de las cotizaciones del seguro social, sin embargo, desde que se emitió la ley orgánica del IGSS, se incluyó un representante.

La Gerencia - que es el órgano ejecutivo - está integrada por un gerente y uno o más subgerentes. Originalmente el nombramiento de ellos era atribución de la Junta Directiva; sin embargo, desde el año 1956 corresponde nombrarlos al Presidente de la República: Este cambio, vigente hasta la fecha, ha motivado fricciones y problemas de coordinación entre ambos órganos.

El Consejo Técnico cumple funciones de tipo consultivo; es un cuerpo colegiado multidisciplinario integrado por expertos, uno por rama, en las siguientes: Actuariado, Estadística, Auditoría, Inversiones y Médico-hospitalario.

El esquema organizativo se define en función de los programas que administra el Instituto: Enfermedad, Maternidad y Accidentes (EMA) e Invalidez, Vejez y Sobrevivencia (IVS). El programa EMA comprende enfermedad, maternidad y accidentes de trabajo. Para desarrollo de los dos primeros, el IGSS opera 28 hospitales, 14 clínicas y 28 centros de primeros auxilios.

## **2. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)**

El MSPAS es el órgano del Estado que tiene la responsabilidad constitucional de velar por la salud de toda la población del país. Legalmente todos los cubiertos por la seguridad social están a cargo del MSPAS. Los servicios eran inicialmente gratuitos pero luego se introdujeron tarifas para ciertos servicios, eximiendo a los que no tienen recursos. El MSPAS está organizado en un nivel

central, que comprende los órganos de dirección y normatización de las acciones, y un nivel operativo desconcentrado, conformado por las áreas de salud. Con excepción de los departamentos de Guatemala y el Quiché, cada área de salud se corresponde con un departamento, que es la división geográfico-administrativa básica del territorio nacional. Actualmente, el MSPAS presta servicios de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Para ello, se organiza en tres niveles de atención y cuenta con una red de establecimientos distribuidos a nivel nacional: El nivel primario, representado por 3,458 puestos de salud; el nivel secundario con 220 centros de salud y el terciario, con 148 hospitales, de los cuales 2 son de referencia nacional (OPS, 1991). Además, el MSPAS desarrolla acciones en materia de saneamiento ambiental, educación en salud y formación de recurso humano para el sector.

Uno de los rasgos fundamentales que caracteriza al sector salud en Guatemala es su alto grado de fragmentación orgánica y funcional: Si bien el ente en quien recae la responsabilidad constitucional de garantizar y velar por el adecuado estado de salud de toda la población es el Ministerio (MSPAS), existe una diversidad de instituciones públicas y privadas, lucrativas y no lucrativas que desarrollan acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, o bien, que suministran algún tipo de servicio o insumo conexo al proceso de atención. La limitada capacidad del MSPAS de ejercer su papel como ente rector del sector y coordinador de las acciones que se generan en su seno, resulta en ineficiencia en el uso de los recursos disponibles y duplicidad de acciones. A su vez, ello limita la capacidad de extender la cobertura de atención a toda la población del país. Si bien se ha procurado subsanar esta importante deficiencia por medio de la creación y puesta en funcionamiento del

Consejo Nacional de Salud, éste no ha tenido un verdadero impacto en alcanzar por lo menos, la articulación funcional del sector.

La propuesta de reforma al Código de Salud, sometida al Congreso de la República en Julio de 1996, reconoce en su artículo sexto la existencia de una diversidad de instituciones tanto públicas como privadas, así como al MSPAS como el ente rector del mismo y la necesidad de integrar el sector. Además, en su artículo décimo, define al Consejo Nacional de Salud como la instancia de coordinación y asesoría al MSPAS para la *“definición y conformación de políticas y estrategias para la formulación de planes nacionales de salud”*.

### **3. Otras Instituciones Públicas**

Además del sistema de seguridad social del IGSS, operan varias instituciones independientes en Guatemala. Existe un régimen de pensiones (Clases Pasivas del Estado) para todos los funcionarios y empleados públicos en: los poderes ejecutivo, legislativo y judicial (incluyendo la Corte de Constitucionalidad y el Tribunal Supremo Electoral), las entidades descentralizadas autónomas, y aquéllos que deseen de manera voluntaria afiliarse a este sistema. Por otra parte, tanto los activos como los jubilados y pensionados de este sistema reciben sus prestaciones médicas del IGSS.

El Instituto de Previsión Militar, establecido en 1966, tiene un régimen de pensiones que cubre a las fuerzas armadas (oficiales, especialistas, empleados y las familias respectivas). Además, la Sanidad Militar tiene dos hospitales propios para atender a todos los asegurados: el Centro Médico Militar y el Hospital de la Fuerza Aérea, ambos en la Ciudad de Guatemala. Además, hay 3 hospitales regionales.

Hay otros 14 sistemas de pensiones

independientes que ofrecen pensiones suplementarias, entre ellos: el Fondo de Prestaciones del Banco de Guatemala, la Superintendencia de Bancos y el Fondo de Regulación de Valores, el Plan de Prestaciones del Personal de la Universidad Autónoma de San Carlos de Guatemala, el de la Municipalidad de Guatemala, el de la Empresa Portuaria Nacional, el Instituto de Previsión Social del Periodista, el del Artista Guatemalteco, etc. Estos grupos, si son asalariados están cubiertos por el IVS en IGSS y, si además radican en departamentos en que opera EM, están cubiertos por EM (González, 1997).

En el área de asistencia social hay dos instituciones: la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia de la República (atención de huérfanos, guarderías infantiles, etc.) y el Fondo de Inversión Social (FIS); este último se dedica principalmente a la ejecución de proyectos de infraestructura física sanitaria-educativa focalizando los grupo pobres. En el área de salud también está la Comisión Nacional del Medio Ambiente (define las políticas y los mecanismos de control, etc.), las municipalidades que son responsables del suministro de agua potable, disposición de excretas y desechos sólidos en las zonas urbanas, y las facultades de medicina y odontología de las universidades privadas que prestan servicios muy reducidos a la población.

El principal problema en la estructura administrativa del sector público es la dualidad en la prestación de los servicios médicos del IGSS y el MSPAS. En un país con una de las coberturas poblacionales de salud más bajas de la región (como se constatará en la sección V), la duplicidad de instalaciones y personal en algunas áreas, contrasta con el vacío absoluto en otras, lo cual provoca desperdicio de escasos recursos e inequidades en el acceso.

## **B. Subsector Privado**

### **1. Lucrativo**

El accionar del subsector privado lucrativo se centra en la provisión de atención médica individual en consultorios, sanatorios y hospitales, cuyos costos han sido sufragados tradicionalmente por medio del pago directo de los servicios. La modalidad de servicios prepagados o seguros médicos privados ha tomado auge en años recientes, con 3 empresas de este tipo operando en la actualidad en el país y sólo 20,000 afiliados en 1992. Adicional a la producción directa de servicios y/o su financiamiento, se encuentra la industria de producción de medicamentos y la comercialización de medicinas y otra tecnología médica.

Cuando se habla del sector salud, poco se menciona o bien no se reconoce oficialmente el papel de la medicina tradicional en la atención de la salud. Los curanderos y las comadronas son un recurso de salud fundamental en el área rural, especialmente en

aquellas regiones donde la cobertura del sistema formal de atención es inexistente o sumamente limitada. Sin embargo, pocas son las acciones concretas que se llevan a cabo para articular este subsector con el resto del sistema.

### **2. No Lucrativo**

Existen más de 600 ONG's en salud registradas en el país, únicamente 30 mantienen relación formal con el MSPAS, mediante convenios de cooperación (OPS, 1991).

Otra modalidad de prestación de servicios de reciente evolución en el país es la atención en salud canalizada por medio de fundaciones privadas. A diferencia de las ONG's, las fundaciones privadas están estrechamente vinculadas a los sectores productivos organizados del país. Por consiguiente, su ámbito de influencia son aquellas poblaciones o áreas directamente vinculadas a la actividad productiva. Ejemplos de éstas instituciones la constituyen Fundazúcar y Agrosalud.

# V. COBERTURA POBLACIONAL

## A. Cobertura Legal

A la fecha, el sector salud en Guatemala no cuenta con una estructura legal lo suficientemente fuerte como para fungir como elemento de cohesión entre las instituciones que lo conforman. De allí que sólo pueda determinarse lo que la ley establece en relación a las coberturas que deben alcanzar el MSPAS y el IGSS, no así las que, dentro de un sector integrado de salud, serían responsabilidad de los actores privados. Debería considerarse que el Código de Salud estableciese claramente, las obligaciones de los subsectores público y privado de salud en materia de cobertura de la población. Sería igualmente deseable, fortalecer a nivel legal y funcional, la articulación del subsector de medicina tradicional con el sistema formal de atención, como una estrategia para alcanzar la ampliación de la cobertura.

### 1. Subsector Público

#### a. IGSS

La Constitución Política de la República establece en su artículo 100: *“Seguridad Social: El Estado reconoce y garantiza el derecho a la seguridad social para beneficio de los habitantes de la nación. Su régimen se instituye como función pública, en forma nacional, unitaria y obligatoria. El Estado, los empleadores y los trabajadores cubiertos por el régimen ... tienen obligación de contribuir a financiar dicho régimen y derecho a participar en su dirección ... La aplicación del régimen de seguridad social corresponde al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social ... [éste] debe participar con las instituciones de salud en forma coordinada” (Constitución, 1996)*

El IGSS cubre legalmente, de manera obligatoria, en el programa de Enfermedad-

Maternidad (EM) a todos los habitantes que participen activamente en la producción o prestación de servicios, pero limitado geográficamente al Departamento de Guatemala y otros diez departamentos. También cubre, sólo en prestación de servicios médicos, a: (a) los familiares dependientes de los asegurados activos; (b) a los jubilados y pensionados del IGSS; y (c) a los activos y pensionados de las entidades privadas descentralizadas autónomas y semiautónomas, y del Estado, pero ninguno de estos (Clases Pasivas del Estado) contribuyen al programa. Los dependientes con derecho a servicios médicos son la esposa o compañera del asegurado y sus hijos menores de cinco años.

El programa de Invalidez, Vejez y Sobrevivientes (IVS) tiene cobertura nacional (opera en todos los 22 departamentos) y cubre obligatoriamente a todos los trabajadores asalariados de empresas con no menos de tres trabajadores en el Departamento de Guatemala, y de cinco trabajadores en el resto del país. (La exención de cobertura y correspondiente pago de contribuciones en la pequeñas empresas, no sólo es un obstáculo a la extensión de dicha cobertura sino que, además, distorsiona el mercado de trabajo e incentiva el mantenimiento de empresas pequeñas). Además, el IVS cubre a ciertos empleados públicos (de planilla) que no están incluidos en el sistema de Clases Pasivas del Estado. También ofrece afiliación voluntaria cuando un asegurado ha hecho contribuciones por al menos un año, dentro de los últimos 36, y deja de ser asegurado obligatorio.

El programa de Accidentes del Trabajo (A), como el de IVS, tiene cobertura nacional, o sea, en todos los departamentos. La combinación de EM y A (EMA) cubre sólo a diez departamentos.

Aunque la definición legal de asegurados activos es vaga, en la práctica están excluidos de cobertura: los trabajadores informales, los independientes, los asalariados en empresas con menos de dos trabajadores en el Depto. de Guatemala (y menos de cinco en el resto), los familiares no remunerados, los agrícolas de subsistencia, así como sus familiares dependientes.

La exclusión de los hijos mayores de cinco años en la prestación de servicios médicos, coloca a Guatemala entre los países latinoamericanos con la cobertura legal más baja de dependientes del asegurado. Con pocas excepciones, la cobertura de los hijos en la región se extiende hasta los 18 años y, usualmente, hasta 21 años si están estudiando o sin límite de edad si son inválidos.

#### **b. MSPAS**

La Constitución de la República establece en su artículo 94, la obligación del Estado en materia de salud y asistencia social para con toda la población del país: *“El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social”*. De consiguiente, la cobertura del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debería alcanzar el 100% de la población, independientemente que estén adscritos o no al régimen de seguridad social.

#### **2. Subsector Privado**

En Guatemala, dada la limitada capacidad de cobertura a la población que tiene el subsector público, se considera que las organizaciones no gubernamentales (ONG's y las iglesias) juegan un papel importante en la provisión de algunos servicios, principal-

mente lo referente a saneamiento ambiental, educación en salud y acciones de atención primaria. Por lo general, el espacio geográfico y la población atendida por las ONG's tiende a ser bastante limitada; pocas de ellas tienen servicios de atención médica. Las fundaciones privadas limitan su cobertura a determinadas áreas productivas como agricultura y azúcar.

### **B. Cobertura Estadística**

No es posible dar una cifra precisa de la cobertura total de la población en salud, debido a falta de información estadística del subsector privado y a la inexactitud de las cifras de cobertura del MSPAS. La cobertura de la PEA por el IGSS es más precisa. En esta sección primero se evaluará la cobertura del IGSS y luego la del MSPAS, para dar finalmente una estimación muy gruesa de la cobertura poblacional total.

#### **1. IGSS**

Un problema para evaluar la veracidad de las cifras de afiliados del IGSS es que el registro no ha sido depurado por completo para sacar a antiguos asegurados que no son activos porque se salieron de la fuerza de trabajo u otras razones. Otro problema se refiere a la acuciosidad de las cifras de dependientes asegurados que parece ser calculada por un coeficiente y no estar basada en un registro. Dos evaluaciones realizadas indican que la cobertura estadística de la población total podría estar sobrestimada: CIEN en unos 6 puntos porcentuales y Cruz-Saco (1993) entre 40% y 50%.

El Cuadro 2 muestra la cobertura poblacional del IGSS (total y PEA) en 1965-95. La cobertura de la población total en salud aumentó de 9.6% en 1965 a 15.2% en 1980, como resultado de la extensión de EM a diez departamentos y el consiguiente incremento de asegurados activos y depen-

dientes. A partir de 1981, la cobertura bajó y promedió 11.4% en 1981-1983; esta caída se debió a: la crisis económica (el PIB per capita cayó a un promedio anual de -4.6% en 1981-83), el decrecimiento del número de asegurados activos y sus dependientes por causa del desempleo que saltó de 1.5% de la PEA en 1981 hasta 14% en 1986, y la informalización del mercado de trabajo (Cuadro 1). La cobertura de la población total aumentó de nuevo hasta alcanzar su punto histórico máximo en 1989 con 17.1%; ello fue resultado de varios factores: la recuperación económica, la caída en el desempleo a 6.2% en ese año, el consiguiente incremento de asegurados activos y dependientes, y la extensión de la cobertura a los jubilados y pensionados desde 1986. A partir de 1990 la cobertura disminuyó ligeramente y se estancó a un promedio de 16.4% en 1990-95, pues el total de la pobla-

ción cubierta ascendió al mismo ritmo que la población total.

El porcentaje de cobertura de la PEA es superior al de la población total, debido a la restringida protección de familiares dependientes en Guatemala (la tasa de dependientes por activo asegurado era de sólo 0.8% en 1989-95) y a la limitación geográfica del programa EM comparada con la extensión nacional del programa IVS. La cobertura cayó de 35.4% en 1975 al 23.6% en 1982, ascendió lentamente hasta 31.4% en 1988 y disminuyó de nuevo y se estancó a un promedio de 27.6% en 1992-95 (cuadro 2). En 1995, ni la población total ni la PEA cubierta habían logrado recuperar los porcentajes máximos de cobertura alcanzados en 1989 y 1975 respectivamente, y en el decenio del 90 la cobertura de ambas está estancada.

CUADRO 2

COBERTURA POBLACIONAL POR EL IGSS EN GUATEMALA: 1965 - 1995

Año	Total Población	PEA	Afiliados Activos	Jubilados y Pensionados	Familiares dependientes	Otros	Total cubierto	Cobertura en % PT	Cobertura en % PEA	Relación AC/PAS
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
1965	4,568,400	n.d.	345,500	0	93,100	0	438,600	9.6	n.d.	
1970	5,246,200	n.d.	448,300	0	144,300	0	592,600	11.3	n.d.	
1975	6,072,690	1,856,200	550,165	0	190,761	0	740,926	12.2	35.4	
1980	6,916,831	2,135,835	755,342	28,829	244,466	23,675	1,052,372	15.2	34.1	26.2
1981	7,201,940	2,217,785	591,019	34,820	212,723	29,714	868,276	12.1	26.7	17.0
1982	7,403,339	2,168,364	511,046	43,036	207,372	34,732	796,186	10.8	23.6	11.9
1983	7,610,372	2,135,468	576,708	51,704	196,369	27,117	851,898	11.2	27.0	11.2
1984	7,823,193	2,213,359	548,285	59,598	235,456	23,395	951,574	12.2	26.4	10.0
1985	7,963,347	2,209,633	631,654	61,845	309,165	22,908	1,025,572	12.9	28.6	10.2
1986	8,195,000	2,216,638	660,444	66,805	315,767	21,084	1,064,100	13.0	29.8	9.9
1987	8,434,194	2,345,288	678,995	71,456	331,538	20,478	1,102,467	13.1	29.0	9.5
1988	8,680,957	2,483,346	779,560	74,953	443,541	19,962	1,318,329	15.2	31.4	10.4
1989	8,935,285	2,626,941	788,367	79,859	644,134	18,625	1,530,985	17.1	30.0	9.9
1990	9,197,351	2,691,184	785,753	85,003	636,460	51,056	1,558,272	16.9	29.2	9.2
1991	9,467,028	2,767,042	786,903	92,140	629,522	46,675	1,555,240	16.4	28.4	8.5
1992	9,744,627	2,865,477	795,708	95,332	624,876	48,690	1,564,606	16.1	27.8	8.3
1993	10,029,714	2,954,226	823,239	100,864	663,507	58,675	1,646,285	16.4	27.9	8.2
1994	10,321,975	3,065,931	830,324	105,286	668,735	58,339	1,662,684	16.1	27.1	7.9
1995	10,619,900	3,172,502	855,596	108,948	706,179	63,965	1,734,688	16.3	27.0	7.8

(1) Hay al menos dos series de población total

(2) Hay varias series de la PEA, la que se presenta en el cuadro se dice que es PEA ocupada, pero el IGSS publica una serie con cifras menores que supuestamente es la PEA total

(3) Asegurados en el IGSS (cubiertos en IVS y A, sólo parte cubiertos en EM) y activos de las Clases Pasivas del Estado (cubiertos en EM, salvo los de planilla que también están cubiertos en IVS y A en IGSS)

(4) Jubilados y pensionados del IGSS por IVS y A (cubiertos en EM)

(5) Cónyuges o esposas e hijos menores de 5 años del asegurado (cubiertos en EM)

(6) Pensionados de Clases Pasivas del Estado (la gran mayoría) y algunos no afiliados (cubiertos en EM).

(7) = 3 + 4 + 5 + 6

(8) = 8 ÷ 1

(9) = 3 ÷ 2

(10) = 3 ÷ 4

Fuente: SEGEPLAN 199? y MTPS 1996 (poblaciones); IGSS 1981a a 1996a (asegurados)

Las cifras anteriores excluyen la cobertura en pensiones por sistemas independientes como funcionarios públicos (Clases Pasivas del Estado en IVS, aunque aparecen en EM), fuerzas armadas y otros grupos pequeños. Las fuerzas armadas tenían 12,000 activos asegurados en 1992 (Cruz-Saco 1993), lo que aumentaría la cobertura de la PEA en sólo 0.4 puntos porcentuales.

En 1995, basados en la cobertura del IGSS, Guatemala se colocaba en 12do. lugar en América Latina en cuanto a la PEA y en 14to. lugar en cuanto a su cobertura de la población total. Los países que tenían una cobertura inferior eran: Bolivia (en la PEA), El Salvador, Haití, Honduras, Paraguay (en la PEA), la República Dominicana y Haití en ambas (Mesa-Lago y Bertranou 1997).

## 2. MSPAS

El cuadro 3 presenta estimados de la cobertura en salud de la población total por el MSPAS. La cobertura aumentó de 20% al 30% en 1984-1995 (promedio de 26% para el período), pero el nivel alcanzado está aún lejos de ser satisfactorio (la caída de cobertura en 1995 se debió al recorte en el presupuesto de salud por causa del ajuste y a la guerra civil). Si a ella se suma la población

CUADRO 3

COBERTURA DE LA POBLACIÓN  
POR EL MSPAS EN GUATEMALA:  
1984, 1988, 1991 y 1995

AÑO	PORCENTAJE DE COBERTURA DE POBLACIÓN TOTAL
1984	20
1988	27
1991	25
1995	30

Fuente: MSPAS 1984, 1996; OPS 1991; Ruta Social 1996

total cubierta por el IGSS (16.3% en 1995), el porcentaje de cobertura estadística se eleva a 46.3%. No se cuenta con cifras que permitan estimar la proporción de población cubierta por los servicios de salud de las fuerzas armadas, las clínicas municipales, y por los estudiantes en prácticas de Ejercicio Profesional Supervisado de las Universidades del país, especialmente de la San Carlos.

## 3. Subsector Privado

Tampoco se cuenta con cifras precisas del nivel de cobertura que alcanzan los servicios privados lucrativos. Se estima que la misma es de alrededor del 12% de la población total (MSPAS 1996). Sin embargo, es de notar que su principal espacio de intervención es la ciudad capital, donde se concentra el 70% del total de los sanatorios y hospitales privados y el 71% del total de médicos del país.

Se considera que las ONG's y las fundaciones privadas, al igual que la medicina tradicional, proveen algún tipo de asistencia en salud al resto de la población desatendido por el sistema formal, pero carecemos de cifras sobre esto.

## 4. Cobertura Total

Al sumar las coberturas de atención del MSPAS (30%), del IGSS (16.3%) y del subsector privado lucrativo (12%) se obtiene un total de 58.3% de población cubierta en el país. Cabe destacar que las coberturas de estas dos instituciones -y la del subsector público con el privado- se traslapan entre sí, por lo que la proporción real de población cubierta es más baja.

En resumen, la población total cubierta por el sistema formal de salud - público y privado- alcanzaba alrededor de 58.0% en 1995. Pero debe recordarse que las

cifras de cobertura del IGSS podrían estar sobreestimadas entre 38% y 50%. Además, los traslapes entre el MSPAS y el IGSS y con el subsector privado de atención, podrían reducir la cobertura en un 10%. No se cuenta con cifras en relación a la cobertura provista por ONG's, fundaciones privadas y la medicina tradicional.

### **C. Desigualdades en la Cobertura**

No sólo la cobertura poblacional del IGSS es baja (especialmente la de la población total) sino que, además, es desigual. Esta sección analiza cuatro tipos de desigualdades en la cobertura del IGSS: (1) por departamentos, (2) por ramas de actividad económica, (3) por tipo de ocupación, y (4) por edad y sexo.

#### **1. Por Departamentos**

Los departamentos de Guatemala y Escuintla concentran el 65.6% de la población cubierta por el IGSS a nivel nacional. Al hacer el análisis por departamentos, los que tienen el mayor grado (porcentaje) de la PEA cubierta son: Escuintla (77.9%), Guatemala (69.1%), Izabal (55.1), Retalhuleu (40.8), Suchitepéquez (34.4%), Sacatepéquez (33.8) y Santa Rosa (29.2%) y Quetzaltenango (23.3%). Cinco de estos ocho departamentos tienen las tasas de urbanización más altas del país.

En términos generales, es válido afirmar que en Guatemala existe una correlación negativa entre nivel de ruralidad del departamento y cobertura de población. Departamentos con altos porcentajes de población rural como Totonicapán (89.3%), tienen una cobertura extremadamente reducida (3.8%).

Sin embargo, el cuadro 4 muestra también que dos departamentos con porcentajes altos de la PEA cubierta por el IGSS, tienen también un alto nivel de ruralidad: Izabal 55.1% de cobertura y 80.2% de ruralidad, y Retalhuleu 40.8% y 72.3% respectivamente. De allí que, en el caso de Guatemala, este indicador no sea lo suficientemente sensible para explicar por sí mismo las bajas coberturas existentes. Ello requiere analizar algunas características que tienen en común tanto los departamentos que reportan las más altas coberturas, como aquellos con las más bajas.

Escuintla, Izabal, Retalhuleu, Suchitepéquez y Santa Rosa son los departamentos donde la actividad económica gira alrededor de la agricultura de exportación (azúcar, café, algodón, banano), y donde la fuerza de trabajo es predominantemente asalariada. En contraste, en departamentos como Totonicapán, Quiché y Huehuetenango predomina todavía la agricultura de subsistencia. En ellos, se concentra también la población indígena del país, que es la que en general, tiene los niveles más bajos de cobertura de todos los servicios sociales.

Por otra parte, el departamento de Guatemala constituye el centro del poder económico y político del país; de allí su alta cobertura de la PEA, aún cuando ésta es menor que la cobertura de Escuintla. Ello se explica por el alto porcentaje de la población del departamento de Guatemala que desarrolla parte de su actividad económica dentro del sector informal de la economía, en contraste con Escuintla, donde la PEA se emplea fundamentalmente en la agricultura de exportación, y en calidad de asalariado. El alto grado de cobertura de Escuintla se explica también por su selección por el IGSS como modelo para extender la cobertura.

CUADRO 4

COBERTURA DE LA PEA POR DEPARTAMENTOS EN EL IGSS, GUATEMALA: 1994

Departamento	PEA	Afiliados Activos	Grado (%) de Cobertura de la PEA	Distribución porcentual de cobertura entre Deptos.	% Ruralidad
GUATEMALA	660,166	456,200	69.1	54.9	29.1
PROGRESO	29,649	4,936	16.7	0.6	73.4
SACATEPEQUEZ	58,174	19,675	33.8	2.4	29.5
CHIMALTENANGO	87,301	13,955	16.0	1.7	58.4
ESCUINTLA	114,334	89,103	77.9	10.7	62.9
SANTA ROSA	71,951	21,037	29.2	2.5	75.3
SOLOLA	60,663	6,648	11.0	0.8	66.7
TOTONICAPAN	74,089	2,825	3.8	0.3	89.3
QUETZALTENANGO	137,437	31,986	23.3	3.9	60.2
SUCHITEPEQUEZ	85,507	29,411	34.4	3.5	69.8
RETALHULEU	50,231	20,472	40.8	2.5	72.3
SAN MARCOS	172,405	23,032	13.4	2.8	87.0
HUEHUETENANGO	167,494	9,224	5.5	1.1	85.4
QUICHE	127,427	6,435	5.0	0.8	84.8
BAJA VERAPAZ	41,405	5,060	12.2	0.6	79.5
ALTA VERAPAZ	152,296	20,459	13.4	2.5	84.2
PETEN	115,036	6,305	5.5	0.8	70.3
IZABAL	71,434	39,332	55.1	4.7	80.2
ZACAPA	46,531	8,900	19.1	1.1	71.4
CHIQUIMULA	70,113	6,004	8.6	0.7	74.7
JALAPA	54,462	3,678	6.8	0.4	72.7
JUTIAPA	84,345	5,647	6.7	0.7	79.7
TOTAL	2.417,414	830,324	27.1	100.0	59.0

Fuente: Elaboración de los autores basados en INE 1995; IGSS 1996a

Los datos muestran que, más importante que el porcentaje de ruralidad en sí mismo, para el diseño de un sistema de seguridad social que responda a las necesidades concretas de este país, es indispensable estudiar a profundidad el desarrollo diferenciado de las fuerzas productivas conjuntamente con otras variables, como la composición étnica de la población guatemalteca.

## 2. Por Ramas de Actividad Económica

El Cuadro 5 presenta la cobertura de la PEA, (en IVM y A pero no siempre en EM),

por ramas de actividad económica en 1994. El mayor grado de cobertura se registra en el sector público 100%, y en electricidad, gas y agua 92.2%, tradicionalmente estas ramas están virtualmente cubiertas en su totalidad pues son actividades públicas y formales, su fuerza de trabajo es asalariada, se concentra en la capital y las ciudades, sus empresas son grandes y es casi imposible la evasión. (Las minas y canteras tienen una cobertura de 63.4%, porque sus trabajadores están concentrados en pocas empresas, pero de gran magnitud, por ejemplo, cemento y cal). Las tres actividades que siguen con mayor

grado de cobertura son: servicios privados (75.6%), comercio, restaurantes y hoteles (49.9%) e industrias manufactureras (37.5%). Estas actividades también se concentran en zonas urbanas, pero mezclan dos tipos de actividades: una formal y otra informal (la distribución entre ambas era 39% y 61% a mediados de los 90). Por ejemplo, en los servicios, aquéllos como finanzas, seguros, inmuebles y los sociales probablemente tienen una cobertura casi total, pero en los servicios personales abundan los trabajadores en microempresas o por cuenta propia que son típicos del sector informal y que, o bien no tienen cobertura o ésta es muy baja. En comercio y manufactura también hay empresas grandes (con alta cobertura) y pequeños establecimientos (o vendedores ambulantes) con escasa o nula cobertura. La construcción tiene una cobertura (19.5%) por debajo del promedio nacional (27.1%) porque la mayoría de sus trabajadores son temporales o infor-

males y no están cubiertos. Por último, la agricultura tiene la cobertura más baja (11.8%), menos de la mitad del promedio nacional, pues la enorme mayoría de sus trabajadores es de subsistencia o por cuenta propia y no está cubierto.

Nótese que los factores explicativos observados en cuanto al grado de cobertura por departamentos, también tienen vigencia en este caso: la ruralidad o urbanización y el tipo de actividad productiva; pero aquí añadimos el elemento formalidad-informalidad que también tiene fuerza explicativa. Lo observado en Guatemala es similar a la mayoría de los países de la región, particularmente en aquellos con baja cobertura nacional (por ejemplo en Centroamérica, con excepción de Costa Rica). La extensión de la cobertura poblacional del IGSS se obstaculiza, por tanto, debido a las exclusiones legales y dificultades prácticas de incorporar a estos grupos.

#### CUADRO 5

##### PORCENTAJE POR RAMA DE ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA PEA CUBIERTA POR EL IGSS EN GUATEMALA: 1994

Ramas de Actividad Económica	PEA	Afiliados Activos a)	Cobertura %
Agricultura, caza, silvicultura, pesca	1,739,881	205,500	11.8
Minas y canteras	2,995	1,900	63.4
Industrias manufactureras	407,270	152,892	37.5
Electricidad, gas, agua	8,984	9,283	92.2
Construcción	122,780	23,934	19.5
Comercio, restaurantes, hoteles, servicios financieros	218,609	108,094	49.9
Transporte, almacén y comunicaciones	74,866	23,475	31.4
Servicios privados	221,522	167,412	75.6
Sector público (presupuesto y planillas)	b) 137,834	b) 137,834	100.0
Actividades no específicas	59,893	c)	c)
TOTAL	2,994,634	830,324	27.1

a) Cobertura en IVS y A pero no siempre en EM

b) Incluye 116,437 cubiertos en IVS por clases Pasivas del Estado y en EM por IGSS, más 21,397 en planillas con cobertura integral del IGSS. El número total cubierto por CPE en IVS se reporta como 162,624 por la Oficina Nacional del Servicio Civil (IGSS 1996c)

c) Insignificante

Fuente: Elaboración de los autores basados en Banco de Guatemala 1996 y MTPS 1996.

### 3. Por Tipo de Ocupación

No ha sido posible conseguir información que distribuya la PEA ocupada cubierta por el IGSS por grupos ocupacionales, pero el cuadro 6 especula, con base estadística y legal, sobre esto. Se asume que los 855,596 asegurados activos en 1995 son asalariados permanentes y, de ser así, representarían sólo el 60.9% de la PEA ocupada asalariada (o sea, que dentro de ésta un 39.1% no está cubierta, debido a evasión). Se excluye de la cifra cubierta sólo a las fuerzas armadas, las cuales tienen empleo asalariado permanente y están cubiertos pero no por el IGSS. Se ha estimado que este grupo suma unos 12,000 activos, equivalente a otro 0.4% de la PEA ocupada. Los asegurados en otras instituciones previsionales independientes están incluidos en la cifra pues los cubre el EM en el

IGSS. Los patronos, cuentapropistas, trabajadores familiares no remunerados, y los empleados del servicio doméstico, están excluidos legal y prácticamente de la cobertura del IGSS. En resumen, sólo un 27.3% de la PEA ocupada (más 0.4% si añadiésemos a los asegurados en el sistema militar) están cubiertos por la seguridad social en Guatemala. Pero debe recordarse que hay sobreestimación en la cobertura estadística del IGSS. De forma que al menos un 72% de la PEA ocupada no está cubierta por la seguridad social. Aquí se incluye al sector informal (concentrado en servicios personales, construcción, comercio y transporte), la enorme mayoría del sector agrícola, las microempresas, etc. Este análisis indica las severas dificultades para extender la cobertura del IGSS en el futuro al enorme porcentaje de la PEA no cubierto.

CUADRO 6

PORCENTAJE DE LA PEA, OCUPADA CUBIERTA POR EL IGSS,  
POR GRUPOS OCUPACIONALES EN GUATEMALA: 1995

Categorías por Tipo de Ocupación	Total PEA Ocupada	Asegurados Activos IGSS	% de cobertura
Asalariados (públicos y privados)	1,405,634	a) 855,596	60.9
Patronos	39,657	0	0
Cuenta propia	1,092,142	0	0
Familiar no remunerado	437,767	0	0
Servicio doméstico	145,483	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>3,132,683</b>	<b>855,596</b>	<b>27.3</b>

a) Esta cifra comprende los asalariados privados y los activos de las clases Pasivas del Estado, ambos cubiertos en el IGSS en A. Este es el número máximo, lo siguen 742,488 cubiertos en IVS en IGSS, y 629,763 cubiertos en EM en IGSS (suma de los 10 departamentos cubiertos más clases Pasivas del Estado.). Sólo se excluye a los asegurados en el Instituto de Previsión Militar pues los que pertenecen a otras pequeñas instituciones previsionales, como Banco y Universidad de Guatemala, periodistas, artistas, etc., están cubiertos por EM en IGSS.

Fuente: elaboración de los autores basado en el cuadro 2 e IGSS 1996c.

#### 4. Por Sexo y Edad

No fue posible obtener información sobre la distribución etárea y por sexo de todos los programas del IGSS. El cuadro 7 presenta estimaciones hechas por el Departamento Actuarial del IGSS sobre el programa IVM en base a un estudio realizado en 1995. Un actuario del IGSS considera que la estructura etárea y por sexo de los afiliados al programa IVS refleja la de los programas de EMA. Pero la información del IVS excluye a la población menor de 15 años y, por tanto, a los niños menores de cinco años, beneficiarios del programa EM, así como a las mujeres que son beneficiarias del programa de maternidad.

de mujeres afiliadas a todos los programas disminuye a un 18% aproximadamente. Aún así, la mujer representa menos de un tercio de la población cubierta por el programa IVS, reflejando su escasa participación en la PEA y, por consiguiente, el limitado acceso que tiene a los servicios y beneficios del IGSS, bajo el modelo vigente, con excepción del programa de maternidad. Si se incluyeran las beneficiarias de este programa, el porcentaje de mujeres sería mayor.

En relación a la estructura etárea, los datos reflejan que el programa IVS aún está pendiente de llegar a la "madurez". Del total de la población cubierta por este programa,

CUADRO 7:

#### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN ASEGURADA POR SEXO Y EDAD PROGRAMA IVS, GUATEMALA: 1995

GRUPOS ETAREOS	ASEGURADOS	% IVS	HOMBRES	%	MUJERES	%
TOTAL	742,448	100.0	529,142	71.3	213,302	28.7
15-19	68,744	9.3	43,805	8.27	24,939	11.7
20-24	161,279	21.7	109,045	20.6	52,234	24.5
25-29	136,412	18.4	100,112	18.9	36,300	17.0
30-34	107,690	14.5	78,248	14.8	29,442	13.8
35-39	84,392	11.4	60,025	11.3	24,367	11.4
40-44	65,812	8.9	45,305	11.7	20,507	9.6
45-49	46,234	6.2	35,585	6.7	10,649	4.9
50-54	29,725	4.0	22,651	4.2	7,074	3.3
55-59	20,938	2.8	16,935	3.2	4,003	1.9
60-64	12,290	1.6	10,218	1.9	2,072	0.9
65-69	6,075	0.8	4,788	0.9	1,287	0.6
70-74	2,072	0.3	1,644	0.3	428	0.2
75-79	785	0.1	785	0.1	0	0.0

Fuente: IGSS, Estimaciones del Departamento Actuarial, 1995

El 28.7% de los afiliados en el IVS son mujeres, pero la participación femenina en la PEA es de un 24% (Ruta Social 1996). Esto se explica por la alta concentración de las mujeres trabajadoras en el área urbana. Por lo contrario, a nivel rural, la proporción

el 84% son adultos jóvenes, comprendidos entre los 15-44 años de edad. Otro 13% corresponde a población entre los 45-59 años y el 3% es mayor de 60 años. Esto es positivo en cuanto al equilibrio a mediano plazo de IVM pues habría un gran porcentaje de con-

tribuyentes. Además, una población donde predominan los adultos jóvenes, presenta un patrón de morbilidad y mortalidad ventajoso, porque predominan las enfermedades infecciosas intestinales y respiratorias (de tratamiento de bajo costo), pero seguidas por las enfermedades del sistema circulatorio, las hemorragias del aparato gastrointestinal superior, la violencia y los accidentes, las cuales tienen un tratamiento más costoso (OPS, 1992). Por lo contrario, las enfermedades crónico-degenerativas tienden a prevalecer en poblaciones de mayor edad y su costo de tratamiento es más alto. De ahí que sea importante prever que, con el “envejecimiento” del sistema, la importancia de estas patologías como motivo de consulta al IGSS irá en aumento, y con ello los costos de atención (ver sección VI-C).

En base a estas consideraciones, resulta necesario que el modelo de atención que se proponga tenga como uno de sus pilares fundamentales la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, no sólo la infecciosa sino también la crónico-degenerativa, lo que a su vez significa propiciar el desarrollo y fortalecimiento paralelo del segundo y tercer nivel del sistema de atención. Es importante, además, incorporar el análisis de género y que los programas que se diseñen contribuyan a reducir las marcadas diferencias de cobertura entre hombres y mujeres, así como promover la atención de las necesidades específicas de la mujer en materia de salud.

En resumen, no es posible hacer un análisis completo de la composición de la población cubierta por el IGSS en términos de edad y sexo debido a las limitaciones en la información disponible. Sin embargo, al tomar como base la población cubierta por el programa IVS, se pueden derivar varias conclusiones. La población cubierta por el IGSS en la actualidad es una población joven, lo

que en términos del sistema de pensiones significa que no debe haber problemas inmediatos desde el punto de vista financiero, pero es probable que deban introducirse reformas a corto plazo para mantener esa situación en el futuro. En términos del sistema de atención de salud, la composición étnica de la población cubierta define el patrón de morbilidad atendida por el IGSS, caracterizado por el predominio de enfermedades infecciosas. Sin embargo, en la medida que la población envejezca, la importancia de la enfermedad crónico degenerativa tenderá a incrementarse y, con ello, los costos de atención. En relación a la composición por sexo, hay una relación de 2.5 hombres por cada mujer afiliados al IGSS. Por consiguiente, en el diseño de un nuevo modelo de atención debe incorporarse el enfoque de género y promoverse la equidad de acceso a la mujer.

#### **D. Barreras a la Extensión de la Cobertura Poblacional**

Las secciones anteriores han demostrado las dificultades para extender la baja cobertura poblacional del IGSS. Virtualmente la totalidad de la PEA cubierta (menos de una tercera parte) está en el sector formal, asalariado y predominantemente ubicado en zonas urbanas (o en áreas rurales con un porcentaje muy alto de asalariados en actividades agrícolas importantes). Lo anterior se aplica aun más al pequeño grupo asegurado fuera del IGSS. Más de dos terceras partes de la PEA no tiene cobertura de seguridad social y, debido a sus características, es difícil incorporarla. La mayoría de la fuerza laboral guatemalteca es informal (cuenta propia, familiares no remunerados, pequeños patronos y empleados de microempresas, etc.) o está en el sector agrícola o es asalariada temporal o desempleada o es indígena y no está incorporado al proceso productivo. Más de la mitad de los departamentos del país no tienen co-

bertura del programa EM y son precisamente los departamentos menos desarrollados y, con algunas excepciones, los más rurales y aislados, por lo cual se hace difícil extender el modelo típico del IGSS.

El análisis de las desigualdades en la cobertura por distintas variables demuestra la interrelación entre las mismas. El departamento con la segunda mayor cobertura es el de Guatemala, el cual tiene los grados más altos en desarrollo económico, ingreso por habitante y urbanización del país, y concentra el grueso del empleo formal asalariado, como el sector público, los servicios de electricidad, gas y agua, las finanzas. Por lo contrario, los departamentos más rurales o que no tienen actividades económicas importantes, que son los menos desarrollados, sufren la peor cobertura y es en ellos donde se concentra la agricultura de subsistencia y la población indígena. Las actividades económicas con la cobertura más alta están en las ciudades y en el sector formal, pero en las zonas urbanas la cobertura más baja se encuentra en actividades económicas con alto grado de informalidad como construcción, comercio y servicios personales. Los niños mayores de cinco años y las mujeres están en su gran mayoría no cubiertos por el sistema; y las mujeres así como los menores son los que están probablemente más envueltos en el trabajo informal. Las áreas geográficas y los grupos más pobres de la población no tienen cobertura de la seguridad social y ésta se concentra en una minoría de ingreso medio y medio alto.

Cualquiera que sea el tipo de reforma de la seguridad social guatemalteca que se decida, la misma debe dar prioridad a la extensión de la cobertura poblacional, que es sin duda, la falla más grave del sistema actual. Una reforma que se concentre en mejorar las prestaciones y solidez financiera de la exigua minoría protegida y desatienda el gra-

ve problema de la desprotección de la mayoría de la población de bajo ingreso, será inadecuada a las necesidades más urgentes y justas del país.

El único intento serio por extender la cobertura del IGSS fuera de las zonas privilegiadas ha sido el programa de Escuintla, que se explica y evalúa a continuación. No hay duda que este programa especial ha logrado extender la cobertura poblacional, pues dicho departamento tiene el grado más alto de cobertura en el país (superior al del Depto. de Guatemala). Una pregunta crucial, sin embargo, es si dicho modelo es el adecuado y viable para avanzar hacia la universalidad en la cobertura nacional.

## **E. El Modelo de Extensión de Escuintla**

### **1. Características del Modelo**

El modelo de Escuintla surge en 1989 como una respuesta a la necesidad que se plantea el IGSS a mediados de los ochenta, de buscar nuevas estrategias que le permitan extender su cobertura de atención en el área rural. La construcción de este modelo parte del análisis realizado por un grupo de técnicos nacionales (con el apoyo de organismos internacionales) de la situación de salud predominante en el país y en Escuintla en particular, del modelo de atención vigente en la institución y de las dificultades y obstáculos que se presentan con dicho modelo para hacer efectiva la extensión de la cobertura (Sánchez et al 1989). Derivado de este análisis, se diseñó un modelo que contara con las siguientes características:

- Integralidad de la atención con énfasis en la prevención
- Toma en cuenta el contexto del individuo y la familia
- Horizontalidad, es decir, integrado en todos los niveles de atención clínicos y administrativos.

- Multidisciplinario (no sólo médicos, sino trabajadores sociales, promotores, etc.) e intersectorial
- Integración funcional de las acciones
- Racionalización de los recursos
- Tecnología apropiada
- Fortalecimiento de la infraestructura tecnológica
- Solidario y acorde a la realidad nacional
- Satisfacción de necesidades reales locales
- Servicios oportunos y accesibles
- Desconcentrado y eficiente
- Distribución adecuada y programada de recursos
- Agilización del trámite administrativo
- Delegación de funciones, de autoridad y responsabilidad
- Accesibilidad real
- Demanda controlada
- Capacitación permanente del personal
- Información efectiva y oportuna
- Coparticipación integral del usuario

Las acciones a desarrollar se enmarcan dentro de un enfoque integral de la situación de salud y sus condicionantes y comprenden:

- El individuo sano y su familia: Inmunizaciones, atención del parto a domicilio, quimioprofilaxis, educación y fomento de la salud, etc.
- El individuo enfermo: Detección precoz de enfermedades, de riesgos, manejo y control de padecimientos agudos, crónicos y degenerativos, seguimiento y soporte a la comunidad organizada.
- Medio ambiente: Proyectos de saneamiento básico, agua potable y desarrollo sustentable, fundamentándose para ello en los sistemas locales de salud y en la coordinación intersectorial e interinstitucional.

- La comunidad y la organización comunitaria para la coparticipación y la autoresponsabilidad de su propio cuidado, desarrollo social y económico integral.

Para el funcionamiento del modelo, se ha implementado la siguiente estructura de funcionamiento y organización, que consta de cuatro niveles de atención:

*Nivel I:* Equipos de salud comunitarios, conformados por promotores(as) de salud, de seguridad e higiene, comadronas y auxiliares de enfermería y coordinados por una enfermera graduada. Sus funciones están relacionadas con: Integración, coordinación y asesoría a las acciones de los líderes comunitarios, comadronas, instituciones del sector, ONG's y otros sectores que coadyuvan al mejoramiento de la calidad de vida. Fundamentan sus acciones en la Estrategia de Atención Primaria de Salud. Forman parte también de los Sistemas Locales de Salud.

*Nivel II:* Consta de dos componentes: Atención médica ambulatoria y área administrativa y de apoyo, equipos de proyección comunitaria. Conformados por un trabajador/ra social, inspector/a de seguridad e higiene, enfermera graduada, y son coordinados por un médico comunitario. Cuentan con el apoyo de un odontólogo/a y psicólogo/a clínico/a. Su espacio de intervención es el municipio. Funciones de atención curativa, coordinación, apoyo y supervisión comunitaria, atención en materia de prestaciones económicas.

*Nivel III:* Conformado por tres hospitales locales y un hospital regional de referencia de Escuintla (4 en total), áreas administrativas de recaudación, caja y prestaciones en dinero. Otro ámbito es la Dirección Técnico Administrativa Regional, responsable de la dirección, coordinación, asesoría, supervisión y evaluación regional. Vela por el mantenimiento del modelo y el uso racional de los

recursos. Este nivel cuenta con un equipo integrado por un médico director regional, una enfermera graduada (jefe regional), una trabajadora social (supervisora regional) y un delegado administrativo regional.

*Nivel IV:* Área de referencia y apoyo metropolitano, tanto a nivel de hospitales especializados de alta complejidad como a nivel administrativo (oficinas centrales). (Sánchez et al 1989; IGSS-OPS, 1996).

## 2. Primera Evaluación

Es sobre esta base que se pone en marcha en julio de 1989, el programa de extensión de cobertura de Escuintla. En 1991, la OPS-OMS realiza la primera evaluación del programa, llegando a las siguientes conclusiones:

- 1) El modelo responde a las características socioeconómicas de la población objetivo y a los avances científicos sobre los condicionantes de la salud.
- 2) Viene a llenar una necesidad social sentida y a resolver la falta de servicios de salud y seguridad social en el departamento.
- 3) El empleo de la Estrategia de Atención Primaria de Salud con el aprovechamiento óptimo de los recursos disponibles es un ejemplo de una modalidad de servicios compatibles con el nivel de desarrollo de Latino América y el Caribe.
- 4) La planificación inicial del programa no fue realizada sobre una base de información demográfica, epidemiológica, financiera y actuarial que llevó a subestimar los problemas a enfrentar y los recursos requeridos para su funcionamiento.
- 5) En 1990, el modelo operó con un déficit de Q 6.3 millones producto de: a) La deuda patronal; b) erogación adicional para pago

de reajustes salariales; c) baja productividad en los servicios ambulatorios y de hospitalización; d) alta demanda de servicios (Cruz-Saco, 1993). Los principales factores que inciden en el desequilibrio financiero son externos al modelo y su solución corresponde al nivel central en coordinación con la Dirección Regional de Escuintla. El bajo rendimiento debe ser resuelto a nivel local.

- 6) El costo de los servicios comunitarios representó únicamente el 10% del gasto en salud del IGSS, dando una cobertura prácticamente universal. Este costo no refleja tampoco la imagen que proyecta el IGSS y el impacto en la calidad de vida y las condiciones de salud de la población.
- 7) El gasto general en salud por afiliado fue un 7% inferior en Escuintla que en los otros departamentos con programas EMA (OPS-OMS, 1991).
- 8) La cobertura de población (afiliados y beneficiarios) de Escuintla se incrementó a 47.7%, al igual que la cobertura de inmunizaciones, que llegó al 80%. La tasa de fatalidad por cólera fue apenas del 0.2% (Cruz-Saco, 1993).

En base a esta evaluación, la OPS emitió las siguientes recomendaciones:

- 1) Favorecer la reproducción del modelo de extensión de cobertura a otros departamentos del país, previa introducción de los correctivos necesarios para mejorar las debilidades existentes.
- 2) Impulsar la coordinación de acciones con el MSPAS y el aprovechamiento conjunto de las instalaciones, equipo y recursos disponibles.
- 3) Definir estrategias para reducir la mora patronal y la del Estado.

- 4) Elevar la productividad de los recursos humanos y los servicios.
- 5) Desarrollar un sistema de monitoreo, control, supervisión y evaluación de las actividades financieras, administrativas y de prestación de servicios.
- 6) Continuar la reorganización del sistema de información estadística para que responda a las necesidades del modelo.
- 7) Entrenamiento administrativo y gerencial para el personal directivo. Iniciar procesos de educación permanente.
- 8) Poner en vigencia el Acuerdo de la Gerencia del año 1990 para establecer y extender una red de servicios en los centros de trabajo de alta concentración laboral en coordinación con las empresas del sector privado.
- 9) Reforzar las acciones orientadas a mejorar la atención del trabajador migrante y su familia (OPS-OMS, 1991).

### 3. Segunda Evaluación

En 1993, se realizó una segunda evaluación del programa, en la cual se hizo especial énfasis en los aspectos financieros. Las principales conclusiones fueron:

- 1) En 1992 se consiguió el saneamiento financiero del modelo, alcanzando incluso el superavit.
- 2) El programa ha ejercido una influencia positiva en la reducción de la demanda per cápita de consulta externa y de hospitalización, de la cual se ha beneficiado también el MSPAS.
- 3) Se ha logrado incidir en la reducción de las tasas de mortalidad infantil y materna, así como en la mortalidad por causas diarreicas y el control de la epidemia del cólera.
- 4) El programa de Atención Primaria en Salud superó su punto de equilibrio financiero.

En 1992, su costo fue inferior a las economías del IGSS derivadas de la contracción de la demanda de servicios en el segundo y tercer nivel de atención.

- 5) Existe un bajo nivel de ocupación de la capacidad hospitalaria disponible (55%) que repercute adversamente en el costo de los servicios.
- 6) La poca fluctuación de la demanda mensual de servicios fortalece la hipótesis de que la mayoría de los trabajadores migrantes permanecen al margen del seguro social.
- 7) El IGSS podría constituirse en el factor aglutinante para el desarrollo del Sistema Local de Salud (SILOS) en Escuintla.

Las recomendaciones de esta segunda evaluación son similares a las de la primera, y se hace énfasis en que pocas de ellas se han hecho efectivas a la fecha (IGSS-OPS, 1996).

### 4. Tercera Evaluación

La tercera evaluación del modelo, realizada en 1996, ofreció las siguientes recomendaciones adicionales:

- 1) Persisten las deficiencias en el sistema de información que limitan la utilización de los datos para la planificación y evaluación del programa.
- 2) Existe centralización en el manejo administrativo y financiero que impide el pleno desarrollo del programa y la toma de decisiones oportunas a nivel local que cuenten con respaldo político administrativo.
- 3) El modelo es positivo y debe favorecerse su reproducción en otros departamentos geográficos, como parte del proceso de reforma sectorial de salud, pero haciendo los correctivos señalados en todas las evaluaciones.

- 4) El modelo de atención se encuentra en fase de desarrollo y se basa fundamentalmente en el trabajo de los equipos comunitarios del nivel I. El trabajo que realizan los consultorios y hospitales no se diferencia del de otras redes de servicios.
- 5) Debe definirse una canasta básica a nivel comunitario que incluya atención médica ambulatoria y que permita el monitoreo y seguimiento de la productividad y calidad, articulado con la red de servicios.
- 6) Hay que fortalecer el abordaje de la problemática de accidentalidad en el departamento de Escuintla.
- 7) Debe aumentarse y facilitarse el pago del servicio prestado por las comadronas contratadas, a fin de incrementar la cobertura de atención materna y reducir los costos de atención del parto hospitalario. Hay que buscar mecanismos para que las comadronas puedan afiliarse y gozar de los beneficios del Seguro Social (IGSS-OPS 1996).

## 5. Conclusiones

Las tres evaluaciones realizadas en el término de 7 años de funcionamiento del programa, reflejan claramente que el modelo de Escuintla ha sido exitoso en ampliar la cobertura de atención a la población, reducir los principales indicadores de mortalidad en el departamento, promover la participación comunitaria y fortalecer paralelamente el sistema local de salud. Además, ha mostrado que puede ser sostenible financieramente y con-

tribuir sustantivamente a reducir los costos de atención médica en el segundo y tercer nivel.

Los logros que ha obtenido el IGSS en el departamento de Escuintla con la aplicación de este modelo, son precisamente los que se esperaría alcanzar a nivel nacional, para que en el mediano plazo haya una mejora significativa de la situación de salud de la población en general, en consonancia con los compromisos adquiridos por el Estado guatemalteco con la firma de la Paz. De allí que, aún cuando persisten debilidades técnico-administrativas y obstáculos para su pleno desarrollo, el programa de extensión de cobertura de Escuintla sí constituye un ejemplo de la reorientación que se le puede dar al modelo de atención de la salud vigente en el sector salud. Por consiguiente, una propuesta de reforma de la seguridad social en Guatemala, y del sector salud en particular, debería enfocarse a la reproducción de este programa.

Naturalmente, para que el mismo pudiera tener un impacto similar en otros departamentos y regiones del país, sería necesario que el mismo se adecúe a las características económicas, sociales, culturales y epidemiológicas del espacio geográfico-poblacional específico donde se implemente. Otro elemento crítico para el éxito del programa a nivel nacional es que se cuente con la decisión y el apoyo político para superar las debilidades que tiene el modelo en la actualidad y que a la fecha, si bien han sido enunciadas en todas las evaluaciones, no han sido aplicadas con la seriedad que se merece.

## VI. PRESTACIONES

Esta sección describe las prestaciones y condiciones de acceso en los diversos programas del IGSS, las desigualdades en el acceso dentro del IGSS y con otros sistemas, y la distribución del gasto de prestaciones por programas y el monto real de las pensiones en el IGSS. Con respecto al MSPAS, describe sus prestaciones. Por último se analizan los niveles de salud en el país.

### A. IGSS

#### 1. Prestaciones y Condiciones de Acceso

El cuadro 8 resume las prestaciones y condiciones de acceso en el IGSS: pensiones (por vejez, invalidez, sobrevivientes y accidentes), subsidios (por enfermedad, maternidad y accidentes), y atención médica (por enfermedad-maternidad y accidentes). Todas las prestaciones y condiciones de acceso dentro del IGSS son uniformes, lo cual es una ventaja en comparación con otros países de la región. Sin embargo existen 12 planes obligatorios de pensiones (IVS) adicionales que están administrados independientemente por cada una de las instituciones involucradas, todas en el sector público, entre ellas: Banco de Guatemala, Universidad de San Carlos, Banco de Crédito Hipotecario Nacional, Empresa de Teléfonos, Instituto Nacional de Electrificación, Instituto Nacional de Transformación Agraria. Además, los empleados del IGSS tienen un plan complementario de pensiones que administra la institución aparte de IVS: el IGSS aporta el 6% y el empleado el 3%.

Dentro de los 20 países de la región, Guatemala tiene condiciones algo más flexibles en cuanto a las prestaciones y condiciones de acceso en pensiones. La edad de retiro por vejez originalmente eran 65 años para

ambos sexos (una de las cuatro más altas en América Latina), pero en 1988 fue reducida a 60 años. Hay tres países centroamericanos que tienen edades superiores: Honduras (5 años más para los hombres) y Costa Rica y Panamá (2 años más para los hombres). Nicaragua tiene la misma edad. Sólo El Salvador tiene una edad más baja, para las mujeres (5 años). Pero todos estos países (excepto Honduras) tienen edades de retiro bajas en relación a la esperanza de vida al tiempo del retiro. En el caso de Guatemala la esperanza de vida al tiempo del retiro (60 años) era de 76.5 años en 1981 (IGSS 1996) y la hemos proyectado a 78 años en 1996. En cuanto a los años de contribución requeridos para el retiro por vejez, Guatemala exige 15 menos que el promedio de toda la región, que es 19 años. El Salvador y Costa Rica exigen 20 años (en el último, 20 años a los 65 de edad pero 38 a los 60), y el resto de los países centroamericanos requiere 15 años, igual a Guatemala.

Con respecto al salario base para calcular las pensiones, Guatemala utiliza los últimos 5 años de salarios, inferior a los promedios latinoamericanos (6.2) y centroamericano (5.6). El Salvador exige un período más largo (10 años) y también Panamá (7 años); Honduras es igual a Guatemala; y Costa Rica y Nicaragua tienen períodos menores. La tasa de reemplazo básica de Guatemala es 50%, un poco más alta que los promedios latinoamericano (48%) y centroamericano (44%). El Salvador, Honduras y Nicaragua tienen tasas menores (33% el primero y 40% los dos últimos) y sólo Costa Rica tiene una superior (55%). Estas condiciones deberán ser evaluadas por un estudio actuarial para determinar si son adecuadas, pero dentro del contexto regional y subregional son más flexibles que el promedio.

CUADRO 8

DESCRIPCIÓN DE LA PRESTACIONES Y CONDICIONES DE ACCESO EN EL IGSS,  
GUATEMALA: 1996

Programas	Prestaciones	Condiciones de Acceso
<b>Pensiones:</b>		
Vejez	El 50% del promedio salarial de los últimos 5 años de contribución, más un 1% por cada año de contribución efectiva que exceda de 10 años. Más un 10% del resultado anterior por cada carga familiar. Máximo: Q 4,000 Mínimo: Q 165	<ul style="list-style-type: none"> <li>60 años de edad para ambos sexos</li> <li>15 años de contribuciones</li> </ul>
Invalidez	El 50% del promedio salarial de los últimos 3 años de contribución, más 1% del promedio por cada año que excedan los 10 años de contribución efectiva. Máximo: Q 4,000 Mínimo: Q 165 (total) Q 82 (parcial)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ser declarado inválido (incapacitado).</li> <li>3 años de contribución si menor de 45 años de edad, 6 años si entre 45 y 54 de edad, y 10 años si entre 55 y 59 de edad.</li> <li>Tener menos de 60 años de edad el primer día de invalidez.</li> </ul>
Sobrevivientes	El 50% del promedio salarial de los últimos 3 años de contribución, más el 1% del promedio por cada año que exceda los 10 de contribución efectiva. De la pensión total corresponde el 50% al cónyuge y el 25% por cada hijo, y padres, debiéndose ajustar proporcionalmente en caso de que exceda al porcentaje máximo de 100%. Máximo: Q 4,000 Mínimo: cónyuge: Q 82 hijos: Q 41	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ser viuda o conviviente del asegurado.</li> <li>Hijos menores de edad.</li> <li>Hijos mayores de edad que estuvieren incapacitados.</li> <li>Padres del asegurado en algunos casos.</li> <li>3 años de contribuciones dentro de los 6 años anteriores a la muerte.</li> <li>Asegurado fallecido que ya hubiere tenido derecho a pensión por vejez, o mayor de 60 años (que no hubiere hecho el trámite).</li> <li>Asegurado que al momento de fallecer hubiera recibido pensión por invalidez.</li> </ul>
Gastos de Entierro	2.5 unidades de beneficios pecuniarios (UBP) Q165	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tres meses de contribución en los 6 meses anteriores a la muerte o ser jubilado o pensionado</li> </ul>
<b>Subsidios:</b>		
Enfermedad	66% del salario promedio de los últimos 3 meses, hasta un máximo de 26 semanas en el año.	Tres meses de contribución.
Maternidad	100% del salario durante periodos prenatal y postnatal (12 semanas en total)	Tres meses de contribución
Accidentes	66% del salario promedio de los últimos 3 meses, hasta un máximo de 26 semanas en el año.	Tres meses de contribución
<b>Atención Médica:</b>		
Accidentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevención</li> <li>Tratamiento médico</li> <li>Asistencia hospitalaria</li> <li>Rehabilitación</li> <li>Hospedaje</li> <li>Alimentación</li> <li>Servicio social</li> <li>Transporte</li> </ul>	Ser afiliado o jubilado/ pensionado o dependiente (hijos menores de 5 años) y esposa o compañera; los dependientes sólo en los departamentos en que hay EM.
Enfermedad y Maternidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promoción de la salud y prevención de enfermedad</li> <li>Asistencia médico-quirúrgica</li> <li>Hospitalización</li> <li>Asistencia odontológica</li> <li>Asistencia farmacéutica</li> <li>Exámenes generales</li> <li>Servicio social</li> <li>Ayuda de lactancia</li> <li>Canastilla maternal</li> <li>Transporte</li> </ul>	Ser afiliado o jubilado/ pensionado o dependiente (hijos menores de 5 años y esposa o compañera)

Además, existen problemas en el programa de accidentes. El IGSS otorga las prestaciones monetarias (incluyendo pensiones) y la atención médica a los accidentados aún cuando los mismos no estén afiliados; basta que el empleador inscriba al trabajador tres meses después de ocurrido el accidente. Esta práctica es un incentivo a las empresas para no inscribirse y pagar sus contribuciones, así como no introducir medidas preventivas. Las simulaciones de accidentes son frecuentes, especialmente en el caso de los trabajadores estacionales; los certificados que firman los médicos no son adecuadamente supervisados y contribuyen a la simulación (Cruz-Saco 1993).

Las condiciones para los subsidios son similares a los promedios regionales. La tasa de reemplazo salarial del 66% en el caso de enfermedad es promedio (en 8 países son más bajas, en dos iguales y en 8 más altas), pero la de 100% en caso de maternidad está entre las 10 más altas. La duración máxima del subsidio de enfermedad es de 26 semanas, la cual es promedio (8 son más cortas, 8 más largas y 2 iguales), como lo es la de maternidad la cual es de 12 semanas. Sin embargo, el asegurado recibe todas las medicinas gratis y, cuando no existen en las farmacias del IGSS, es reembolsado por la compra que hace afuera; esto debe estimular la sobreprescripción e incrementar el costo. Por último, si un tratamiento médico no está disponible en Guatemala existe, legalmente al menos, la posibilidad de que se realice en el exterior, con un máximo costo de US\$ 25,000; es obvio que este derecho no puede ser concedido a todos los asegurados, de forma que además de su elevadísimo costo, la selección de los beneficiados se hace arbitrariamente.

## **2. Desigualdades en las Prestaciones y el Acceso**

Dentro del IGSS las prestaciones y condiciones de acceso son uniformes, aunque

hay 12 planes independientes de pensiones adicionales para empleados de organismos públicos administrados por estos; los empleados del IGSS tienen uno de estos planes, administrado por dicha institución. Pero la mayor desigualdad dentro del IGSS, sin embargo, es el hecho de que 12 de los 22 departamentos de Guatemala no están cubiertos por el programa EM. El cuadro 9 muestra las notables diferencias que existen entre los departamentos cubiertos y los no cubiertos, en cuanto a camas hospitalarias por 1,000 afiliados y médicos por 10,000 afiliados. Las diferencias extremas entre el mejor y el peor departamento son: 85.9 a 5.9 en médicos (Guatemala y Santa Rosa) y 6.7 a 0.6 en camas (Jalapa y Santa Rosa). Las instalaciones y servicios del IGSS por afiliado son muy superiores a las del MSPAS en cuanto a su población atendida. A principios de los años 90, el número de médicos por 10,000 habitantes en el país era de 4.4 pero el del IGSS era 8.1, y en número de camas hospitalarias por 10,000 habitantes a nivel nacional era de 1.1 pero 1.6 en el IGSS (cálculos basados en Cruz-Saco 1993). El gasto per capita en EMA del IGSS era cuatro veces el per capita del MSPAS en 1994 (esto se analizará en la sección VII-B).

Hay notables diferencias entre las prestaciones y condiciones de acceso del IGSS con las de otros sistemas independientes, como las Clases Pasivas del Estado (CPE), el Instituto de Previsión Militar (y la Sanidad Militar), el plan de pensiones de los empleados del IGSS, y otros planes previsionales. Por ejemplo, el retiro por vejez en el IGSS exige 60 años de edad y 15 años de contribuciones, pero en las CPE se requieren sólo 50 años de edad y 10 años de cotización o, alternatively, 20 años de servicios con cualquier edad; además, en el IGSS el máximo de la pensión es el 80% del salario promedio de los últimos 5 años, mientras que en las CPE es el 100% del último salario mensual siempre que tengan 30

CUADRO 9

DESIGUALDADES EN LOS RECURSOS DE SALUD Y EFICIENCIA HOSPITALARIA  
EN EL IGSS, GUATEMALA: 1991

Departamentos	Camas por 1,000 afiliados	Médicos por 10,000 afiliados	Ocupación Hospitalaria (%)	Promedio días estancia
Guatemala a)	3.5	85.9	64.0	5.5
El Progreso	n.d.	8.0	n.d.	n.d.
Sacatepéquez a)	3.2	24.3	33.1	2.9
Chimaltenango	1.4	6.3	8.9	7.2
Escuintla a)	3.0	65.7	61.2	4.2
Santa Rosa	0.6	5.9	10.3	6.2
Sololá a)	5.3	47.8	25.6	3.8
Totonicapán a)	3.0	48.8	17.5	3.5
Quetzaltenango	3.1	26.4	38.2	7.7
Suchitepéquez	2.1	24.8	46.5	6.1
Retalhuleu	2.3	22.6	17.4	6.1
San Marcos	2.9	22.1	25.2	7.2
Huehuetenango	1.2	13.4	16.8	3.2
El Quiché a)	2.7	32.1	22.2	4.6
Baja Verapaz a)	4.6	55.4	33.1	3.4
Alta Verapaz	1.0	8.5	27.0	5.7
Petén	2.5	7.0	4.3	5.0
Izabal	1.5	13.2	29.2	5.5
Zacapa a)	4.2	47.7	34.8	3.4
Chiquimula a)	5.8	40.3	21.4	3.3
Jalapa a)	6.7	47.3	28.1	3.0
Jutiapa	1.2	6.9	6.9	5.9

a) Departamento cubierto por EMA  
Fuente: Cruz-Saco 1993

años de servicios. En el Instituto de Previsión Militar, el retiro por vejez es con 20 años de servicio y cualquier edad, y se recibe el 100% del último salario. El personal de la Universidad de San Carlos puede acumular tres pensiones (si contribuye a tres sistemas): la del IGSS, la de las CPE y la de la Universidad.

### 3. Distribución del Gasto de Prestaciones por Programa

El cuadro 10 presenta la distribución porcentual del gasto de prestaciones del IGSS (excluyendo los gastos administrativos) entre

sus programas en 1980-1995. El porcentaje del gasto de EM disminuye consistentemente de 94.5% a 70.2% en el periodo (el grueso, en atención médica, cae de 68% a 55%, y los subsidios de 26% a 15%); por lo contrario, el gasto en IVS aumenta de 5.4% a casi 30% (con el grueso en la jubilación por vejez, ascendiendo del 1% al 18%). En toda la región se observa una tendencia similar en la reducción del gasto proporcional asignado a salud y consiguiente aumento del de pensiones a medida que el último programa madura (OIT, 1996). El programa IVS de Guatemala fue creado en 1977 y es uno de los dos más recientes de la región y, por lo tanto, aún no ha alcanzado su madurez.

CUADRO 10

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE GASTO TOTAL DEL IGSS POR PROGRAMAS,  
GUATEMALA: 1980 - 1995

Años	EMA			IVS					Total
	Subsidio	Atención Médica	Subtotal	I	V	S	gf a)	Subtotal	
1980	26.40	68.16	94.56	0.58	1.03	3.79	0.04	5.44	100.0
1981	24.00	68.26	92.26	0.88	2.34	4.52	0.00	7.74	100.0
1982	21.54	68.46	90.00	1.31	3.28	5.40	0.01	10.00	100.0
1983	25.21	63.67	62.45	2.58	5.79	7.84	0.13	16.34	100.0
1984	22.68	56.94	79.62	4.05	8.02	8.19	0.12	20.38	100.0
1985	21.71	55.78	77.44	4.84	9.06	8.55	0.06	22.51	100.0
1986	19.80	56.12	75.92	5.38	10.06	8.54	0.09	24.08	100.0
1987	18.03	59.95	77.98	4.51	9.72	7.71	0.08	22.02	100.0
1988	17.88	59.11	76.99	3.11	12.23	7.59	0.08	23.01	100.0
1989	16.95	57.51	74.46	2.99	14.39	8.09	0.07	25.54	100.0
1990	15.10	59.84	74.94	2.99	14.43	7.64	0.06	25.06	100.0
1991	15.58	59.24	74.82	2.80	15.14	7.20	0.04	25.18	100.0
1992	15.34	58.03	73.37	2.83	16.03	7.72	0.05	26.63	100.0
1993	16.63	55.29	71.92	2.90	17.16	7.98	0.04	28.08	100.0
1994	15.18	56.29	71.47	3.18	17.08	8.24	0.03	28.53	100.0
1995	15.08	55.13	70.21	3.38	17.70	8.65	0.06	29.78	100.0

a) Gastos funerarios

Fuentes: Elaboración de los autores basado en IGSS 1981a-1996a

Además la población de Guatemala es muy joven. La relación activo/pasivo cayó de 26.1 a 7.8 en 15 años (1980-1995) y, aunque la última es una de las más bajas en América Latina, es alta para Guatemala debido a lo reciente del programa IVS (cuadro 2).

Dentro de IVS, el grueso del gasto de prestaciones va al programa de vejez, cuya proporción en el total del gasto del IGSS aumentó de 1% a 18% en 1980-1995. Nótese que cuando se redujo la edad de retiro de 65 a 60 años en 1988, dicho porcentaje dio un salto: casi cinco puntos entre 1987 y 1989, lo que muestra el impacto financiero adverso de la flexibilización de dicho requisito. El programa de sobrevivientes incrementa su porcentaje

del gasto de 3.8% a 8.6% en el periodo y es el que tiene la segunda proporción más alta. Dentro de EMA, el grueso del gasto de subsidios va al programa de accidentes, lo cual pudiera estar influenciado por los problemas de fácil acceso y simulación explicados arriba. La proporción del gasto asignado a la atención de salud en EM se redujo de 68% a 55% en el periodo.

Una ventaja que tiene Guatemala con la mayoría de los países latinoamericanos, es que no hay transferencias entre los programas del IGSS. Por lo contrario, es común en la región que, en el periodo de capitalización del fondo de pensiones cuando sus recursos son abundantes, se hagan transferencias de este programa al de enfermedad-maternidad,

tanto para las inversiones en planta física y equipo, como gastos de operación. Esta inversión tiene una función social, pero no es productiva financieramente y contribuye, por tanto, a la descapitalización del fondo de pensiones. Cuando el programa de pensiones madura y rápidamente aumenta su gasto, se provoca un fuerte desequilibrio que, eventualmente, puede llevar a la quiebra de dicho programa y, como ya no existen recursos para transferir al programa de enfermedad-maternidad, éste también quiebra. El mantenimiento de fondos separados, por lo tanto, es una práctica ventajosa del IGSS.

#### 4. La Evolución de la Pensión Real

En 1970-1980, la tasa anual promedio de inflación en Guatemala fue 9.6% y bajó a 7.2% en 1980-1984, pero aumentó a 19.2% en

1985-1990 y se disparó a 60.6% en 1990 (cuadro 1). El impacto adverso de la inflación en la pensión anual promedio real de IVS puede apreciarse en el cuadro 11: bajó ligeramente en 1980-1984 pero cayó fuertemente en 1985-1987 (en este último año estaba 31% debajo del nivel de 1980), aumentó en 1988-1989, aunque sin recuperar el nivel de 1980, cayó bruscamente en 1990-91 (40% por debajo de 1980) y ascendió algo en los años subsiguientes, pero en 1995 aún estaba 22% por debajo de 1980. Sin embargo, el deterioro de pensión real en Guatemala no ha sido tan desastroso como el de otros países de la región, por ejemplo, Nicaragua y El Salvador. No obstante, la pensión promedio nominal anual en 1995 era de Q. 2,306, equivalente a US\$384 (US\$32 mensuales) y la pensión mínima mensual era de Q165 (equivalente a US\$ 28). Nótese que la pensión mínima es 86% de

CUADRO 11

#### VALOR REAL ANUAL DE LA PENSIÓN PROMEDIO DEL IVS EN EL IGSS, GUATEMALA: 1980 - 1995

Año a)	Monto Anual de Jubilaciones y Pensiones (miles Q)	Número de Jubilados y Pensionados	Pensión Media Anual (Q)	Indice: 1980=100			Pensión Media Anual Real (Q)
				Pensión Media Nominal	Indice de Inflación	Pensión Media Real	
1980	3,307.7	9,334	354.4	100.0	100.0	100.0	354.4
1981	5,660.6	15,823	357.7	100.9	108.7	92.8	329.1
1982	8,486.7	23,831	356.1	100.5	111.6	90.0	319.1
1983	13,061.2	32,611	400.9	113.1	123.4	91.6	324.8
1984	17,629.9	39,297	448.6	126.6	129.6	97.7	346.1
1985	20,806.9	44,251	470.2	132.6	170.4	77.8	275.9
1986	26,924.8	49,963	538.9	152.0	214.0	71.0	251.8
1987	32,057.6	55,301	579.7	163.6	235.6	69.4	246.0
1988	42,234.5	59,568	709.0	200.0	261.5	76.5	271.1
1989	59,115.7	65,087	908.3	256.3	308.4	83.1	294.5
1990	76,322.8	70,746	1,092.1	308.1	495.4	62.2	220.4
1991	90,316.4	77,940	1,158.8	326.9	540.8	60.4	214.3
1992	114,749.5	81,700	1,404.5	396.3	615.1	64.4	228.3
1993	142,996.2	87,320	1,637.6	462.1	686.7	67.3	238.4
1994	182,883.3	92,608	1,974.8	557.2	766.3	72.7	257.7
1995	222,241.9	96,376	2,305.9	650.6	832.3	78.1	277.0

a) Las pensiones de IVS comenzaron a pagarse en 1980

b) Este número es menor que en el Cuadro 2 porque incluye únicamente a los jubilados y pensionados de IVS (excluye a los de A)

Fuente: Elaboración de los autores basados en IGSS 1981a-1996a y Cuadro 1

la promedio y que ambas son insuficientes para satisfacer las necesidades básicas: el costo de la canasta básica alimentaria mensual en 1994, se estimó en Q 810, o sea 5 veces la pensión mínima (MTPS 1994).

## B. MSPAS

### 1. Prestaciones e Instalaciones

Legalmente, el MSPAS presta todavía una diversidad de servicios que pueden subdividirse en:

- Servicios de atención médica ambulatoria y de encamamiento para la población de toda edad y sexo; ésta se brinda en puestos y centros de salud y hospitales.
- Acciones de mejoramiento del ambiente y protección de los alimentos.
- Programas de Salud Preventiva y Educación en Salud.
- Servicios técnicos de apoyo a la atención médica y de prevención de la enfermedad.
- Formación de recursos humanos de nivel intermedio.
- Producción y control de medicamentos.

Según lo establecido en la Constitución y en el Código de Salud, los servicios están disponibles para la totalidad de la población. En la práctica, son utilizados por la población pobre o en extrema pobreza, que representa el 80% del total de habitantes del país. Hasta principios de los noventa, los servicios eran gratuitos o bien se cobraba una tasa simbólica con ellos. En la actualidad, la mayoría de los servicios se cobran y ello está provocando indirectamente, la discriminación de segmentos de la población que no están en posición de pagar por ellos.

## C. Recursos y Niveles de Salud

Las instalaciones y recursos humanos asignados al sector salud muestran una tendencia declinante en el cuadro 12. Las camas hospitalarias por 1,000 habitantes disminuyen de 2.3 a 1.1 en 1970-1990, mientras que los médicos por 10,000 habitantes bajan menos, de 5.6 a 4.4 en el periodo. (En 1995, MSAP tenía 6,732 camas hospitalarias versus 2,049 en el IGSS; MSPAS 1996 e IGSS 1996).

CUADRO 12  
EVOLUCIÓN DE LOS PRINCIPALES INDICADORES DE SALUD  
EN GUATEMALA, 1970-1995

AÑO	CAMAS DE HOSPITAL POR 1,000 HABITANTES <sup>a)</sup>	MÉDICOS POR 10,000 HABITANTES	GASTO PÚBLICO EN SALUD (% DEL PIB)	TASA MORTALIDAD GENERAL (1,000 HAB.) <sup>b)</sup>	TASA MORTALIDAD INFANTIL (1,000 N.V.) <sup>b)</sup>	ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS) <sup>b)</sup>
1970	2.3	n.d.	0.9	15.9	107.6	50.1
1975	n.d.	n.d.	0.8	13.4	95.1	54.0
1980	1.8	5.6	1.1	12.0	82.4	56.4
1985	1.2	4.6	1.0	10.5	70.4	59.0
1990	c) 1.1	4.4	1.2	8.9	58.7	62.0
1995	n.d.	n.d.	1.7	7.6	48.5	64.8

a) Los indicadores del IGSS eran: 1980 1.0, 1985 1.0, 1990 0.6 y 1995 1.2. En 1995 el indicador del MSPAS era 0.6.

b) Por quinquenios, por ejemplo, mortalidad infantil 1990 - 95: 48.5

c) 1989

Fuentes: Elaboración propia en base a OPS 1993; CEPAL 1995d; Ruta Social 1996.

En cuanto a estos indicadores, Guatemala se colocaba en América Latina en 1990-1995 en 16to. lugar en camas y en 17to en médicos. En términos per capita, los recursos del IGSS son muy superiores a los del MSPAS, por ejemplo, en 1995 la relación de camas hospitalarias por 1,000 personas atendidas era de 1.18 en el IGSS y de 0.63 en el MSPAS. Por lo contrario, el gasto público en salud (MSPAS) en relación al PIB aumentó de 0.9% en 1970 a 1.7% en 1995 (en 1990 el gasto privado en salud era casi igual al gasto público; OPS, 1993), aun así en 1990 Guatemala se ordenaba en 16to lugar en la región en dicho indicador. La población con acceso a agua potable en Guatemala era de 62% en 1994 y colocaba al país en 14to lugar entre 19 países de la región (Mesa-Lago y Bertranou, 1997). Estos indicadores muestran los limitados recursos que ha tenido el sector salud (especialmente el subsector del MSPAS que cubre a la mayoría de la población) para mejorar los niveles sanitarios del país (ver sección VIII-A-3).

El cuadro 12 muestra la tendencia decreciente de las tasas de mortalidad general e infantil en 1970-1995: la primera cae de 15.9 a 7.6 y la segunda cae de 107.6 a 48.5

(más de la mitad, una reducción notable). Aún así el nivel de la tasa de mortalidad infantil en 1995 era muy alta y se ordenaba (de menor a mayor) en 14to. lugar en la región.

El descenso de la mortalidad infantil ha tenido un efecto beneficioso en el incremento de la esperanza de vida de 14.5 años en el período, pero el indicador de 1990-1995 era de 64.8 años ordenando a Guatemala en el 18vo. lugar en la región (sólo Haití y Bolivia tenían una esperanza de vida menor). En 1996, Guatemala se colocaba en el puesto 112 (entre 174 países) de acuerdo con el Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas, debido a que la mortalidad infantil y la esperanza de vida son indicadores cruciales utilizados para determinar dicho ordenamiento (PNUD, 1996). Habría que preguntarse cómo, a pesar de la crisis económica sufrida por el país y los limitados recursos asignados al sector salud, estos dos indicadores (así como los de morbilidad que serán analizados después) han continuado mejorando.

El cuadro 13 demuestra que a pesar de los avances de los últimos 25 años, en 1994 el

CUADRO 13  
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN  
GUATEMALA: 1994

CAUSAS	NÚMERO DE CASOS	TASA X 100,000 HABITANTES	DISTRIBUCION PORCENTUAL
Neumonía e Influenza	10,846	130.17	16.54
Afecciones Originadas en el Período Perinatal	9,039	108.50	13.79
Enfermedades Infecciosas Intestinales	5,848	70.20	8.92
Deficiencias de la Nutrición	3,746	45.00	5.71
Homicidios y Lesiones Intencionales	2,692	32.31	4.10
Lesiones que se Ignora si son Accidentales o Intencionales	2,114	25.40	3.22
Cirrosis y Otras Enfermedades del Hígado	1,829	22.00	2.79
Tumor Maligno del Estómago	911	10.93	1.39
Tumor Maligno del Hígado y los Conductos Biliares	834	10.00	1.27
Signos y Síntomas Mal Definidos	3,594	43.13	5.48
Resto de Causas	24,081	289.02	36.79
TOTAL	65,534	786.66	100.00

Fuente: Cálculos propios en base a MSPAS 1996 y datos de población INE 1995

45% de las causas de muerte en Guatemala eran aún las llamadas "enfermedades del subdesarrollo": respiratorias, intestinales, del periodo perinatal y desnutrición; por lo contrario, las llamadas "enfermedades del desarrollo," tales como violencia, accidentes y tumores (no se tiene información separada de las cardiovasculares) causaban sólo 12.8% de las muertes. Un problema que tiene este cuadro, sin embargo, es que 42.3% de las causas de muerte no son especificadas. Esto dificulta el análisis anterior, pero es en sí mismo un indicador del pobre registro en cuanto a las causas de muerte y, por tanto, de un nivel bajo de desarrollo en el sector.

El cuadro 14 es aleccionador pues muestra una reducción considerable en nueve de las diez causas principales de morbilidad en Guatemala entre 1989 y 1993: 77.8% en tifoidea, 71.1% en dengue, 55.6% en desnutrición, 45.4% en sífilis y 34.9% en blenorragia, 21.9% en malaria, 11.1% en tuberculosis y 6.5% en enfermedades diarréicas. Nótese que varias de estas enfermedades son aun causas principales de muerte y que cuatro de ellas son inmuno prevenibles, mientras

que las venéreas pueden ser reducidas con adecuada prevención. Pero la reducción menor fue en enfermedades diarréicas y hubo un incremento en las respiratorias agudas (2.2%), ambas entre las dos causas principales de muerte.

Aunque los cuadros 14 y 15 no son estrictamente comparables, ellos indican que los índices de morbilidad de los cubiertos por el IGSS son notablemente inferiores a los de la población en general; por ejemplo, en enfermedades respiratorias y diarréicas agudas, dengue, tuberculosis, malaria, tifoidea y desnutrición. Obsérvese además que, aunque las enfermedades que tienen las tasas mas altas en la población en general y las cubiertas por el IGSS son las mismas, no ocurre lo mismo con otras enfermedades, como desnutrición y malaria, que están entre las cuatro primeras causas en la población general pero entre las tres mas bajas en el IGSS. Estas diferencias reflejan el nivel de vida superior de los cubiertos por el IGSS con respecto a la mayoría de la población que es pobre y está a cargo del MSPAS.

CUADRO 14

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN GUATEMALA: 1989 y-1993  
(TASAS POR 100,000 HABITANTES)

CAUSAS	1989	1993	% CAMBIO
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	2, 212	2,261	2.2
ENFERMEDADES DIARRÉICAS AGUDAS	1,222	1,143	-6.5
MALARIA	521	407	-21.9
CÓLERA	n.d.	304	
DESNUTRICIÓN	360	160	-55.6
TUBERCULOSIS	54	48	-11.1
BLÉNORRAGIA	43	28	-34.9
DENGUE	83	24	-71.1
SÍFILIS	11	6	-45.4
FIEBRE TIFOIDEA	9	2	-77.8

Fuente: OPS 1995; Ruta Social 1996

CUADRO 15

CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA POBLACIÓN CUBIERTA POR EL IGSS,  
GUATEMALA: 1994

DIAGNOSTICO	NUMERO DE CASOS	TASA x 1,000 POBLACION PROTEGIDA
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	68,857	41.42
ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA	40,358	24.27
CONJUNTIVITIS	3,586	2.16
VARICELA	2,630	1.58
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN	1,157	0.70
HEPATITIS	1,121	0.67
ENFERMEDADES VENÉREAS	479	0.28
DENGUE	440	0.26
MORDEDURA DE ANIMAL	410	0.24
ESCARLATINA	175	0.10
TUBERCULOSIS	82	0.05
MALARIA	61	0.04
FIEBRE TIFOIDEA	48	0.03
DESNUTRICIÓN	24	0.01
OTROS DIAGNÓSTICOS	10,998	6.61

Fuente: IGSS 1994a

Desgraciadamente carecemos de información sobre cómo se asignan los recursos de salud nacionales para los distintos tipos de atenciones sanitarias. Pero podemos con alguna certeza suponer que la inmensa mayoría de los recursos se destinan a la medicina curativa (y dentro de ésta al tercer nivel de atención) y muy pocos a la preventiva, y que esta brecha es aún mayor dentro del IGSS que en el MSPAS. Si este supuesto es correc-

to, una reasignación de los recursos de salud, dando prioridad a las “enfermedades del subdesarrollo”, las cuales requieren invertir relativamente pocos recursos (por ejemplo, vacunación contra enfermedades inmuno prevenibles, atención primaria con focalización en la mujer embarazada y los infantes, programas de nutrición y educación de la salud), podría dar resultados rápidos en mejorar los niveles de salud de la población en general.

## VII. FINANCIAMIENTO

Esta sección primero analiza el financiamiento en el IGSS: contribuciones salariales, deuda estatal y privada, y producto de inversiones. Luego discute brevemente el presupuesto del MSPAS total y por habitante y compara el último con el del IGSS.

### 1. Contribuciones Salariales

El Cuadro 16 muestra las contribuciones porcentuales legales sobre el salario de empleadores, trabajadores y el Estado, por los tres programas del IGSS (EM, A e IVS), así

CUADRO 16

COTIZACIONES AL IGSS EN PORCENTAJE DE SALARIOS: 1997

Fuentes	Enfermedad y maternidad	Accidentes	IVS	Total
Empleador	4.0	3.0	3.0	10.0
Trabajador	2.0	1.0	1.5	4.5
Estado	a) 3.0	0.0	b) 25.0	3.0
Total	9.0	4.0	4.5	c) 17.5

a) El Estado nunca ha cumplido con la obligación de este pago.

b) El Estado está obligado a pagar el 25% de los gastos por prestaciones anuales de IVS y nunca lo ha hecho.

c) Debido al no cumplimiento del pago del aporte estatal del 3%, el IGSS percibe únicamente el 14.5% (esto excluye el 25% del costo de prestaciones, pero éste nunca se ha pagado).

Fuente: Ley Orgánica del IGSS

### A. IGSS

Los ingresos del IGSS proceden de: (1) las cotizaciones sobre salarios pagadas por los empleadores (incluyendo al Estado), los trabajadores asegurados, y el Estado (como tercera parte); (2) el producto de las inversiones de las reservas; y (3) otros ingresos como multas, recargos, etc. Un serio problema que confronta el IGSS es la considerable deuda acumulada por el no pago del Estado de sus obligaciones como patrono y tercera parte, así como por evasión y mora patronal privada. Otro problema es que las inversiones han tenido un rendimiento negativo real debido a intervenciones estatales, alta inflación y concentración de la cartera.

como el total. Estos porcentajes de contribución han permanecido sin cambio desde que cada uno de los tres programas fue establecido. Los totales por fuentes son: 10% del empleador, 4.5% del trabajador asegurado y 3% del Estado (más un 25% del gasto por prestaciones, que no se puede contabilizar como porcentaje sobre el salario). Según informa el IGSS, el Estado nunca ha cumplido con su contribución salarial como tercera parte, y sólo algunos años y parcialmente, su contribución como empleador (ver la siguiente sección). El total de la contribución salarial legal es de 17.5% pero si eliminamos el aporte del Estado como tercera parte (3%) sería efectivamente un 14.5% (en realidad menos, pues no ha contribuido sistemáticamente como empleador).

Si se toma el 17.5% , Guatemala se colocaría en 14to. lugar en la región por el monto de la cotización. Los países con una cotización mas baja serían: Cuba, El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua y la República Dominicana, todos ellos salvo Cuba, con sistemas de seguridad social menos desarrollados que el de Guatemala. Si, por lo contrario, se toma la tasa efectiva del 14.5%, entonces Guatemala se ordenaría en 18vo. lugar, empatada con Honduras, y dejando a Cuba, El Salvador y Haití con contribuciones más bajas. Pero es importante notar que Cuba no incluye el costo de la salud en la contribución salarial por lo que ésta se encuentra subestimada, mientras que Haití no tiene programa EM en vigor y por tanto su contribución salarial también está subestimada. Así pues Guatemala tendría la contribución efectiva mas baja (14.5%) después de la de El Salvador (14%) y empatada con Honduras, países ambos con coberturas poblacionales inferiores a la de Guatemala y ninguno con un programa de accidentes. Además el nuevo programa de pensiones de El Salvador incrementa notablemente su contribución. De forma que en 1997 Guatemala pudiera tener la contribución efectiva más baja de la región (pero para confirmar esta conclusión habría que considerar la contribución efectiva - eliminando la del Estado cuando no la pagase - en estos países).

Las contribuciones en el sistema de las CPE son diferentes a las del IGSS: el Estado aporta el 10% y los empleados entre el 9% y 15% según su salario. En el IPM el Estado aporta el 25% y los militares activos 8%.

## **2. Deuda del Estado y los Empleadores Privados**

De acuerdo con la Ley Orgánica del IGSS, la aportación para financiar el sistema

es tripartita: 50% del empleador, 25% del trabajador asegurado y 25% del Estado. Esta última se ha fijado en 3% sobre el salario para EM y 25% del gasto de prestaciones de IVS (que de acuerdo con la Ley debería aproximadamente ser el equivalente del 2% sobre los salarios), además el Estado debe cumplir con su obligación como empleador (10% sobre la nómina de sus trabajadores). Ya se sabe, sin embargo, que los jubilados y pensionados de las CPE deben ser atendidos por EMA sin que ni el Estado ni los funcionarios públicos paguen contribución alguna. De acuerdo con las autoridades del IGSS, el Estado nunca ha cumplido con sus obligaciones financieras como tercera parte, y la mayor parte del tiempo no ha contribuido como empleador o ha pagado menos de su obligación.

El cuadro 17 presenta la distribución porcentual del ingreso del IGSS, por fuente en 1980-1995: contribución de los empleadores (privados), contribución del Estado como empleador, contribución del trabajador asegurado, y otros ingresos varios. El cuadro muestra que el Estado pagó su contribución como empleador en 11 años pero no en 5 años; además el porcentaje del ingreso por contribuciones de los empleadores privados y los trabajadores es bastante estable (el primero fluctúa entre 48.5% y 55.6%, y el segundo entre 25.4% y 29.8%) pero el porcentaje del Estado fluctúa (cuando lo pagó) violentamente (entre 1.9% y 8.7%) lo que indica que en muchos años no debe haber pagado su cuota total como empleador. En los 16 años del periodo, el cuadro no muestra ingreso alguno procedente del aporte estatal como tercera parte, simplemente porque nunca lo pagó.

CUADRO 17

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS INGRESOS DEL IGSS POR FUENTE: 1980 - 1995

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Contribución Empleadores (Privados)	51.76	48.50	50.63	53.87	52.83	53.97	51.59	52.61	50.67	54.59	53.85	50.98	51.22	55.61	50.32	52.68
Contribución Trabajadores	27.53	25.91	28.18	29.84	28.76	28.77	27.56	28.38	27.37	28.92	28.36	26.42	26.57	28.97	25.44	26.36
Contribución del Estado Empleador	8.71	6.60	5.70	3.48	3.61	1.93	6.04	3.36	6.89	0.00	0.00	3.17	5.54	0.00	0.00	0.00
Rendimiento de Inversiones EMA	1.33	1.47	0.42	0.53	0.77	1.00	1.18	2.15	2.35	2.86	2.27	1.50	2.17	2.65	4.45	4.73
Rendimiento de Inversiones IVS	5.97	7.95	12.53	11.94	13.65	13.77	13.02	12.86	11.94	12.37	11.92	12.96	11.59	8.74	16.31	15.35
Utilización Reservas EMA a)	4.39	9.21	2.13	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.43	2.76	4.19	2.14	3.00	1.95	0.00
Intereses y Recargos b)	0.31	0.35	0.41	0.34	0.38	0.38	0.43	0.44	0.55	0.55	0.58	0.53	0.54	0.67	1.08	0.58
Ingresos Diversos	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.19	0.18	0.20	0.24	0.28	0.26	0.26	0.23	0.36	0.46	0.30

a) Cuando los ingresos corrientes son inferiores a los egresos de EMA en un año dado, el déficit se financia reglamentariamente con reservas de EMA y se entra como ingresos en ese año

b) Intereses y recargos (multas) por mora

Fuente: Elaboración de los autores basado en IGSS 1981a-1996a

El cuadro 18 muestra la deuda al IGSS por el Estado (como empleador y tercera parte) y los empleadores privados en 1980-1995. En el último año la deuda total acumulada (a precios corrientes) ascendió a Q. 2,425.9 millones, lo que equivalió a: 179% de los ingresos del IGSS en ese año, 280% de sus egresos, y 123% de sus reservas totales. En otras palabras, si no hubiera ocurrido esa deuda, las reservas nominales del IGSS serían más del doble de las existentes.

desglosarse) de las municipalidades de Guatemala y otras dos, así como la Universidad de San Carlos. La deuda de los empleadores privados es sólo por mora (empleadores registrados que no pagan puntualmente sus obligaciones) por lo que excluye la evasión (empleadores que por ley deberían estar inscritos pero no lo han hecho). Además, los empleadores privados con frecuencia no reportan a todos sus trabajadores y declaran un salario inferior al realmente pagado. Más aun, en 1989 el

CUADRO 18

MONTO DE EVASIÓN Y MORA ESTATAL Y PRIVADA EN EL IGSS: 1980 - 1995  
(en millones de Quetzales)

Año	ESTADO			Privada a)	Total (Estado y Privado)	Indice de Inflación 1980=100	Deuda en millones de Quetzales de 1980
	Como Patrono	Como Estado	Sub-Total				
1980	21.9	153.6	175.5	69.0	244.5	100.0	244.5
1981	22.7	176.3	199.0	79.0	278.0	108.7	255.7
1982	27.8	203.8	231.6	106.8	338.5	111.6	303.3
1983	36.1	240.1	276.2	107.8	384.0	123.4	311.2
1984	43.3	273.9	317.2	117.4	434.7	129.6	335.4
1985	54.0	306.2	360.2	124.1	484.3	170.4	284.2
1986	61.3	340.6	401.9	133.7	535.7	214.0	250.3
1987	73.8	383.9	457.7	150.9	608.6	235.6	258.3
1988	71.4	403.9	475.3	166.6	641.9	261.5	245.5
1989	97.5	498.6	596.1	196.4	792.5	308.4	257.0
1990	138.5	590.3	728.8	204.3	933.0	495.4	188.3
1991	165.9	690.2	856.1	243.7	1,099.7	540.8	203.3
1992	172.4	810.5	982.9	264.2	1,247.0	615.1	202.7
1993	227.8	963.9	1,191.7	328.2	1,519.9	686.7	221.3
1994	302.9	1,165.0	1,467.9	487.7	1,955.5	766.3	255.2
1995	405.6	1,440.8	1,846.4	579.5	2,425.9	832.3	291.5

a) Incluye Deuda de Municipalidad de Guatemala, Empagua, Fegua (1980 - 1995) y Universidad de San Carlos (1980 - 1989)

Fuente: IGSS 1981a-96a

La deuda de 1995 se distribuyó porcentualmente como sigue: 76.1% del Estado (59.4% como tercera parte y 16.7% como empleador) y 23.9% de los empleadores privados. Sin embargo, la última no es toda privada pues incluye adeudos (que no han podido

Congreso dictó un decreto que permite el aumento de salarios a través de un bono exonerado del pago de la contribución al IGSS, con lo cual se excluyen sumas considerables que de otra forma ingresarían a aquél. También, en 1986, el Estado exoneró a todas las uni-

versidades del país del pago de sus contribuciones patronales. Finalmente, el total de la deuda es sólo el principal, sin cargar los correspondientes intereses; se ha estimado que el adeudo del Estado podría duplicarse si se le aplicara la tasa de interés de mercado. Por todo lo dicho, la deuda total nominal es muy superior a la que aparece en el cuadro 18.

El IGSS ha mantenido, por años, conversaciones con gobiernos sucesivos para llegar a un acuerdo, a fin de que se pague la deuda estatal, pero no ha logrado nunca un convenio de pago. (Esto es infrecuente en la región, pues, aunque en muchos países la deuda estatal es grande, con frecuencia el Estado ha firmado convenios para pagar parte de la misma). En cuanto a la deuda privada, el IGSS ha ofrecido periódicamente exoneración de recargos a aquellos deudores que firmen acuerdos para el pago de sus adeudos. Hasta 1990, los recargos por mora en el pago de las contribuciones eran menores a la tasa de interés del mercado, por lo que esto era un incentivo para demorar el pago, ya que el empleador podía colocar la suma recaudada en el mercado, ganar un interés superior al recargo impuesto por el IGSS, y pagar más tarde con una moneda devaluada y una ganancia.

Debido a las altas tasas de inflación, en los 80 y principios de los 90, la deuda real (a precios constantes o deflacionada) se ha reducido dramáticamente, como puede verse en el cuadro 18. En 1995 la deuda nominal era de Q.2,425.9 millones (quetzales corrientes), pero en quetzales constantes de 1980 se redujo a Q. 291.5 millones, o sea, a un 12%. Mientras que la deuda nominal aumentó 992% (casi diez veces) en 1980-1995, la deuda real sólo aumentó 19.2% en el mismo período. De forma que es ventajoso para los deudores demorar el cumplimiento de sus

obligaciones, pues pueden pagar su deuda (si alguna vez lo hacen) con una moneda al décimo de su valor real. Cuando se critican los defectos del IGSS (y algunos de ellos son ciertos), no debe olvidarse que la principal falla financiera del sistema es la enorme deuda del Estado (mayoritariamente) y de los empleadores privados.

### 3. Inversiones

El cuadro 17 mostró que, en 1980-1995, el producto (rendimiento) de las inversiones combinadas de EMA e IVS aumentó su contribución a los ingresos del IGSS de 7.3% a 20.1%. De hecho, mientras los porcentajes por contribuciones de empleadores y trabajadores se mantuvieron básicamente estancados (y el porcentaje del ingreso procedente de la contribución del Estado como empleador cayó), la fuente de ingreso que mostró un aumento sistemático creciente fue el producto de la inversión, principalmente del IVS, que tiene una reserva mucho mayor que la de EMA. La inversión del IGSS juega un papel positivo importante en la economía del país, ya que se coloca en la banca privada y central y en las sociedades financieras, con lo cual contribuye al desarrollo, estimula la creación de nuevas empresas y generación de empleo, y el incremento de los ingresos de la población.

De acuerdo con el cuadro 19, en 1980-1995, la inversión nominal total del IGSS aumentó casi catorce veces: de Q.143.2 millones a Q.1,976.7 millones. De esta última cifra, 72.3% fue inversión del IVSS y 27.7% inversión de EMA. En 1995, la inversión total del IGSS equivalió a: 146% del total de ingresos del IGSS en ese año, 16% del presupuesto de egresos del Estado, y 2.3% del PIB. A pesar del crecimiento en casi catorce veces del monto nominal de la inversión, éste podría haber sido mayor si los excedentes del IGSS

CUADRO 19

INVERSIONES Y SU RENDIMIENTO EN EL IGSS, 1980 - 1995

MILLONES DE QUETZALES				Tasas (%) de			
Año	EMA	IVS	Total	Rendimiento Inversiones	Rendimiento Nominal	Inflación	Rendimiento Real a)
1980	24.20	119.05	143.25	9.11	6.36	9.10	-2.51
1981	6.76	154.27	161.03	13.06	8.11	8.70	-0.54
1982	0.59	185.34	185.93	17.72	9.53	2.70	6.65
1983	8.15	204.07	212.22	16.43	7.74	10.50	-2.50
1984	17.13	228.17	245.30	19.96	8.14	5.10	3.14
1985	25.07	259.96	285.03	22.34	7.84	31.40	-17.93
1986	39.67	296.31	335.98	27.35	8.14	25.60	-13.90
1987	58.22	346.35	404.57	35.94	8.88	10.10	-1.11
1988	89.15	404.72	493.86	43.71	8.85	11.00	-1.94
1989	92.71	465.13	557.84	53.29	9.55	17.94	-7.11
1990	68.51	534.93	603.43	62.06	10.28	60.64	-31.35
1991	91.63	641.14	732.78	88.08	12.02	9.17	2.61
1992	163.33	772.89	940.22	107.21	11.40	13.73	-2.05
1993	209.92	907.35	1,111.27	100.64	9.01	11.64	-2.36
1994	291.24	1,155.78	1,447.02	245.71	16.98	11.59	4.83
1995	547.58	1,429.12	1,976.70	271.98	13.76	8.61	4.74

a) Basado en la fórmula  $[(1 + y) / (1 + i) - 1] \cdot 100$ , donde "y" es el coeficiente de rendimiento nominal e "i" es el coeficiente de inversión.

Fuente: Elaboración de los autores basado en IGSS 1981a-1996a

(que van a la reserva y la inversión) no hubieran sido afectados adversamente por las causas siguientes: la enorme deuda del Estado y los empleadores privados; la considerable evasión; el mantenimiento de la misma tasa de cotización desde el inicio de los programas del IGSS (recuérdese que la tasa de cotización del IGSS es actualmente la mas baja o una de las tres mas bajas en la región); la exoneración de cotizaciones sobre los bonos de aumento de salario y de la cotización patronal a todas las universidades del país; el rendimiento real negativo de la inversión (por causas que se explican mas abajo); el porcentaje relativamente alto del costo administrativo en el decenio de los 80; y la obligación impuesta al IGSS de prestar atención médica gratuita a todos los jubilados y pensionados del IVS y de las CPE sin proveer los necesarios recursos para cubrir dichos costos. Por estas razones la inversión del IGSS como porcentaje de los

ingresos del IGSS, del presupuesto estatal y del PIB se han mantenido sin cambio significativo durante el período.

El cuadro 19 calcula el rendimiento nominal y real de las inversiones del IGSS en 1980-1995. Debido a las altas tasas de inflación en el decenio de los 80 (particularmente en 1985-86 y 1989-90), así como a la composición de la cartera e imposiciones estatales, las tasas reales de rendimiento fueron negativas en 11 de los 16 años del período (las peores en 1985-1986 y 1990-91) y positivas sólo en cinco años (incluyendo los dos últimos). La tasa real anual promedió -3.8% en el período y tuvo un efecto negativo en cuanto a la disminución de la reserva real. (Existe otra serie de rendimiento nominal de la inversión calculada por el Comité de Inversiones del IGSS, que es muy similar a la del cuadro, salvo que las tasas son ligeramente inferiores debido a

que se calcula mensualmente, arrojando una tasa real anual promedio de -3.9%). La tasa de rendimiento real promedio de Guatemala, aunque negativa (-3.8%), no ha sido tan adversa en el período como la de otros países centroamericanos, como El Salvador y Nicaragua, así como en Ecuador, México, Paraguay, Perú (hasta 1993), República Dominicana y Venezuela (Mesa-Lago y Bertranou, 1997).

tos en la banca privada, entre 12.6% y 25.7% en el Banco de Guatemala, y entre 2.2% y 3.8% en entidades financieras; en este período el rendimiento real anual fue negativo (-2.3%) debido principalmente al enorme aumento de la inflación en 1985 (un 31%, que provocó una tasa de rendimiento de -18%; la tasa anual en 1980-84 fue positiva y promedió 0.8%, debido al alto rendimiento positivo en

## CUADRO 20

### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS INVERSIONES DEL IGSS POR INSTRUMENTO: 1980 - 1995

Año	Banco de Guatemala a)	Bancos Privados b)	Entidades Financieras c)	Total
1980	25.76	74.24	0.00	100.00
1981	14.70	85.30	0.00	100.00
1982	12.64	85.21	2.15	100.00
1983	20.51	76.55	2.95	100.00
1984	18.25	78.49	3.26	100.00
1985	13.98	82.27	3.76	100.00
1986	95.52	0.00	4.48	100.00
1987	96.32	0.00	3.68	100.00
1988	100.00	0.00	0.00	100.00
1989	100.00	0.00	0.00	100.00
1990	100.00	0.00	0.00	100.00
1991	100.00	0.00	0.00	100.00
1992	94.13	3.74	2.13	100.00
1993	94.23	2.90	2.88	100.00
1994	90.76	5.63	3.60	100.00
1995	91.68	6.20	2.12	100.00

a) Bonos del Tesoro, Cenvacus y/o certificados de depósito a plazo.

b) Depósitos de ahorro y/o depósitos a plazo.

c) Pagarés.

Fuente: Elaboración de los autores basados en IGSS 1981a-1996a

La composición de la cartera de inversiones del IGSS, por instrumento financieros en 1980-1995 se presenta en el cuadro 20. Este muestra que la cartera está enormemente concentrada básicamente en dos instrumentos, el Banco de Guatemala y la banca privada, y en una pequeña proporción en entidades financieras. En 1980-85, entre el 74.2% y el 85.2% estaba colocado en depósi-

tos. En 1986-1991, el gobierno, a través de las autoridades monetarias, obligó a la banca privada a devolver los depósitos del IGSS, lo que forzó a éste a depositar virtualmente el 100% de toda su inversión en el Banco Central (salvo un pequeño porcentaje en entidades financieras en 1986-87). La inversión se hizo en Bonos del Tesoro, Cenvacus (Certificados Nacionales de Inversión en Valores en

Custodia) y depósitos a plazo, sin indexación del principal y con tasas de rendimiento nominales inferiores a las del mercado. Como en estos años se disparó la inflación, las tasas de rendimiento real se tornaron negativas, y promediaron anualmente -8.8%, por lo que se perdieron varios millones de quetzales. El Estado no sólo no cumplió con sus pagos al IGSS sino que, además, se benefició obteniendo crédito barato para subsidiar el gasto público a costa de las reservas de seguridad social. A partir de 1992, el gobierno liberó al IGSS, para la inversión de sus reservas, pero entre 91% y 94% de las mismas continúa en documentos ofrecidos por el Banco de Guatemala. Esto se explica porque el Banco de Guatemala ha pagado rendimientos superiores a los ofrecidos por la banca privada e instituciones financieras. Como resultado, la tasa real anual se tornó positiva y promedió 1.3% en 1992-1995 (4.8% en los dos últimos años).

Un aspecto positivo de las inversiones del IGSS, en contraste con buena parte de los países de la región, es que no hay inversiones del programa IVS en hospitales y equipo del programa EMA, así como en edificios administrativos; sólo las reservas de EMA se han usado para la referida inversión. Tampoco las reservas se han invertido en planes de vivienda o préstamos hipotecarios o personales para los asegurados. Todas estas prácticas inversionistas han dado resultados muy negativos en la región. Actualmente, un nivel del anexo de las oficinas centrales del IGSS, destinado a la administración de IVS, se está construyendo con fondos de la reserva de IVS.

El problema surge a finales de 1995, porque los tres canales de inversión hasta la fecha utilizados (Banco de Guatemala, Banca

Privada y Entidades Financieras), se están agotando. Dichas entidades ya no son capaces de absorber las inversiones de recursos nuevos que mensualmente genera el IGSS, principalmente del programa IVS. Únicamente están limitándose a aceptar las inversiones a su vencimiento, pactando nuevas tasas de interés de acuerdo con la tendencia en el mercado; pero, en otras ocasiones, ni siquiera quieren aceptar una reinversión.

A más de la restricción impuesta por la Ley Orgánica, está la gran limitante que muestra el incipiente mercado de capitales del país. La Bolsa de Valores existente (la cual no está autorizada y, por lo tanto, no fiscalizada por el Estado), constituye una oportunidad en extremo riesgosa para canalizar inversiones del IGSS, debido a que su funcionamiento es de carácter especulativo, lo cual prohíbe la Ley Orgánica. Durante 1996 comenzaron a efectuarse inversiones por medio de la Bolsa de Valores, pero los únicos documentos que el IGSS puede comprar son los Certificados de Depósito emitidos por el Banco de Guatemala, los cuales no son especulativos.

La Junta Directiva del IGSS creó el Comité de Inversiones, que se encarga de elaborar el Plan de Inversiones para cada período y, además, velar porque las inversiones del Instituto se hagan en el tiempo oportuno, tratando de cumplir con los requisitos de seguridad, rendimiento y liquidez que ordena la Ley que es muy restrictiva. Actualmente, funciona una Comisión de Inversiones (que es de más alto nivel), la que trabaja en forma conjunta con el Comité. Al final, quien presenta las propuestas a la Junta Directiva es la Comisión, una vez que se ha puesto de acuerdo con el Comité de Inversiones.

## B. MSPAS

El MSPAS se financia por el presupuesto del Estado que se presenta en el cuadro 21. En términos nominales el presupuesto de salud aumentó en 1980-1982, se redujo en 1983-1985, y aumentó de nuevo en 1987-1994. En 1980-1994 el presupuesto total nominal se incrementó seis veces, aunque en gasto por habitante creció cuatro veces. Pero el gasto real (ajustado a la inflación) por habitante creció en 1980-1982, alcanzando su punto máximo en el último año, cayó a menos de la mitad en 1985-1986, aumentó de nuevo en 1987-1990 (para recuperar el nivel de 1982) y volvió a caer en 1994 al nivel mínimo de 1985-1986, a menos de la mitad del nivel máximo de 1982. Es evidente que con un presupuesto tan reducido, el MSPAS no puede mantener el nivel y calidad de su atención y, mucho menos, extender su cobertura poblacional y/o mejorar sus servicios.

Desde antes de la década del noventa, el MSPAS ha tenido un sistema de tarifas aplicables en sus centros de atención, cobrando a los usuarios por la prestación de determinados servicios (por ejemplo: laboratorio, consulta externa, radiología). Las Tarifas que se aplicaban eran simbólicas y sus ingresos eran retenidos por las unidades prestadoras del servicio, aunque se reportaban a la Tesorería Nacional (OPS 1991). Las personas que no contaban con recursos para pagar, eran sujetas de un estudio socioeconómico por trabajadores sociales y si se demostraba su incapacidad para hacer el pago, eran exentas del mismo. Más recientemente, con la reforma sectorial, los cobros por servicios han dejado de ser simbólicos. Se establecen tarifas o aranceles que permitan la recuperación de costos (o que estén cercanas a ello). Estos recursos los retiene la unidad prestadora pero se administran por patronatos. Estos han asumido también, en coordinación con el per-

CUADRO 21

PRESUPUESTO ASIGNADO AL MSPAS EN TÉRMINOS NOMINALES Y REALES Y GASTO EN SALUD POR HABITANTE: 1980-1990 y 1994

AÑO	Miles de Quetzales		Quetzales	
	PRESUPUESTO NOMINAL	PRESUPUESTO REAL a)	GASTO EN SALUD POR HABITANTE	
			NOMINAL	REAL a)
1980	108,546	108,546	15.73	15.73
1981	137,707	123,615	19.40	17.41
1982	139,450	124,955	19.10	19.11
1983	101,037	86,430	13.47	11.52
1984	99,168	82,025	12.88	10.65
1985	96,731	67,408	12.24	8.53
1986	131,911	67,199	16.29	8.30
1987	219,910	99,732	26.18	11.87
1988	291,440	119,247	33.89	13.87
1989	311,320	114,372	34.98	12.85
1990	411,800	122,377	44.77	13.32
1994	693,520	925,680	67.19	8.97

a) Precios constantes de 1980

Fuente: Elaboración de los autores basado en OPS 1991; Ruta Social 1996; y Cuadro 1

sonal de trabajo social, la tarea de determinar la capacidad de pago de los usuarios y aplicar criterios para exoneración. Sin embargo, no se cuenta con información que establezca como es que se da este proceso exactamente ni tampoco sobre cuales son los aranceles vigentes actualmente en los centros de atención.

El cuadro 22 contrasta el gasto per capita nominal del MSPAS y el del IGSS en 1984-1994. El primero es alrededor de cuatro veces el del segundo. Debe tenerse en cuenta

que el MSPAS no sólo tiene a su cargo la medicina curativa sino también la preventiva para todo el país. La concentración casi exclusiva del IGSS en la medicina curativa y en un grupo minoritario de la población de ingreso medio, con una incidencia de morbilidad y mortalidad inferior al de la población total, como ya se analizó anteriormente, aumentan aún más la brecha entre las dos instituciones. De ahí la necesidad de hacer una reasignación del gasto total, como ya se aconsejó, a los efectos de combatir los problemas de salud más urgente de la nación.

CUADRO 22

GASTO PER CAPITA NOMINAL DEL IGSS Y DEL MSPAS:  
1984 -1989, 1990 y 1994

AÑOS	GASTO TOTAL (millones Q)		GASTOS PER CAPITA	
	IGSS	MSPAS	IGSS	MSPAS
1984	80.46	92.17	84.60	11.78
1985	84.77	93.90	82.70	11.79
1986	98.38	157.81	92.50	19.25
1987	141.35	172.99	128.30	20.50
1988	164.50	261.92	124.81	30.17
1989	216.56	311.32	141.54	34.84
1990	283.45	411.80	181.93	44.77
1994	449.12	693.52	270.23	67.19

Fuentes: Elaboración de los autores basados en OPS 1991; IGSS 1984a-1996a;  
Ruta Social 1996

## VIII. ADMINISTRACIÓN

Esta sección primero analiza el gasto administrativo y su principal componente, el personal, así como los problemas administrativos en el IGSS, y la eficiencia hospitalaria en el IGSS y el MSPAS. Luego brevemente examina los gastos y problemas administrativos del MSPAS.

### A. IGSS

#### 1. Gastos Administrativos y Personal

El cuadro 23 presenta los gastos ad-

ministrativos como porcentaje del gasto total del IGSS en 1980-1995. El referido porcentaje aumentó de 20.4% en 1980 a un máximo de 23.4% en 1986, luego descendió a 13.7% en 1995. Este porcentaje aún es muy alto a nivel internacional y relativamente alto a nivel regional. En este indicador, en 1989, Guatemala se colocó en 8vo. lugar entre 14 países latinoamericanos para los cuales se disponía de información (OIT, 1996). El IGSS ha desarrollado un plan de racionalización para reducir el gasto administrativo a 10%.

CUADRO 23

PORCENTAJE DE GASTOS ADMINISTRATIVOS EN EL GASTO TOTAL Y EMPLEADOS POR MIL ASEGURADOS EN EL IGSS: 1980 - 1995

Año	Gastos (millones Q)		%	Número de:		Empleados x 1,000:	
	Administrativos a)	Total		Empleados	Asegurados (miles) a)	Asegurados Activos	Total de Asegurados
1980	15.72	76.87	20.4	7,799	755,342	10.3	7.4
1981	18.51	89.35	20.7	8,431	591,019	14.3	9.7
1982	19.68	90.44	19.8	7,205	511,046	14.1	9.0
1983	19.22	95.77	20.1	7,065	576,708	12.2	8.3
1984	19.13	101.48	18.8	7,658	584,283	13.1	8.0
1985	20.48	109.35	18.7	7,355	631,654	11.6	7.2
1986	31.47	134.46	23.4	7,862	660,444	11.9	7.4
1987	28.11	173.82	16.2	8,331	678,995	12.3	7.6
1988	36.19	211.10	17.1	8,848	779,560	11.3	6.7
1989	42.55	274.14	15.5	9,517	788,367	12.1	6.2
1990	50.99	360.77	14.1	9,415	785,753	12.0	6.0
1991	55.50	425.13	13.1	9,498	786,903	12.1	6.1
1992	64.88	495.82	13.1	9,261	795,708	11.6	5.9
1993	103.03	612.25	16.8	9,474	823,239	11.5	5.7
1994	92.74	733.81	12.6	9,556	830,324	11.5	5.7
1995	118.59	864.39	13.7	9,299	855,596	10.9	5.4

a) Todos los gastos administrativos se imputan a EMA, pero IVS le transfiere la parte correspondiente.

Fuente: Elaboración de los autores basado en IGSS 1981a-1996a; y Cuadro 2

Los gastos administrativos incluyen la remuneración del personal (salarios, bonificaciones, etc.), servicios personales, materiales y suministros, otros gastos de operación y transferencias corrientes. El grueso del gasto administrativo es por personal y éste se divide en dos tipos: regulares y supernumerarios. Los primeros tienen permanencia y reciben todos los beneficios, mientras que los segundos no tienen estabilidad (son contratados según necesidad, para cubrir vacaciones, licencias, etc.) y no disfrutan de los beneficios sociales. Entre los últimos se encuentran, además del salario: cuatro salarios mensuales extra (en junio y julio y dos en diciembre), y el plan especial de pensiones complementarias.

El personal regular aumentó 6.8% en 1987-1991 pero el supernumerario saltó un 76%; en el último año, la distribución de ambos en el total de empleados fue: regular 84% y supernumerario 16% (basado en Cruz-Saco, 1993). En 1991-1995, el personal regular aumentó 9% y el supernumerario decreció 24%, la proporción de ambos en 1995 fue 88% y 12%, respectivamente. En 1995, la distribución del personal por categoría ocupacional fue: 14% médicos, 36% paramédicos, 29% administrativos y 21% servicios varios sin especificar (IGSS 1987a-1996a).

El segundo segmento del cuadro 23 calcula el número de empleados por 1,000 asegurados activos y por 1,000 asegurados totales (incluyendo dependientes, jubilados y pensionados). En el primer indicador, la relación aumentó de 10.3 a 14.3 (1980-81) descendió y fluctuó entre 11.5 y 12.3 (1985-94) y bajó a 10.9 en 1995. Si se utiliza el total de asegurados (población cubierta), la relación disminuye casi a la mitad, así en 1995 fue 10.9 y 5.4. Si se utiliza la primera relación, Guatemala se ordena entre los países con la más alta en la región; por lo contrario, si se usa la segunda relación, Guatemala se coloca entre las más bajas de la región especialmente en 1993-95.

## 2. Problemas Administrativos

Desde 1956, el Presidente de la República nombra al Gerente y a los sub-gerentes del IGSS, mientras que la Junta Directiva se compone de representantes de los asegurados, los empresarios, el Estado, la Junta Monetaria, la Universidad de San Carlos y el Colegio Médico. Tradicionalmente o bien existe una pugna entre el Gerente y la Junta o éste tiene demasiado poder de ejecución y la Junta Directiva se limita a aprobar las direcciones de aquél y redactar los reglamentos. La Junta Directiva no tiene autoridad para despedir al Gerente y sub-gerentes, sólo el Presidente de la República. La designación de la dirigencia ejecutiva del IGSS y la composición de la Junta Directiva contradicen las supuestas autonomía y administración tripartita de la institución.

La estructura orgánica del IGSS es muy centralizada; el Gerente concentra la mayoría de las funciones incluyendo el nombramiento de todo el personal. Este se encuentra altamente concentrado en el Departamento de Guatemala y otros tres departamentos de importancia. A mediados de 1996, la distribución del personal era como sigue: 75.7% en Guatemala, 10% en Escuintla, 4% en Suchitepéquez (estos dos departamentos son los principales en la producción de azúcar, café, algodón y bananos, más tienen importancia industrial, en puertos para exportación y comercio), 1.6% en Quetzaltenango (la ciudad más importante después de la ciudad capital), y 8.9% en los restantes 18 departamentos (IGSS 1996b). La concentración del personal, especialmente en Guatemala, es otro indicador de la gran centralización administrativa del IGSS. Además, existen áreas que sufren escasez de personal y otras que tienen exceso del mismo.

Existe una excesiva normatividad y se necesita modificar el Reglamento del Personal para describir sus cargos y responsabilidades, introducir normas para el ascenso y los incenti-

vos, etc. El Departamento Actuarial y Estadístico y los del área financiera manejan eficientemente la información, pero no así el Departamento de Procesamiento Electrónico de Datos y otras dependencias (Cruz-Saco, 1993). Uno de los problemas principales es que no existe una cuenta individual, situación inconcebible. Debido a ello, el asegurado que solicita una pensión debe presentar certificados de todos los empleos en que ha laborado, lo cual es muy difícil (esto se agrava con el cierre de empresas). El IGSS también puede comprobar (manualmente) las planillas de contribución. El promedio de trámite de concesión de la pensión es de un año y medio, y puede durar cinco años.

Es importante descentralizar al IGSS, reducir la excesiva concentración de funciones en la Gerencia, asignar más adecuadamente al personal administrativo y capacitarlo en técnicas administrativas, dictar un nuevo Reglamento de Personal, reducir a un mínimo el personal supernumerario y el regular que no sea necesario, modernizar los procesos de información, simplificar los trámites administrativos, establecer la cuenta individual y agilizar el trámite de concesión de pensiones.

### 3. Eficiencia Hospitalaria

El cuadro 24 muestra el grado de ineficiencia global del sistema de atención médica, tanto del IGSS como del MSPAS. En 15 años, el IGSS no ha logrado alcanzar siquiera el 60% de ocupación hospitalaria; el 56.2% de ocupación en 1995 era una de las bajas de la región y un indicador del notable desperdicio. Por otra parte, el número de camas por 1,000 habitantes disponibles, en el sistema nacional de salud, es insuficiente para satisfacer las necesidades de atención de la población no cubierta (Nótese que también el índice de ocupación hospitalario del MSPAS es bajísimo: 61.2% en 1995). Peor aún, los promedios de días de estancia en los programas de enfermedad y accidentes del IGSS eran excesivamente altos en 1995, si se redujeran estos promedios, el porcentaje de ocupación caería aún más bajo. Es evidente que un planteamiento de reforma de la seguridad social debe buscar, además de la reorientación de las acciones hacia la prevención, alcanzar también un alto grado de eficiencia en la utilización de la infraestructura disponible para la atención curativa.

CUADRO 24

#### INDICADORES GLOBALES DE EFICIENCIA HOSPITALARIA EN EL IGSS: 1980-1994

AÑOS	% OCUPACIÓN HOSPITALARIA	PROMEDIO DÍAS DE ESTANCIA b)		
		ACCIDENTES	MATERNIDAD	ENFERMEDAD
1980	59.8	9.8	2.9	9.9
1985	47.2	8.4	2.7	8.4
1990	58.2	8.8	2.5	5.6
1995	a) 56.2	9.0	2.2	7.3

a) En el MSPAS era 61.2%

b) En el MSPAS era 3.7 en 1995

Fuente: IGSS 1981a-1996a; MSPAS 1996

## B. MSPAS

Al igual que el IGSS, el MSPAS enfrenta también una serie de problemas administrativos que afectan su desempeño y el impacto de las acciones que realiza. Entre ellas destacan su falta de liderazgo en el sector salud, la poca coordinación que existe entre las instituciones, y una estructura de organización y de toma de decisiones al interior del Ministerio que es marcadamente centralizada y vertical. Estos problemas se reflejan en la manera que se formulan las políticas y programas, en la inadecuada utilización del recurso humano, en la asignación de los recursos financieros y los suministros para los distintos programas y áreas geográficas, y en la escasa participación de los niveles operativos y las comunidades en la conducción de las acciones de salud.

A la escasez de recursos que sufre el MSPAS, se une la inadecuada distribución de los mismos entre los distintos programas y niveles de atención que, como ya se ha mencionado, privilegia la atención curativa sobre la preventiva y el tercero sobre el primer nivel de atención. Esta tendencia ha ido cambiando lentamente en los últimos años, aunque no lo suficiente todavía como para promover la extensión efectiva de la cobertura de atención, especialmente en el primer nivel. En 1995, el MSPAS reportó un 36% de su presupuesto para atención curativa y un 34% para acciones de prevención. Es de esperar que el

MSPAS asigne más recursos a atención preventiva que el IGSS pero se considera también que la proporción asignada a curación es mayor de lo reportado y que parte de ese gasto puede estar cubierto en la partida de "Transferencias Corrientes" (que representa un 25% del presupuesto total) que aparece en el desglose del presupuesto para ese año. En relación a los gastos administrativos, el MSPAS reportó un 8% de su presupuesto total asignado a este rubro. Esta cifra es un 10.5% menor que la reportada por el IGSS para ese mismo año, si bien se menciona que el gasto administrativo del MSPAS podría ser mayor al incluirse en el mismo las transferencias corrientes (Ruta Social 1996).

El MSPAS adolece también de marcadas deficiencias en el registro, procesamiento y utilización de la información epidemiológica y de producción de los servicios. Ello limita la capacidad de generar una administración efectiva y eficiente del sistema de salud, orientada a resolver los problemas prioritarios de salud a nivel local.

En resumen, la fragmentación del sector, la falta de liderazgo y coordinación por parte del MSPAS y los problemas administrativos ya mencionados, dan como resultado la duplicación de acciones por parte de las instituciones, la baja capacidad para extender la cobertura, la baja producción que reportan los servicios (ver cuadro 12) y sobre la calidad de la atención.

## IX. EQUILIBRIO FINANCIERO Y ACTUARIAL

Esta sección primero estima cuál es el costo total de la seguridad social en Guatemala, después analiza el balance financiero o contable del IGSS, y termina con un análisis de la situación actuarial del IGSS.

### A. El Costo de la Seguridad Social

El cuadro 25 estima el costo de la seguridad social de Guatemala en 1984-1994, combinando los gastos del IGSS y del MSPAS (se añaden los gastos del FIS en 1994). Desde 1987 el gasto del MSPAS ha superado al del IGSS, resultado de la mayor población servida por el primero y la relativa juventud del IVS en el segundo. En 1994, el gasto de las dos instituciones era casi igual. El cuadro excluye el gasto en IVS de las Clases Pasivas del Estado, del Instituto de Previsión Militar y la Sanidad Militar, y el de otras instituciones previsionales (IVS) independientes del IGSS. Por ello, el costo total de la

seguridad social debe ser superior al mostrado en el cuadro (Por ejemplo, sólo el aporte estatal al sistema de pensiones IVS de las CPE en 1995 fue Q158 millones). La proporción del gasto de seguridad social, en relación con el PIB, cayó de 2.1% a 1.7% en 1984-1986, durante la crisis, aumentó a un máximo histórico de 2.5% en 1989 y descendió a 2% en 1994. En 1989, en cuanto a dicho porcentaje, Guatemala se ordenaba en 14to. lugar entre 18 países, empatada con Honduras y Perú; los países que tenían porcentajes inferiores a Guatemala eran El Salvador y la República Dominicana (Mesa-Lago y Bertrou 1997). El ordenamiento de Guatemala en este indicador es igual a los ordenamientos por contribución salarial legal y cobertura poblacional. Si se usara como base el gasto del IGSS en relación al PIB en 1995 (0.94%), alcanzar la cobertura universal (digamos un 80%) en EMA tomaría 3.2% del PIB y en IVS 0.8% del PIB.

CUADRO 25  
COSTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN GUATEMALA: 1984-1994  
(millones de Quetzales)

AÑO	PIB	GASTO DEL IGSS	GASTO DEL MSPAS	GASTO FONDO INVERSIÓN SOCIAL	GASTO TOTAL SEGURIDAD SOCIAL COMO % DEL PIB a)	GASTO TOTAL SEGURIDAD SOCIAL
1984	9,470.3	101.48	99.17	0.0	2.1	200.65
1985	11,180.0	109.36	96.73	0.0	1.8	206.09
1986	15,838.1	134.46	131.91	0.0	1.7	268.38
1987	17,711.1	173.82	219.91	0.0	2.2	393.73
1988	20,544.9	205.09	291.44	0.0	2.4	496.53
1989	23,684.7	276.29	311.32	0.0	2.5	587.61
1990	34,316.9	361.59	411.80	0.0	2.2	773.37
1994	74,572.3	703.81	693.52	107.26	2.0	1,504.59

a) Excluye gastos IVS de Clases Pasivas del Estado, Instituto de Previsión Militar, Sanidad Militar y otros organismos previsionales independientes

Fuente: Elaboración propia en base a IGSS 1981a-1996a; OPS 1991; Ruta Social 1996

## B. Sistemas de Financiamiento

Para propósitos de financiamiento, los programas tipo EMA tienden a usar un sistema de Reparto Simple Modificado. El sistema de Reparto Simple Puro pretende recaudar cada año suficientes cotizaciones para cubrir todos los egresos de ese año. Esta es una forma sumamente teórica de financiar un programa, ya que bajo ella no se acumularían fondos y resultaría imprudente el tratar de operar de esa manera, ya que por más precisión que se le imparta a un presupuesto, siempre surgen pequeños déficits o superávits en la ejecución. Por ello, el sistema utilizado para el financiamiento de los programas EMA en Guatemala es el de Reparto Simple Modificado, ya que procura obtener un excedente entre ingresos y egresos, el cual se denomina reserva para contingencias.

El sistema financiero que usa el programa IVS es el de Prima Media Escalonada (PME). Este sistema, que fue recomendado para los regímenes de pensiones en países en vías de desarrollo, se caracteriza por el uso de una capitalización parcial colectiva que permite acumular una reserva que contribuye con su rendimiento a financiar el programa. El volumen de reserva que se forma, es inferior al acumulado en un sistema de capitalización completa o plena, por lo que hace más viable su colocación en el mercado financiero.

En este sistema (PME), las primas o contribuciones permanecen fijas en un periodo largo de tiempo, al finalizar el cual la prima es aumentada para mantenerse estable durante otro período similar y así sucesivamente. El escalonamiento del período de equilibrio, la cuantía de la prima y el volumen de la reserva a formar, pueden graduarse según convenga al desarrollo económico del país. Otra característica principal de este

sistema, es de que sólo los ingresos por contribuciones y los rendimientos de la inversión de la reserva (y no el principal), pueden utilizarse para financiar los costos directos y de administración de las prestaciones.

El Reglamento del programa de IVS determina que los excedentes entre ingresos y egresos forman la reserva técnica. Hasta 1995, la diferencia siempre ha sido positiva. El monto total de la reserva debe invertirse en las mejores condiciones de seguridad, rendimiento y liquidez. Cuando los ingresos (contribuciones y rendimientos de las inversiones) ya no sean suficientes para cubrir los egresos en un año dado, será el momento de subir a otro escalón (nueva prima o contribución). El programa se inició en marzo de 1977 (contando a la fecha con veinte años de funcionamiento) y desde entonces no se ha modificado la tasa de contribución (4.5%), con la que inició su operación.

En el programa EMA, cuando en un ejercicio resulta un superávit en la ejecución presupuestaria, éste debe invertirse en las mismas condiciones que los excedentes de IVS, con la única diferencia que en el ejercicio fiscal siguiente, debe hacerse la distribución de dicho superávit, de tal forma que vaya en beneficio de EMA. En los últimos cinco años se han generado excedentes entre ingresos y egresos, los cuales provienen en su mayor parte de una deficiencia en la ejecución presupuestaria, la cual se produce por lo engorroso de los trámites que hay que realizar para efectuar compras de insumos y otros materiales necesarios para el funcionamiento de los programas. El programa EMA, al igual que el IVS, no ha tenido modificación en su tasa de contribución desde su creación. Esto no significa que la tasa siga teniendo validez y consistencia, sino que las administraciones de turno han tenido que conformarse y presupuestar los egresos de acuerdo con la tasa vigente, puesto que es muy difícil el incremento de la tasa por la situación política que ha vivido y sigue vi-

viendo el país. Lo que hacen las administraciones del IGSS, es dejar insatisfechas muchas necesidades de los afiliados y beneficiarios de los programas de salud, debido a la falta de recursos.

### C. Situación Financiero-Contable

El cuadro 26 muestra la situación financiera del programa EMA en 1980-1995. El mismo obtuvo superávit en la ejecución presupuestaria del período examinado, lo cual no debe tomarse como situación muy positiva, según se discutirá más tarde. Los superávit anuales de EMA han engrosado su reserva, y se han utilizado en mejorar y ampliar la infraestructura necesaria para cubrir la demanda en salud de afiliados y beneficiarios.

CUADRO 26

BALANCE FINANCIERO DEL PROGRAMA EMA  
DEL IGSS EN GUATEMALA: 1980-1995  
(millones De Quetzales)

Año	EMA		
	Ingresos	Egresos	Balance
1980	84.08	71.57	12.51
1981	95.54	81.42	14.12
1982	88.42	87.75	0.67
1983	87.69	79.13	8.56
1984	88.87	80.46	8.41
1985	96.75	84.77	11.98
1986	129.06	93.38	30.68
1987	156.87	141.35	15.52
1988	206.00	164.50	41.50
1989	230.54	216.56	13.98
1990	288.64	283.44	5.20
1991	412.16	337.52	74.64
1992	530.89	379.99	150.90
1993	606.01	467.76	138.25
1994	752.92	549.12	203.80
1995	856.95	640.05	216.90

Fuente: *Elaboración de los autores basado en IGSS 1981a-1996a.*

Con respecto al programa IVS, por la misma definición del sistema financiero utilizado, la diferencia entre ingresos y egresos constituye la reserva técnica del programa. En el período examinado, los ingresos han sido superiores a los gastos, lo que ha permitido anualmente acumular una reserva teórica que en 1995 sumó Q.1,429 millones, suficiente para cubrir en 2.2 veces los gastos de ese año; dicha reserva, por medio de su inversión, ha contribuido a incrementar los ingresos.

Dada la naturaleza del financiamiento del programa IVS, resulta importante analizar si los resultados de operación financiera se ajustan al esquema de financiamiento establecido, fundamentalmente en cuanto a la estructura de los ingresos y gastos. El cuadro 27 muestra un detalle de la composición de los ingresos y egresos de IVS en 1991-1995, y se presenta una estimación del costo anual como porcentaje de los salarios.

Los gastos totales como proporción de los ingresos totales se mantuvieron en un rango del 48% al 58% durante el quinquenio 1991-1995, reflejando bastante regularidad en la diferencia ingresos y gastos. Hasta el momento, el sistema financiero de prima media escalonada se ajusta a los requerimientos técnicos, en el sentido de que no ha sido necesario utilizar las reservas (ni su rendimiento real) para pagar prestaciones corrientes, lo cual es un principio básico para el adecuado funcionamiento de dicho sistema financiero, que se cumple cabalmente según la normativa vigente. En otras palabras, con los ingresos por contribuciones se financian las prestaciones corrientes y queda un remanente para alimentar las reservas; por ejemplo, en 1995, los ingresos por contribuciones sobrepasaron los gastos totales en un 23% (cuadro 27).

Otro aspecto importante es que el costo actuarial del programa IVS (definido dicho costo como la relación gastos/salarios cotizados) se ha mantenido estable durante los últimos años, incluso con una ligera tendencia hacia la baja, según se muestra en el cuadro 27. Esta favorable evolución del costo, se aparta de la situación típica de la mayoría de los países de la región latinoamericana, y se explica básicamente porque el

vierta, el programa IVS seguirá fortaleciéndose, financiera y actuarialmente.

Se concluye del análisis anterior que la situación financiera de corto plazo del programa IVS es solvente y muy probablemente lo siga siendo en el mediano plazo; los resultados están en gran medida influenciados por el comportamiento de los salarios reales cotizables. Una evaluación actuarial, basada

CUADRO 27

COMPOSICIÓN DE LOS INGRESOS Y GASTOS DEL  
PROGRAMA IVS- IGSS: 1991-95  
(en millones de Quetzales corrientes)

RUBRO	1991	1992	1993	1994	1995
INGRESOS:	223.801	281.622	313.578	474.046	549.380
Cuotas	144.648	190.897	235.633	278.655	340.903
Recargo de cuotas	0.220	0.425	0.725	2.301	0.599
Renta de activos financieros	78.933	90.300	77.220	193.090	207.878
GASTOS:	117.994	149.323	180.344	228.058	276.709
Prestaciones	90.314	114.741	142.996	182.883	222.123
Gastos Administrativos	27.680	34.582	37.348	45.175	54.586
SUPERÁVIT ANUAL	105.807	132.299	133.234	245.988	272.671
Gastos/Ingresos	53.0%	53.0%	58.0%	48.0%	50.0%
Cuotas/Gastos	123.0%	128.0%	131.0%	122.0%	123.0%
Superávit/Gastos	90.0%	89.0%	74.0%	108.0%	99.0%
Gasto Admin./Gasto total	23.0%	23.0%	21.0%	20.0%	20.0%
Costo (=gastos/salarios) a)	3.7%	3.5%	3.4%	3.7%	3.7%

a) Los salarios cotizables se estiman dividiendo las cuotas entre la prima de 4.5%.

Fuente: Elaboración basada en IGSS 1992a-1996a

monto medio cotizado ha venido aumentando: entre 1991 y 1995 la cotización media por afiliado creció a una tasa media anual del 21%, mientras que la inflación lo hizo a una tasa media anual del 11%, aproximadamente. Por lo tanto, los salarios reales han crecido recientemente en forma importante, contrarrestando el aumento en los gastos reales y produciendo un patrón estable de costos; hasta tanto esta situación no se in-

en proyecciones de mediano y largo plazo, se presenta en el acápite E de esta sección.

Al margen de la buena posición financiera de corto plazo del programa IVS, un aspecto que llama la atención es el tamaño relativo de los gastos de administración. Según se muestra en el cuadro 27, el gasto administrativo consume más del 20% del total de egresos corrientes, índice que de

acuerdo con los estándares internacionales es relativamente elevado. Existen tres posibilidades para explicar el alto gasto de administración: (1) el mismo incluye la atención de los pensionados de IVS, lo cual significa que una parte de lo registrado como gasto de administración realmente corresponde a gastos por beneficios, debiendo realizarse una modificación de los registros financieros, para mostrar por separado dicho rubro; (2) que efectivamente existen problemas de eficiencia administrativa; y (3) que esta sea una consecuencia atribuible a la metodología de imputación de los gastos administrativos totales del IGSS al programa IVS. Para asegurarse que esto último no esté ocurriendo, se requerirá un cuidadoso estudio en una fase posterior (no en el presente diagnóstico), orientado a proponer las medidas correctivas para garantizar la máxima transparencia en

la gestión de los programas del IGSS.

El cuadro 28 muestra las reservas nominales y reales (deflacionadas) del IGSS, desglosadas por los programas IVS y EMA, así como el total. Como es de esperar, la reserva de IVS es mucho mayor que la de EMA: en 1995 las proporciones correspondientes del total eran 72.3% y 27.7%, parecida a la distribución de la inversión.

La reserva total nominal aumentó casi 14 veces en 1980-1995 (como ocurrió con la inversión nominal), pero al deflacionarse, la reserva real sólo aumentó 66% en el período. Las causas de esta diferencia ya se examinaron en la sección de inversiones, resumiendo: las altas tasas de inflación, el rendimiento real negativo de la inversión, la deuda del Estado y el sector privado (de no existir el cual la reserva sería el doble), etc.

CUADRO 28  
RESERVAS NOMINALES Y REALES DEL IGSS POR PROGRAMA

AÑOS	Valor Nominal de la Reserva (millones de Q Corrientes)			Indice de Inflación (1980=100)	Valor Real de la Reserva (millones de Q de 1980)		
	IVS	EMA	Total		IVS	EMA	Total
1980	119.01	24.20	143.21	100.0	119.0	24.2	143.2
1981	154.27	6.76	161.03	108.7	141.9	6.2	148.1
1982	185.34	0.59	185.93	111.6	166.1	0.5	166.6
1983	204.07	8.15	212.22	123.4	165.4	6.6	172.0
1984	228.17	17.13	245.30	129.6	176.1	13.2	189.3
1985	259.96	25.07	285.03	170.4	152.6	14.7	167.3
1986	296.31	39.67	335.98	214.0	138.5	18.5	157.0
1987	346.35	58.22	404.57	235.6	147.0	24.7	171.7
1988	404.72	89.15	493.87	261.5	154.8	34.1	188.9
1989	465.13	92.71	557.84	308.4	150.8	30.1	180.9
1990	534.93	68.50	603.43	495.4	108.0	13.8	121.8
1991	641.14	91.63	732.77	540.8	118.6	16.9	135.5
1992	772.89	167.34	940.23	615.1	125.7	27.2	152.9
1993	907.35	209.92	1,117.27	686.7	132.1	30.6	162.7
1994	1,155.78	291.24	1,447.02	766.3	150.8	38.0	188.8
1995	a) 1,429.12	547.58	1,976.70	832.3	171.7	65.8	237.5

a) Reserva IVS a agosto 1996: Q 1,730 millones (IGSS 1996c)

Fuente: Elaboración de los autores basado en IGSS 1981a-1996a

#### **D. Situación y Perspectiva Financiera-Actuarial (Según Diagnósticos Previos del IGSS)**

Desde hace aproximadamente once años la valuación actuarial de los programas que administra el IGSS se efectúa cada año, con el fin de conocer la situación financiera a la fecha de la valuación y una proyección para conocer la consistencia de la tasa de cotización.

La última valuación actuarial y las anteriores del programa EMA, toman en cuenta los cambios que se originan a la fecha de la valuación. Tomando en consideración dichos cambios, se presenta un solo modelo de comportamiento futuro de las variables que influyen en el gasto y el ingreso. La última proyección de ingresos y gastos del programa EMA arroja una tasa de cotización constante en los próximos diez años (1996-2005), o sea, que no será necesario aumentar la referida contribución en dicho período.

El programa IVS, inició operaciones en marzo de 1977, hace 20 años, con una tasa de cotización del 4.5% de los salarios, distribuida en 3% por el patrono y 1.5% por el trabajador. Adicionalmente, el Estado está obligado a aportar el 25% del costo de las prestaciones pagadas por IVS, pero dicha contribución no se ha recibido desde que se inició el programa. El período de equilibrio (escalón), se previó originalmente para 17 años pero se ha prolongado debido a muchas causas, entre ellas podemos mencionar: tasa de crecimiento de los salarios más altas que las proyectadas, pensiones mínima y promedio bajas, reducciones en las tasas de los que se pensionan en invalidez y vejez, y prestaciones austeras; por lo contrario, el nivel del gasto administrativo ha sido alto, como se ha apuntado.

En 1995 se realizó en el IGSS una auditoría actuarial por el Dr. Francisco Bayó, experto de la Administración de Seguridad Social de los Estados Unidos que, con el apoyo de la OIT, validó los resultados de la evaluación actuarial de los programas EMA e IVS que realizaron los miembros del Departamento Actuarial y Estadístico del IGSS para el año 1994.

Una evaluación actuarial del programa IVS para 1995 realizada por el Departamento Actuarial del IGSS en 1996 (IGSS 1996c) muestra que la prima vigente (4.5%) será suficiente para garantizar el equilibrio financiero durante los próximos 6 años (1996-2001). Esta situación será cierta sólo si se mantienen las condiciones de acceso a pensiones actuales y se mantienen las hipótesis de rendimiento de inversiones, crecimiento de salarios y revalorización de pensiones en curso de pago, utilizadas en la proyección. Cualquier cambio en las dichas variables traerá como consecuencia una modificación en el período de equilibrio mencionado de seis años, acortándolo o ensanchándolo según se cumplan o no las hipótesis utilizadas.

Proyecciones actuariales más recientes del IVS, fueron preparadas por el IGSS también en 1996 (IGSS 1996d), utilizando nuevos supuestos sobre: la tasa de interés técnico (3%) y el crecimiento de los salarios y las pensiones (0%). Es decir, se supone una tasa de rendimiento *real* de la reserva del 3%, mientras que los salarios reales no crecen y las pensiones se ajustan igual que la inflación. En nuestra opinión, el supuesto de crecimiento nulo del salario real es pesimista, según la experiencia histórica reciente del IGSS, y elevaría los costos de la proyección por encima de la tendencia observada en los últimos años. En el cuadro 29 se resumen los resultados principales de dicha proyección.

CUADRO 29  
 PROYECCIONES ACTUARIALES DEL PROGRAMA IVS ELABORADAS EN 1996  
 POR EL IGSS: 1996-2040  
 (en millones de Q de 1995)

Año	Salarios	Gastos	Costo Anual <sup>a)</sup>	Prima de Equilibrio <sup>b)</sup>
1996	7650	286	3.7%	3.0%
2000	9686	455	4.7%	4.1%
<b>2003</b>	<b>11388</b>	<b>596</b>	<b>5.2%</b>	<b>4.5%</b>
2010	15872	1026	6.5%	--
2020	23296	2055	8.8%	--
2030	32228	3711	11.5%	--
2040	43274	6184	14.3%	--

a) Se define como los gastos anuales en porciento de los salarios, es decir, constituye una medida relativa del gastos.

b) Se refiere a la prima (cuota sobre el salario) necesaria para garantizar el equilibrio financiero hasta el año respectivo. La diferencia con respecto al "Costo Anual" se cubre con intereses sobre la reserva, según el sistema de prima escalonada.

FUENTE: IGSS 1996d.

De acuerdo con las últimas proyecciones actuariales del IGSS (1996), los costos de IVS, definidos como el gasto en porciento de los salarios, pasarán a 5.2% en el 2003, aumentarían al 6.5% en el año 2010, a 8.8% en el 2020, y así sucesivamente, hasta alcanzar un nivel superior al 14% en el año 2040. Estos resultados aparecen en la penúltima columna del cuadro 29, y resultan de dividir la columna de "gastos anuales" por la de "salarios"; por su definición, este indicador de costo no debe confundirse con la prima de equilibrio.

En la última columna del cuadro 29 aparecen las proyecciones de prima de equilibrio, es decir, la tasa de cotización sobre el salario que garantizaría el equilibrio financiero del programa hasta el año respectivo. Para un periodo determinado, el equilibrio está definido por la igualdad de los ingresos totales con los gastos totales; los ingresos se componen de cuotas sobre los salarios más

los intereses de la reserva, los que conjuntamente deben ser suficientes para cubrir los gastos totales (costo) durante todo el periodo de equilibrio. La prima actual del 4.5% para IVS garantiza un periodo de equilibrio por 8 años más, a partir de 1995, es decir, hasta el año 2003. En este año, la diferencia entre el costo anual y la prima de equilibrio ( $5.2 - 4.5 = 0.7$ ) se cubre con intereses de la reserva, pero ya para el año 2009 sería necesario subir la prima para mantener el equilibrio (pasando a otro escalón de prima).

### E. Revisión Actuarial 1997 por el Equipo de la Fundación Friedrich Ebert

Como parte de la propuesta de la Fundación Friedrich Ebert se aporta una revisión actuarial del programa IVS del IGSS, con base en la evaluación realizada por el Departamento Actuarial del IGSS en 1996 con información hasta el año 1995, y revisiones y ajustes importantes hechas por el equipo de la Fundación Friedrich Ebert.

#### 1. Resumen de las Bases Técnicas

La revisión actuarial partió de las bases técnicas utilizadas por el Departamento Actuarial del IGSS en 1996, en cuanto a información financiera y demográfica inicial, tablas biométricas y parámetros programáticos. Las hipótesis económicas fueron revisadas, introduciendo algunos ajustes que técnicamente se consideraron pertinentes. Se utilizó información adicional de los Anuarios Estadísticos y datos suministrados directamente por el IGSS. En la sección XV (Anexo) aparece el contenido de las tablas para las que se introdujeron modificaciones. El detalle de las bases técnicas utilizadas (datos iniciales) aparece en los documentos del IGSS 1996c y 1996d. Las bases estadísticas del modelo de proyecciones utilizado, comprenden información sobre los tres aspectos siguientes:

**a. Poblaciones y gastos iniciales:**

- Población inicial de activos cotizantes, por sexo y edad
- Volumen inicial de nuevas generaciones de activos, por sexo y edad
- Poblaciones iniciales de pensionados por vejez, invalidez y viudez, por sexo y edad.
- Población inicial de huérfanos, por edad
- Gastos iniciales en pensiones, por riesgo (invalidez, vejez, sobrevivencia), sexo y edad

**b. Parámetros biométricos:**

- Tasas de mortalidad de activos, jubilados, inválidos y viudas, por sexo y edad
- Tasas de mortalidad de huérfanos, por edad
- Tasas de entrada a la invalidez, por sexo y edad
- Tasas de entrada a la jubilación
- Tasa de segundas nupcias aplicable a viudas
- Proporción de casados(as), por edad
- Matriz de edades correlativas y de proporción de viudas por activo, por edad
- Tasas de nupcialidad de huérfanos, por edad
- Tasas de abandono de estudios de huérfanos, por edad
- Promedio de hijos por asegurado, por sexo y edad (activos)
- Tasas de crecimiento anual de nuevas generaciones, por sexo y edad

**c. Parámetros financieros, económicos y reglamentarios:**

- Tasa de crecimiento anual de los salarios, general
- Tasa de revalorización anual de pensiones, general
- Cuantías básicas de pensión por vejez, invalidez, viudez y orfandad

- Requisito de número de cotizaciones
- Antigüedad por edad (años cotizados)
- Factor anual de mejora por antigüedad

**2. Calibración e Hipótesis de Proyección**

El modelo de proyecciones fue calibrado para reproducir las cifras demográficas y financieras del año de arranque de la proyección (1995); se consideraron, además, las cifras recientes de operación del programa. Por otra parte, se consideran las siguientes hipótesis de proyección y ajustes a las bases estadísticas:

- Las bases biométricas de mortalidad, para las distintas subpoblaciones, se mantienen constantes para todo el período de proyección, y corresponden a las utilizadas en las proyecciones del IGSS.
- La mortalidad de jubilados y viudas se supone igual que la de los activos cotizantes.
- Las tasas de entrada a la invalidez jubilación, así como los parámetros de nupcialidad y orfandad, fueron ajustados para calibrar las cifras demográficas en el año inicial de la proyección. Es decir, las tablas utilizadas en las proyecciones del Departamento del IGSS fueron modificadas, aunque en forma leve.
- Las distribuciones iniciales de gasto en pensiones y salarios, por sexo y edad, fueron ajustadas, para reproducir la información del estado de ingresos y gastos del año inicial de proyección. Sin embargo, se conservaron las estructuras relativas iniciales utilizadas en las proyecciones del Departamento Actuarial del IGSS.
- El tamaño de las nuevas generaciones iniciales, por sexo, se estableció según la experiencia 1994-1995; no se cuenta con in-

formación sobre su estructura relativa por edad, por lo que se utilizó la distribución relativa observada recientemente en el Seguro IVM de Costa Rica.<sup>1</sup>

- Las hipótesis de cobertura estuvieron sustentadas en proyecciones de población nacional realizadas por Naciones Unidas, hipótesis media, y considerando una tasa de participación en la actividad económica constante, igual a la observada en 1995 (29.9%). Las hipótesis incluyen un índice de afiliación de la fuerza de trabajo de 23% para el año inicial de la proyección y de 32% a 35% hacia el año 2025. En nuestra opinión, estas hipótesis se consideran pesimistas, pero fueron establecidas por dos razones: (a) generan un volumen de población afiliada similar al de las proyecciones elaboradas por el Departamento Actuarial del IGSS, lo que permite la comparabilidad de los resultados con esas proyecciones, y (b) las proyecciones obtenidas reflejan una posición futura que indica un techo suficientemente elevado para los costos, que en el peor de los casos se asimilaría a la situación esperada en el muy largo plazo.
- Se elaboró una tabla de antigüedad (años cotizados) según edad, dado que el IGSS no dispone de dicha información (ni aparece en los estudios actuariales publicados por esa entidad). A partir del año 2020 se supone una edad de ingreso medio al régimen de 22 años y una densidad de cotización del 70%. Para el año inicial de la proyección, en el grupo de edades de 20 a 39 años, se supuso una edad de ingreso de 22 años y una densidad del 70%; para el grupo mayor de 39 años se establecieron los siguientes puntos de referencia: a la edad de 40 años, edad de ingreso 22 años, y 12.6 años de cotización; a la edad de 60 años, edad media de ingreso de 35 años, y 17.5 años de cotización; a la edad de 65 años, edad media de ingreso de 39 años y 18.2 años de cotización. Posteriormente, se utilizaron procedimientos de interpolación, para completar las tasas, por edades y entre años de proyección.
- En todos los casos, se tomó en cuenta el año en que inició sus operaciones el Programa y la experiencia de otros programas de pensiones de la región centroamericana.
- Se supone un crecimiento del salario real del 1% anual, para todo el período de la proyección.
- Se supone un rendimiento de la reserva del 3% anual.
- Se supone que los montos de las pensiones en curso de pago se incrementan en igual forma que la inflación.
- Se supone una tasa de inflación nula, por lo que todos los resultados financieros están en valores reales, en Quetzales de 1995.
- Las cuantías nominales de pensión fueron ajustadas, para corregirlas por inflación, con base en una tasa de crecimiento de los precios igual al 10.8%, según la experiencia de los últimos cinco años. Como resultado, los montos base de pensión quedaron en los siguientes valores: 43% para vejez e invalidez, 50% para viudez (sobre la pensión vigente o correspondiente) y 25% para orfandad. La mejora adicional por cada año de cotización también se ajustó, a un valor de 0.86 por año, en vez del valor nominal de 1%.

<sup>1</sup> Los sistemas estadísticos del IGSS no permiten obtener esta información; además, los documentos que contienen proyecciones efectuadas por el IGSS, no suministran esta información. Por otra parte, el uso de una distribución de un programa similar se considera razonable, porque los resultados demográficos de las proyecciones están más en función de las hipótesis crecimiento de las nuevas generaciones que de su estructura. Pruebas utilizando una distribución uniforme no dieron resultados significativamente diferentes.

### 3. Resultados

Los resultados de las proyecciones deben interpretarse como indicativos de la situación esperada si se cumplen las hipótesis establecidas, más que como pronósticos de flujos financieros. Se presentan los resultados de las proyecciones hasta el año 2025, aunque la simulación incluyó un período que abarca hasta el año 2050. Se aporta información más allá del año 2025, para ilustrar posibles tendencias de muy largo plazo.

Como se muestra en el cuadro 30, la relación activos/pensionados bajaría a lo largo de la proyección, pasando de 8.5 en 1995 a 5.1 en el año 2025. Las proyecciones más allá de ese año indican una reducción paulatina de dicha relación, hasta alcanzar un valor de 2.6 en el año 2050.

Las cifras proyectadas de gastos y costos sobre la planilla se presentan en el

(4.5%), aproximadamente hasta el año 2013, de manera que sumando los ingresos por intereses de la reserva en equilibrio se prolonga más allá de ese año. Hacia el año 2025, el costo habría crecido hasta el 6.3%, representando un incremento en relación con el nivel actual del 70%.

En el largo plazo, nuestras proyecciones se asemejan a las elaboradas por el Departamento Actuarial del IGSS, aunque no en el corto y mediano plazo. Las proyecciones del IGSS arrojan un costo sobre la planilla más elevado que el de nuestras proyecciones; por ejemplo, para el año 2010 el costo proyectado por el IGSS es de 6.5%, mientras que en nuestras proyecciones el costo es de 4.2% para ese mismo año. Existen, por lo tanto, entre ambas proyecciones existen diferencias de magnitud importantes, especialmente en el corto y mediano plazo, aunque muy similares en tendencia a largo plazo; dichas diferencias se explican básicamente porque en las pro-

CUADRO 30

#### RESUMEN DE PROYECCIONES DEMOGRÁFICAS

Variable	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Activos Cotizantes	742,448	939,522	1,176,921	1,419,661	1,655,698	1,880,964	2,089,705
Pensionados:	87,750	120,692	153,021	190,968	247,410	320,601	408,721
Inválidos	9,711	12,666	16,818	22,448	29,555	38,273	48,968
Jubilados	33,930	39,307	43,870	53,648	71,394	95,645	124,852
Viudas	20,933	30,450	40,606	52,621	67,212	85,766	109,268
Huérfanos	23,176	38,270	51,727	62,252	79,249	100,917	125,633
Activos/Pensionados	8,5	7,8	7,7	7,4	6,7	5,9	5,1

cuadro 31. Como resultado importante, de cumplirse las hipótesis establecidas, el costo proyectado sobre la planilla se mantendrá en un nivel inferior al nivel de la prima actual

yecciones nuestras se han modificado las hipótesis de proyección que utilizó el IGSS. Como se describió en el acápite C de esta sección, la experiencia de los últimos cinco años

indica que en la práctica el costo de IVS se ha mantenido estable, incluso con tendencia a la baja, por lo que se considera poco plausible que pudiera aumentar en un punto porcentual durante los próximos cinco años, tal y como resulta en las proyecciones del IGSS elaboradas en 1996 (cuadro 29).

aproximadamente; en ese año, el “superávit” de operación es de Q15 millones, pero ya en el 2018 aparecería un “déficit” de Q19 millones (véanse las cifras en negrilla en el cuadro 32). Por lo tanto, a partir del 2018 sería preciso elevar las primas para pasar a otro escalón de equilibrio y evitar que se consuma el principal

CUADRO 31

PROYECCIÓN DE GASTOS Y COSTOS SOBRE LA PLANILLA: 1996-2025  
(en millones de Q de 1995)

Año	Masa salarial	Gastos en pensiones					Otros gastos	Gasto total	Costos (%)
		Jubil.	Inv.	Viud. y Huérf.	Padres	Total			
1996	8,008	146	29	60	10	246	55	300	3.7
2000	10,243	185	48	100	15	347	55	402	3.9
2005	13,667	233	79	157	21	491	55	545	4.0
2010	17,581	315	121	223	29	688	55	743	4.2
2015	21,751	449	176	303	41	968	55	1,023	4.7
2020	26,131	636	244	401	57	1,339	55	1,393	5.3
2025	30,587	918	342	540	79	1,880	55	1,935	6.3

FUENTE: Proyecciones del equipo de la Fundación Friedrich Ebert.

CUADRO 32

PROYECCIONES FINANCIERAS CON UNA PRIMA DEL 4.5%: 1995-2025  
(millones de Q de 1995)

Año	Gastos totales	Ingresos			Superávit (Déficit)	Reserva final	Reserva/costos (%)
		Cuotas	Intereses	Total			
1995	276	341	208	549	273	1,426	5.2
1996	300	360	44	404	104	1,530	5.1
1997	326	382	47	429	103	1,633	5.0
1998	351	407	50	457	106	1,738	4.9
1999	376	434	53	487	110	1,849	4.9
2000	402	461	56	517	115	1,964	4.9
2005	545	615	76	691	145	2,631	4.8
2010	743	791	98	889	146	3,386	4.6
2015	1,023	979	115	1,094	71	3,930	3.8
<b>2017</b>	<b>1,160</b>	<b>1,057</b>	<b>118</b>	<b>1,175</b>	<b>15</b>	<b>3,991</b>	<b>3.4</b>
2020	1,393	1,176	114	1,290	<b>-103</b>	3,809	2.7
2025	1,935	1,376	73	1,449	<b>-485</b>	2,217	1.1

FUENTE: Proyecciones del equipo de la Fundación Friedrich Ebert.

El programa IVS tiene actualmente una posición financiera relativamente holgada. De acuerdo con las proyecciones que aparecen en el cuadro 32, con la prima actual del 4.5% el Programa sería capaz de mantener equilibrado el Programa hasta el año 2017

de la reserva.

Las proyecciones indican que el nivel de reservas sería creciente durante un periodo suficientemente largo (hasta el año 2017), pero la relación reservas/gastos se deterio-

raría paulatinamente, situación a la que es conveniente prestar la debida atención, con el fin de mantener la reserva en un nivel que permita financiar la mayor proporción posible del gasto.

Por la naturaleza del sistema financiero de prima escalonada, éste conlleva a trabajar con una reserva relativamente baja, cuyos rendimientos no juegan un papel muy importante en el financiamiento de prestaciones corrientes. Por lo tanto, en el largo plazo la mayor parte de los costos proyectados deberá ser cubierta mediante contribuciones sobre la planilla, y sólo una pequeña parte a través de intereses de la reserva; es decir, los costos proyectados a largo plazo dan una idea bastante aproximada del nivel de cotización sobre el salario (prima) que habría que establecer para financiar el Programa IVS.

En una perspectiva de planificación a más largo plazo el tema central es el de la sostenibilidad económica, en términos de niveles de costos que estén al alcance del país, más que el equilibrio financiero. Las proyec-

ciones realizadas permiten observar tendencias de costos hasta el 2050, año en el cual el costo proyectado llega al 14.5% de la planilla.

Estos resultados de largo plazo cobran mayor interés ante la posibilidad de establecer un segundo pilar de pensiones, con financiamiento adicional al del programa IVS, pues dentro de un horizonte de planificación de largo plazo, habría que decidir sobre el nivel máximo de recursos que la comunidad Guatemalteca estaría dispuesta a destinar a los programas de protección económica.

Es muy importante tener claro que, en virtud del problema del envejecimiento demográfico, la problemática de largo plazo presenta un reto importante, cualquiera que sea el esquema de financiamiento que se adopte, incluyendo la alternativa de la capitalización plena e individual. Lo evidente es que cuanto mayor sea el nivel de capitalización que se logre, ya sea colectiva o individual, mayor será la proporción del gasto que se podrá financiar por esta vía, y menor será la prima requerida en el largo plazo.

## X. CONCLUSIONES DEL DIAGNOSTICO

En esta sección se resumen las características esenciales, problemas y recomendaciones principales del diagnóstico.

### A. Estructura Organizativa Actual

La estructura organizativa de la seguridad social en Guatemala está afectada por cierto grado de multiplicidad de entes gestores aunque en menor nivel que en algunos otros países de la región. Las dos principales instituciones son: (1) el IGSS que administra tres programas: EM, A (estos dos combinados en la mitad de los departamentos como EMA) e IVS; y (2) el MSPAS que está a cargo del sistema público de salud. Existen, sin embargo, grupos de la población que están excluidos de ambos sistemas: los funcionarios y empleados públicos (en IVS), las fuerzas armadas (en todos los programas) y otros grupos más pequeños (principalmente en IVS). Otras instituciones públicas tienen a su cargo: el agua potable y el alcantarillado, la protección del ambiente, y la asistencia social. El sector privado es pequeño pero en proceso de expansión, tanto el lucrativo como el no lucrativo (ONGs, fundaciones privadas). La reforma de la seguridad social debería de unificar la administración y uniformar las prestaciones y condiciones de acceso de los grupos independientes del IGSS (eliminando sus privilegios), así como hacer efectiva la integración de los servicios de salud, eliminando la duplicación de servicios entre el IGSS y el MSPAS, a fin de extender la cobertura y mejorar el uso de la capacidad instalada.

### B. Cobertura Poblacional

La cobertura legal del IGSS se limita básicamente al sector asalariado permanente formal, por lo que excluye a la gran mayoría de la PEA; además otorga protección sólo a

los hijos menores de cinco años con lo que también excluye al grueso de la población dependiente del asegurado. Los programas IVS y A se extienden a todos los departamentos del país, pero el programa EM sólo se aplica a 10 de los 22 departamentos. La cobertura de la población total del IGSS era de 16.3% en 1995 y la de la PEA era de 27% (ambas ordenándose en 14to. lugar en la región). Otras instituciones de seguridad social independientes del IGSS podrían añadir un punto porcentual a la cobertura nacional. En el sector de salud se ha estimado que, combinando al IGSS, el MSPAS y el sector privado lucrativo, la cobertura total de la población es de aproximadamente el 58%. Ambos cálculos globales de cobertura están sobrestimados debido a la falta de actualización del registro de afiliados del IGSS, así como a los traslapes entre el IGSS, el MSPAS y el sector privado de salud. En 1995, la cobertura de la población total y de la PEA por el IGSS era inferior a los máximos históricos registrados en el decenio de los 80 y se encontraba estancada en la primera mitad del decenio actual. A más de haber una cobertura baja y estancada, la misma es muy desigual e inequitativa: el rango de cobertura entre los departamentos va de 4% a 78% (asociado positivamente con el nivel de urbanización, trabajo asalariado y desarrollo de los mismos); el rango entre las ramas económicas de la PEA fluctúa entre 12% (agricultura) y 100% (sector público, electricidad, gas y agua), relacionado con el grado de formalidad de la fuerza laboral; el rango por tipo de ocupación oscila entre 60% (en el sector asalariado permanente formal) y cero en el sector informal (cuenta propia, familiares no remunerados, etc.); y la proporción de hombres asegurados es 2.5 veces mayor que la de las mujeres. En cuanto a la distribución etárea, un aspecto positivo (en

financiamiento y costos de atención de salud) es la juventud de los asegurados del IGSS, pero a medida que la población envejezca se irán desvaneciendo estas ventajas actuales; un aspecto negativo es la considerable exclusión de menores entre 5 y 18 años. El principal problema que confronta la seguridad social guatemalteca es que alrededor de la mitad de su población carece de atención de salud y dos terceras partes de su fuerza laboral no está cubierta en IVS. Por lo tanto, cualquiera que sea el tipo de reforma que se adopte en el futuro, la misma debe dar prioridad a la extensión de la cobertura. El análisis del modelo de atención de Escuintla (basado en tres evaluaciones) demuestra que el mismo ha tenido un impacto muy positivo en la mejora de la situación de salud, que es viable financieramente y que es reproducible siempre que se implementen las correcciones recomendadas en las evaluaciones.

### C. Prestaciones

Las prestaciones y condiciones de acceso en IVS son algo más flexibles que el promedio de la región, y la edad de retiro por vejez se redujo en 1988 de 65 a 60 años. En 1996, el promedio de vida de un jubilado eran 78 años. El programa de accidentes confronta problemas como el muy fácil acceso y la simulación. Las condiciones de acceso en EM y subsidios son promedio en la región pero hay algunas excepcionales, como el tratamiento en el extranjero, que no sólo son costosas sino, además, inequitativas en su concesión. Dentro del programa IVS del IGSS, las condiciones de acceso son uniformes para todos los asegurados, excepto para los empleados de la institución que tienen un plan especial. Los sistemas independientes de pensiones como los funcionarios públicos (CPE), las fuerzas armadas y otros pequeños grupos, tienen prestaciones y condiciones de acceso mucho más generosas que las del IGSS. En el programa EM hay 12 de 22 departamentos

no cubiertos y estos últimos tienen los servicios peores; las diferencias extremas entre departamentos son: de 85.9 a 5.9 en médicos y de 6.7 a 0.6 en camas hospitalarias. Los recursos del IGSS por población afiliada son muy superiores a los niveles nacionales en cuanto a médicos y camas hospitalarias, lo cual indica la insuficiencia de los recursos del MSPAS. El porcentaje del gasto en prestaciones asignado a EM disminuyó de 94% a 70% en 1980-95 (la parte correspondiente a atención médica cayó de 68% a 55%), mientras que el gasto en IVS creció de 5% a 30%; a medida que madure el programa de IVS, aumentará su proporción en el gasto. La pensión real promedio cayó un 40% en 1980-1991 debido a la altísima inflación y, a pesar de su posterior recuperación, en 1995 estaba 22% por debajo de su nivel de 1980. Una ventaja del IGSS con respecto a muchos países latinoamericanos, es la separación de los fondos por programas y el hecho que no ha habido transferencias de IVS a EM. Los indicadores de recursos de salud en Guatemala están entre los más bajos de la región: en el 16to lugar entre 20 países en cuanto a camas hospitalarias, y el 17to. lugar en cuanto a médicos. En el gasto público de salud en relación al PIB, Guatemala se coloca en el 16to lugar. La distribución de dicho gasto, favorece al IGSS sobre el MSPAS y abrumadoramente a la medicina curativa sobre la preventiva, y no da prioridad a las principales causas de muerte y morbilidad. El 45% de éstas son por "enfermedades del subdesarrollo" y otro 42% es por causas no especificadas, dejando sólo 13% por "enfermedades del desarrollo." Los indicadores sanitarios nacionales mejoraron notablemente en 1970-95 pero, aún así, en 1995 Guatemala se ordenaba en 18vo lugar en la región en esperanza de vida, y en 14to. en mortalidad infantil. Hubo una reducción notable en 9 de las 10 causas principales de morbilidad a nivel nacional en 1989-93, pero las enfermedades respiratorias y diarreicas agudas continúan siendo las dos primeras y

tienen tasas altas a nivel regional. Pero dichas tasas son muchísimo más bajas entre los cubiertos por el IGSS, reflejando los mejores niveles de vida de estos. Una reforma de la seguridad social guatemalteca debería uniformar las condiciones legales de acceso en cuanto a pensiones (reevaluar la edad de retiro y otras condiciones por vejez), endurecer un tanto las condiciones de acceso en EMA, eliminar las simulaciones en accidentes, y reasignar los recursos de salud dando prioridad al MSPAS, a las “enfermedades del subdesarrollo”, a la atención primaria, y a la mayoría de la población (que es pobre y sufre una alta incidencia de enfermedad). Esto tendría un impacto notable en la reducción de la mortalidad infantil, el aumento de la esperanza de vida, y la erradicación/reducción de las “enfermedades del subdesarrollo”.

#### **D. Financiamiento**

Legalmente, el IGSS debe financiarse con contribuciones de empleadores (incluyendo el Estado-patrono), trabajadores asegurados y el Estado como tercera parte, así como el producto de la inversión de las reservas. Las contribuciones no se han cambiado desde que se establecieron los programas del IGSS. Pero el Estado nunca ha pagado su aporte como tercera parte, ni tampoco su contribución como empleador durante todo el tiempo. La contribución total legal del 17.5% coloca a Guatemala en el 14to. lugar de la región, en una posición igual a la de su cobertura poblacional total. Sin embargo, si se ajusta dicha contribución (para eliminar el 3% que no paga el Estado) se reduciría a 14.5% y sería una de las tres más bajas de la región (o la más baja, si se hace comparable con los programas que se financian con la misma contribución en otros países). La deuda nominal del Estado y de los empleadores privados aumentó casi diez veces en 1980-1995, y en el último año equivalió a 179% del ingreso del IGSS y a 123% de su reserva (si

no hubiese habido deuda, la reserva del IGSS sería hoy más del doble). El Estado es responsable del 76% de dicha deuda y el sector privado del restante 24%. Pero la deuda nominal total es superior debido a que no incluye: los recargos e intereses, la evasión patronal privada, la subdeclaración de empleados y salarios, y la exoneración de pagos a bonos por aumentos de salarios y a la contribución patronal de las universidades. Cuando se deflaciona la deuda ésta se reduce en 1995 a un 12% de la deuda nominal, por causa de la alta inflación en los 80 y principios de los 90; además, los recargos del IGSS son inferiores a los intereses del mercado; por todo ello, los deudores tienen un estímulo para demorar sus pagos pues lo hacen (si alguna vez pagan) con moneda devaluada y una ganancia. La deuda es el problema financiero más serio del IGSS y el Estado ha sido el principal responsable. La inversión nominal de las reservas del IGSS aumentó casi 14 veces en 1980-1995 y, proporcionalmente, fue la única fuente creciente del ingreso del IGSS. En 1995 la inversión equivalió a 146% de los ingresos del IGSS y al 2.3% del PIB. Pero el rendimiento real anual de la inversión fue negativo en el período, promediando -3.8%. Una de las causas de esto fue la alta inflación, pero otra razón fue que, en 1986-1991, el Estado forzó al IGSS a que todas sus inversiones se depositaran en el Banco de Guatemala, (y se colocaran en bonos de la Tesorería) el cual no indexó el principal y pagó intereses por debajo de los del mercado. Así pues el Estado no cumplió con su aporte como empleador y como tercera parte al IGSS y usó las reservas de éste para obtener crédito barato, contribuyendo doblemente (a más de la inflación) a la reducción de la reserva real del IGSS. En 1992-1995, el Banco de Guatemala pagó intereses superiores a los del mercado por la inversión del IGSS, lo cual (unido a la reducción de la inflación) generó una tasa real positiva en los dos últimos años. Pero 94% del total de la inversión sigue concentra-

da en el Banco de Guatemala y ni éste ni la banca privada pueden absorber la creciente inversión del IGSS. La Bolsa de Valores ni está regulada ni fiscalizada por el Estado por lo que es una fuente riesgosa de inversión. Así que el IGSS confronta una falta de instrumentos rentables para su inversión. El presupuesto nominal per capita del MSPAS aumentó más de cuatro veces en 1980-1994 pero cayó a la mitad en términos reales, de forma que el MSPAS ni ha podido mantener la calidad de la atención ni extender su cobertura poblacional efectiva. El gasto del IGSS en EMA por asegurado era cuatro veces mayor que el del MSPAS por población cubierta; peor aún, este último tiene a su cargo la medicina preventiva y la población más pobre que sufre una incidencia de enfermedad mayor que la cubierta por el IGSS. Una reforma de la seguridad social debería obligar al Estado a cumplir con sus obligaciones financieras y llegar a convenios de pago factibles por la deuda con el IGSS. La inversión rentable del IGSS requiere la disponibilidad de instrumentos alternativos con rendimientos reales positivos, a ese efecto el Estado debe regular y supervisar el mercado de valores, crear una unidad monetaria constante ajustada a la inflación y flexibilizar la ley que regula las inversiones del IGSS. La privatización del IVS requeriría las mismas transformaciones para poder funcionar. La enorme brecha en el gasto per capita entre el IGSS y el MSPAS podría reducirse de tres formas pero siempre haciendo efectiva la contribución estatal del 3%: (1) dedicar esta a EMA (como determina la ley), pero asignándola a la extensión de la cobertura del IGSS a la población pobre mediante un programa ad hoc que focalice sus necesidades más urgentes; (2) transfiriendo dicha cotización al MSPAS con el mismo propósito; o (3) integrando los programas de servicios médicos de ambas instituciones y asignándoles la referida contribución para extender la cobertura.

## **E. Administración**

El gasto administrativo del IGSS como porcentaje del gasto total aumentó de 20% a 23% en 1980-86 y disminuyó a 14% en 1995, aún alto a niveles internacionales y regionales. En 1989, Guatemala se colocó en el 8vo. lugar más alto entre 14 países latinoamericanos sobre los que había información, o sea, en un punto por debajo de la media. El grueso del gasto administrativo va a personal y su remuneración; en 1995 había 10.9 empleados por 1,000 asegurados activos (una relación muy alta) pero sólo 5.4 por 1,000 asegurados totales (una relación baja en la región). Los problemas administrativos del IGSS son: el nombramiento del Gerente y sub-gerentes directamente por el Presidente de la República, los conflictos entre la Gerencia y la Junta Directiva, la excesiva concentración de funciones en el Gerente, la alta centralización especialmente en la capital (donde se encuentra 76% del personal total), la contratación de un número considerable (aunque declinante) de empleados supernumerarios, la urgencia en mejorar el procesamiento de datos, la necesidad de establecer la cuenta individual y la demora en los trámites de pensiones. Una reforma de la seguridad social debería reducir el costo administrativo y el personal, distribuir éste de manera más adecuada, descentralizar las funciones, resolver los conflictos entre la Gerencia y la Junta Directiva dando más poder a ésta, y modernizar el procesamiento de datos. En el MSPAS se encontraron los siguientes problemas: asignación escasa de recursos especialmente comparado con el IGSS, inadecuada distribución de dichos recursos (necesidad de poner aún más énfasis a la prevención, la atención primaria, el primer nivel y las "enfermedades del subdesarrollo"), acceso efectivo de sólo 30% de la población total y pobre calidad de atención a éste, dualidad entre el MSPAS y el IGSS y ausencia de coordinación entre ambos, falta de liderazgo del MSPAS en el diseño

e implementación de políticas nacionales de salud, excesiva centralización de funciones, y deficiencias en el procesamiento de la información. A nivel global, el sector salud muestra una gran ineficiencia hospitalario con porcentajes de ocupación de 56% y 61% en el IGSS y el MSPAS respectivamente, y altos promedios de estancia en el IGSS.

#### **F. Equilibrio Financiero y Actuarial**

El costo de la seguridad social en Guatemala osciló entre 1.7% y 2.5% del PIB en 1980-1995 y era de 2% en 1995. Basado en este indicador, Guatemala se colocó en 1989 en el 14to. lugar entre 18 de países de la región, empatado con dos de ellos, o sea que su costo es uno de los más bajos. Si se proyectara el costo del IGSS para alcanzar la cobertura universal, tomaría 4.4% del PIB. El balance financiero o contable de los dos programas del IGSS en 1980-1995 muestra superávit anual de operación y, también genera un superávit global. Este resultado es aún más importante si se toma en cuenta que las cotizaciones de EMA e IVS no se han aumentado desde que se crearon ambos programas. El programa EMA utiliza el sistema de financiamiento de Reparto Simple Modificado por lo que tiene una reserva para contingencias y la misma se ha usado para la construcción de las instalaciones médicas de EMA. El programa IVS utiliza el sistema de Prima Media Escalonada que desarrolla una reserva mas importante por un periodo relativamente largo de tiempo. Desde hace 11 años se han efectuado valuaciones actuariales anuales de todos los programas del IGSS. La última valuación, realizada en 1995, dio los siguientes resultados: El programa EMA estará equilibrado hasta el año 2005 por lo que no se requerirá aumentar la cotización actual, a pesar de que el Estado no ha pagado su aporte del 3% y ha cargado al IGSS el costo de atención de los jubilados y pensionados de las CPE. Con la prima o cotización actual del

4.5% el programa IVS estaría equilibrado hasta el año 2017, o sea, que no se requerirá tampoco un aumento de la cotización actual, al menos hasta entonces, siempre que no haya una modificación de las variables empleadas en hacer la proyección; este equilibrio de 40 años (1977-2017) se lograría a pesar de que el Estado no ha cumplido con su obligación de financiar el 25% del costo de las prestaciones.

Debe destacarse que en 1996 el IGSS realizó una proyección actuarial del IVS que dio como resultado que, con la prima actual, el programa estaría equilibrado hasta el año 2003. Nuestra propia proyección (basada en ajustes y modificaciones de las bases técnicas e hipótesis empleadas por el IGSS) señala que el equilibrio de IVS se prolongaría, con la prima actual, hasta el año 2017. Tanto para IVS como para EMA, se puede afirmar que la situación financiera es sólida, por lo que el IGSS se encuentra en mucho mejor situación que la mayoría de los países de la región, especialmente tomando en cuenta que la cotización total efectiva del IGSS es una de las tres más bajas (sino la más baja) y que no se ha aumentado desde el establecimiento de los programas EMA e IVS. Tres signos negativos que deben tenerse en cuenta en el futuro son: el aumento relativamente modesto de la reserva real (aunque un 66% de incremento con la inflación sufrida y la intervención estatal es muy positivo), la caída de la relación activo/pasivo (aunque aun es alta a niveles regionales), y el rendimiento negativo de la inversión (aunque positivo en 1994-1995, pero enfrentando crecientes dificultades para colocarse de una manera rentable real). En resumen, el IGSS se encuentra por el momento en una situación sólida pero es probable que sus cotizaciones tengan que ser aumentadas a comienzos del nuevo siglo. Para reforzar la situación deben introducirse reformas que afiancen financiera y actuarialmente el sistema y, sobre todo, que permitan una extensión de la cobertura poblacional.

## G. Cuadro Resumen

El cuadro 33 sintetiza los indicadores más importantes de la seguridad social guatemalteca y ordena al país dentro del contexto latinoamericano. El diagnóstico realizado en esta primera parte y el cuadro

33 claramente demuestran la necesidad de reformar el sistema y existe un consenso nacional sobre este punto. El debate se centra en el tipo adecuado de reforma de la seguridad social en Guatemala. La segunda parte de este estudio se dedica a ese tema.

CUADRO 33  
RESUMEN DE CIFRAS ESTADÍSTICAS CLAVES SOBRE LA  
SEGURIDAD SOCIAL EN GUATEMALA

● Porcentaje de la población total con cobertura del IGSS (1995)	16.3
● Ibid, ordenamiento de Guatemala en América Latina (20 países, ordenados de mayor a menor cobertura, 1990 - 95)	14
● Porcentaje de la población total con cobertura de salud (IGSS, MSPAS y sector privado lucrativo 1995)	58.3
● Porcentaje de la PEA cubierta por IGSS (1995)	27
● Ibid, ordenamiento de Guatemala (19 países, de mayor a menor, (1994-95)	12
● Costo proyectado de la cobertura universal (80% de la población total) por el IGSS, en EMA, con base al modelo actual, como porcentaje del PIB (1995)	3.2
● Ibid, 80% de la PEA en IVS	0.8
● Relación de cobertura entre la mejor y la peor rama económica de la PEA cubierta (1995)	8.5:1
● Relación de cobertura entre el mejor y peor Depto. cubierto (1995)	20.5:1
● Cotización salarial total (%) en el IGSS: legal y efectiva	17.5 y 14.5
● Ibid, ordenamiento del IGSS en la región (20 países, de mayor a menor, 1990 - 95) legal y efectiva	14 y 18
● Aumentos de cotización requeridos en los programas de IVS y EMA para mantener el equilibrio (en puntos porcentuales, en 1996 - 2003 ó 2010 y 1996-2005)	0
● Deuda del Estado y sector privado al IGSS (millones Q. corrientes 1995)	2,426
● Porcentaje perdido en el valor real de dicha deuda (1980 - 95)	-88
● Reservas técnicas combinadas del IGSS (millones Q.,1995)	1,977
● Reservas como porcentaje del PIB (1995)	2.3
● Porcentaje de crecimiento en el valor real de dichas reservas 1980 - 95	65.8
● Rendimiento real anual promedio % de las inversiones del IGSS (1980 - 95)	-3.8
● Ibid (1994-1995)	4.8
● Caída porcentual en el valor real de la pensión promedio en el IGSS 1980 - 95	22
● Gastos del IGSS como porcentaje del PIB 1980 y 1995	1 y 1
● Ibid, ordenamiento de Guatemala en la región (18 países, de mayor a menor, 1989)	14
● Edad general de jubilación en IGSS mujer/hombre	60
● Esperanza de vida a la edad de retiro (60 años), 1996	78.9
● Esperanza de vida al nacer (años 1995)	64.8
● Ibid, ordenamiento de Guatemala en la región (20 países de mayor a menor 1995)	18
● Mortalidad infantil (por 1,000, 1995)	48.5
● Ibid, ordenamiento de Guatemala en la región (20 países, de menor a mayor 1993)	14
● Camas de hospital por 1,000 hab. y médicos por 10,000 hab. 1993 - 1995	1.1 y 4.4
● Ibid, ordenamiento de Guatemala en la región 20 países, de mayor a menor 1985	16 y 17
● Índices de ocupación hospitalaria (%) en IGSS y MSPAS (1995)	56.2 y 61.2
● Promedios de días de estancia en E y A en IGSS (1995)	7.3 y 9
● Gastos administrativos como porcentaje del gasto total en el IGSS (1995)	13.7
● Ibid ordenamiento de Guatemala IGSS en la región 17 países, de mayor a menor (1989)	8
● Relación de empleados por 1,000 asegurados en IGSS (1995)	10.9

# XI. MODELOS ALTERNATIVOS DE REFORMA EN AMERICA LATINA

En el decenio del 90 está ocurriendo un movimiento muy fuerte de reforma de la seguridad social en América Latina. La misma está mucho más avanzada en pensiones que en salud, aunque es aconsejable efectuar una reforma global que comprenda ambos programas. Hasta fines de marzo de 1997 nueve países habían introducido reformas o aprobado leyes de reforma pensional que entrarán en vigor este año. En cuanto a salud, cuatro países han introducido o están en proceso de implantación de reformas importantes. Hoy la pregunta no es si debe o no reformarse la seguridad social (y especialmente las pensiones) sino que tipo de reforma debe seleccionarse .

En esta sección se resumen las principales reformas de seguridad social (especialmente pensiones) que han ocurrido en América Latina, se evalúan sus ventajas y desventajas, y se analiza su aplicabilidad al caso de Guatemala.

## A. La Reforma de la Salud

La atención de salud en América Latina se ofrece por tres sectores. El sector público está administrado por el ministerio de salud que usualmente ampara a segmentos de la población con menores ingresos. El sector de seguro social (programa de enfermedad-maternidad) normalmente cubre a grupos de ingresos medios. Estos dos sec-

tores combinados cubren la gran mayoría de la población y continúan siendo predominantes en la región. El sector privado es el más pequeño y normalmente protege a grupos de ingreso medio-alto y alto, pero se encuentra en rápida expansión en muchos países. Este sector comprende: instituciones sin fines de lucro (ONGs, organizaciones religiosas y de caridad, comunidades, etc.); instituciones lucrativas (hospitales, clínicas y personal, seguros, planes pre-pago, etc); y practicantes tradicionales de la medicina que cobran sumas modestas por sus servicios.

Hasta el momento, la región no ofrece ejemplo alguno de privatización total o mayoritaria de los servicios de salud como veremos sucede con las pensiones (sección B). Tres tipos de reforma se han implantado o están en proceso: (1) continuación de los sectores de seguro social y público (con relativa integración o alta coordinación) pero con colaboración marginal con el sector privado; y (2) programas paralelos o selectivos duales (libertad de escoger servicios entre los sectores público y privado); y (3) programas selectivos múltiples (en que el asegurado puede escoger entre numerosos proveedores de naturaleza diferente (ver Mesa-Lago 1994a).

El cuadro 34 resume y compara tres de las reformas de salud más importantes.

CUADRO 34

CARACTERISTICAS DE LA REFORMA DE SALUD (MODELOS SELECTIVOS) EN TRES PAISES DE AMERICA LATINA: 1996

CARACTERISTICAS	CHILE	PERU	COLOMBIA
<b>A. FECHA</b>			
1. Legislación de reforma	Constitución 1980. Decretos-Ley de 1979, 1981, etc.	Decreto-Ley, nov. 1996	Constitución de 1991; Leyes 1991, 1993
2. Entra en vigor	Mayo 1981 (sistema privado)	Dec. 1, 1996	Dic 1994, pero pleno hasta 2000.
<b>B. TIPO DE REFORMA</b>			
	Selectivo dual: público (institucional y libre elección) y privado (ISAPREs)	Selectivo múltiple: público/Ministerio de Salud (MS), Seguro Social (IPSS) y Proveedores Varios (EPs)	Selectivo múltiple. Dos regímenes: contributivo (antiguo seguro social) y subsidiado (resto y pobres). Todos pueden escoger administradoras (EPS: seguro social, sector público empresas privadas y solidarias, cajas de compensación familiar, etc.) y proveedores de servicios (IPSS-privados y ESE-públicos).
1. Sistema público	No se cierra, se reforma; el asegurado (presente y futuro) escoge entre sistema público y privado	MS; IPSS no se cierra ni se reforma pero ofrece prevención y atención mínima.	
2. Sistema privado	ISAPREs: corporaciones privadas de giro exclusivo, con o sin fines de lucro. El asegurado puede cambiarse entre ellas o volver al sistema público.	EPS: entidades prestadoras de servicios (privadas, públicas o mixtas) ofrecen planes complementarios. Empleador puede ofrecer planes de salud a sus trabajadores.	
<b>C. COBERTURA</b>			
	Asalariados, jubilados y pensionados (obligatorio); cuenta propia (voluntario). Incluye a familiares dependientes	MS: no asegurados de bajo ingreso. IPSS: asegurados. Otros: escogen entre IPSS y EPs.	Toda la población (ley 1993). La meta es alcanzar cobertura universal en año 2000, pero no ha ocurrido extensión significativa. Los asegurados (ISS, sector público, FFAA) continúan en la práctica bajo ese sistema, y la población de bajo ingreso y pobre bajo la red pública (decentralizada). A largo plazo la reforma focaliza en los pobres y grupos vulnerables
% de población	<u>1993</u>	<u>1994</u>	
1. Sistema público	65% (+ 4% FFAA)	IPSS 21.8% MS 48.8% FFAA 2.0%	
2. Sistema privado	25%	Privado 2.4%	
3. No cubiertos	5% (seguros, mutuales, atención directa)	No cubiertos 25.0%	

CARACTERISTICAS	CHILE	PERU			COLOMBIA	
D. CONTRIBUCIONES (% del salario)		IPSS 1993-94	OSS No operó	Reforma 1995-1996	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
1. Asegurados, Asalariado cuenta propia	7%; (par ambos); se transfiere íntegro al público o al privado; subsidios de acuerdo con el ingreso, exime a indigentes; 3% a 4% por paquete adicional en ISAPRE	3% 9%	8% 9%	No 9%	4% más 1% (solidaridad exención a pobres)	“Cotización subsidiada”
2. Empleador	No	6%	1%	9%	8%	---
3. Estado	Cubre déficit del público	1% (no paga)	No	No	No presu- impuestos.	Asignación puesto,
4. Total	7% (sin aporte fiscal)	9%	9%	9%	13%	---
E. PRESTACIONES						
1. Sistema público	Medicina preventiva, fomento a salud, medicina curativa, subsidios incapacidad laboral	MS: integral. IPSS: preventiva, riesgos profesionales, subsidios, plan mínimo de atención.			Plan Obligatorio de Salud: preventiva, fomento salud, riesgos catastróficos. En 2000, igual para todos; en la transición sólo se otorga a subsi-diados la atención a primer nivel. Paquete adicional mediante pago extra	
2. Sistema privado	Igual excepto preventiva y fomento salud; paquete de prestaciones adicional opcional	Paquetes de salud iguales o mejores al mínimo; co-pagos de 2% (ambulatoria) y 10% (hospitalaria)				
F. ADMINISTRACION						
1. Sistema público	FONASA a cargo de financiamiento; SNSS provee servicios por 27 unidades regionales; supervisado por MS	MS e IPSS tienen sus propias administraciones			El MS administra el sistema a través del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y un Fondo de Solidaridad y Garantía (mecanismo de compensación)	
2. Sistema privado	Servicios directos o contratados	Servicios directos o contratados				
Nº administradoras	35 (1993)	n.d.			n.d.	
Capital mínimo	US \$123,500 (1995)	n.d.			n.d.	
Cambios	Después de un año	Libre entre EPS			Libre	
Supervisión	Superintendencia ISAPRES	Superintendencia EPS			Superintendencia del MS	

Fuentes: Legislación; Chile: Cartin 1993; Perú: “Ley de Modernización...” 1996; Colombia: La Forgia 1997.

## **1. Integración Público-Seguro Social y Colaboración Marginal con el Sector Privado**

En Costa Rica, los sectores de seguro social (CCSS) y público han integrado sus instalaciones hospitalarias y parte de los servicios de salud desde el decenio de 1970: todos los hospitales son administrados por la CCSS, mientras que el ministerio de salud ofrece medicina preventiva y atención primaria de salud para grupos urbanos y rurales marginados. A partir de los años 80, la CCSS ha disminuído el costo de sus servicios de salud del primer nivel, incrementado su eficiencia y mejorado la calidad de dichos servicios, a través de cinco programas de colaboración con el sector privado: (a) médico de empresa (ésta contrata y paga a un médico, le proporciona una oficina y enfermera, mientras que la CCSS proporciona servicios de laboratorio, diagnóstico y medicinas); (b) medicina mixta (el asegurado elige un médico enrolado en el programa y le paga sus servicios, mientras que la CCSS suministra los servicios de apoyo); (c) capitación (los asegurados en la CCSS eligen y pagan a un médico y éste recibe un pago mensual por cada paciente que tiene); (d) programa administrado por una cooperativa u organización autogestionaria (mediante un contrato suscrito con la CCSS y el ministerio); y (e) contratos de la CCSS con farmacias privadas (para disminuir retrasos en la entrega de medicinas y reducir gastos de operación). Estos servicios cubren aproximadamente una quinta parte de los asegurados de la CCSS y se reporta que han reducido los costos y aumentado la calidad. En la primera mitad de los 90, se diseñó y aprobó una ley de reforma integral de salud, con descentralización al nivel local y mayor participación de comunidades y el sector privado; el sistema está siendo actualmente implantado.

## **2. Programas Paralelos o Selectivos Duales: Chile y Perú**

En 1981 Chile reformó su sistema de salud permitiendo que los asegurados elijan entre el programa público y de seguro social (integrados) y el programa privado pre-pago (administrado por ISAPREs). Los trabajadores dependientes están cubiertos de manera obligatoria y los independientes de forma voluntaria. El sistema público no se cierra y los asegurados (presentes y futuros) pueden cambiarse entre aquél y el privado, y mudarse de ISAPREs después de un año de afiliación en una de ellas. La contribución salarial del 7% que paga exclusivamente el asegurado (se suprimió la del empleador) se abona ya sea al sistema público o al privado. El sistema público tiene dos instituciones principales: FONASA que está a cargo de las finanzas, y el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que provee la atención preventiva, curativa y promocional (a través de 27 unidades regionales); el Estado cubre cualquier déficit que resulte en este sistema. Los pobres cubiertos en el sistema público son exentos de pago y el Estado subsidia al resto de acuerdo con su ingreso (a menor ingreso mayor subsidio). Los asegurados en el público pueden escoger entre el régimen de libre elección o el institucional (SNSS). Los asegurados inscritos en las ISAPREs deben añadir un co-pago (entre 3% y 4% extra) que financie el paquete de prestaciones ofrecidas, el cual debe ser al menos igual y usualmente mejor que el provisto por el sector público. Las ISAPREs, sin embargo, no ofrecen servicios sanitarios de promoción, ni preventivos ni de emergencia (por lo cual están subsidiadas por el sector público) y, además, seleccionaban a los asegurados por su grado de riesgo. En 1993, el 65% de la población estaba cubierta por el sector público, el 25% por ISAPREs, el 4% por las fuerzas armadas

y la policía y el 5% de forma directa o por seguro comercial o mutuales (en 1996, 29% estaba cubierto por ISAPREs). A medida que el sector privado se ha expandido, los grupos de menor ingreso se han quedado en el sistema público, mientras que los de ingreso medio-alto y alto se han pasado al sector privado. Esto ha provocado un traspaso notable de recursos del sector público al privado y el consiguiente deterioro del primero. Los asegurados de ISAPREs pueden pagar al proveedor de los servicios y recibir el reembolso de aquéllas según la tarifa acordada, adquirir boletas de ISAPREs para pagar con ellas al proveedor el cual a su vez recibe el reembolso de aquéllas, o acudir a servicios directos de instalaciones propias de una ISAPRE. El número de ISAPREs se incrementó rápidamente y llegó a 35 en 1993 y las seis mayores abarcan a tres cuartas partes de los asegurados; los costos de administración disminuyeron del 40% al 19% en los primeros 10 años del sistema, y parece haber mas competencia en el sector privado de salud que en el de pensiones. En la primera mitad del decenio actual se introujeron una serie de medidas correctivas: se creó una Superintendencia de ISAPREs para regular y supervisar a éstas; se prohibió la discriminación de riesgos; y se asignaron mas recursos al sector público a fin de mejorar las instalaciones, aumentar el personal y los servicios. A pesar de tener la expansión mayor y mas rápida en la región, así como 16 años de operación, el sector de salud privado chileno cubre apenas al 30% de la población (Cartín 1997).

En Perú se aprobó un decreto-ley en 1991 que seguía el modelo chileno permitiendo elegir entre el seguro social (IPSS) y una especie de ISAPRE (abreviadas como OSS); esta opción de cambio entre los dos sistemas y entre las OSS siempre seguiría abierta. Como en Chile (y en Perú antes de esta reforma), la cobertura de los trabajado-

res dependientes sería obligatoria y la de los independientes voluntaria. El Ministerio de Salud no se integró con el seguro social (IPSS) como en Chile, y seguiría cubriendo a la población no asegurada y sin recursos. Ni el Ministerio ni el IPSS fueron reformados, pero había una división de funciones: el Ministerio a cargo de la medicina preventiva, primaria básica, curativa y control de algunas enfermedades; el IPSS a cargo de medicina curativa para sus asegurados (y las correspondientes prestaciones monetarias; y las OSS ofrecerían paquetes de medicina curativa superiores al del IPSS. En 1994, 49% de la población estaba cubierta por el Ministerio, 22% por el IPSS, 2% por las fuerzas armadas, 2% por el sector privado, y el 25% restante carecía de protección. De acuerdo con la reforma, la contribución sobre el salario era: 8% por el asegurado dependiente (aumentado de 3%), 9% por el independiente, 1% por el empleador en "solidaridad" (reducida del 6%) y nada por el Estado. El modelo peruano introducía un elemento de solidaridad que no existe en el chileno: si el asegurado se pasaba del IPSS a una OSS, parte de su contribución se mantendría en el IPSS, así como el 1% del empleador (para programas de asistencia social), mientras que el resto de la contribución del asegurado se transferiría a la OSS. Una Superintendencia de OSS (también tomada del modelo chileno) regularía y supervisaría el sistema privado. En 1995 se aprobó una ley que introdujo cambios importantes en la contribución: se aumentó al 9% al empleador pero se abolió la contribución del 1% en "solidaridad" y se eliminó la del asegurado (esto se hizo para compensar por la eliminación de la contribución del empleador en pensiones y el aumento de la contribución del asegurado). En 1996 no se había dictado el reglamento necesario para implantar la reforma y el sistema no estaba en operación. En noviembre del mismo año el gobierno pasó una nueva ley que introdujo cambios importantes: (a) el

IPSS continúa funcionando con sus asegurados pero brinda prestaciones básicas que se pueden complementar con otras superiores ofrecidas por Entidades Prestadoras de Salud (EPS); (b) el Ministerio continúa cubriendo a los no asegurados con bajos ingresos o pobres; (c) las EPS pueden ser privadas o públicas, con infraestructura propia o contratada, y los empleadores pueden también brindar servicios con planes propios; (d) se crea una Superintendencia de EPS que supervisa a éstas y es financiada por ellas; y (e) se mantienen las contribuciones anteriores pero los que se afilian a una EPS deben hacer co-pagos extra de 2% por atención ambulatoria y 10% por atención hospitalaria. El nuevo sistema se convierte de selectivo dual en selectivo múltiple; no se tiene información sobre si está funcionando o no (MINSA 1995; "Ley de Modernización... 1996).

### **3. Programas Selectivos Múltiples: Colombia y Argentina**

En Colombia, la ley de seguridad social aprobada a fines de 1993 introdujo la reforma de pensiones y de salud; esta última expande considerablemente la libertad de elección del modelo chileno y promueve aun más la competencia y la descentralización. Se crean dos regímenes generales: contributivo (antiguo seguro social) y subsidiado (resto de la población no asegurada de bajo ingreso y pobres). Toda la población (tanto contributiva como subsidiada) puede escoger libremente entre: (a) múltiples agentes administradores (EPS), que pueden ser organizados por los seguros sociales, el sector público, las cajas de subsidios familiares y el sector privado; y (b) múltiples entidades prestadoras de servicios organizadas por los sectores de seguro social (ISS), público y privado. Estas instituciones deben garantizar un plan básico de salud que cubra al afiliado y su familia en cuanto atención preventiva, promoción de salud, primer nivel de atención y riesgos ca-

tastróficos; paquetes adicionales con prestaciones mejores pueden comprarse con un pago extra. El empleador no sólo continúa contribuyendo sino que se aumenta su aporte (al 8%), también se incrementa la contribución del asegurado (al 4%), más 1% de solidaridad para financiar parte del sistema subsidiado (si éste genera déficit es cubierto por el Estado). Se ha creado un Fondo de Solidaridad y Garantía para extender la cobertura al sector subsidiado de bajo ingreso (los pobres están exentos de pago), que se financia con el 1% de solidaridad, más el excedente de la contribución pagada por grupos de alto ingreso después de deducir el costo del plan básico y la comisión de la EPS. La meta es que para el año 2,000 esté cubierta toda la población y que el plan básico sea uniforme para todos (durante la transición los miembros subsidiados sólo reciben atención preventiva y de primer nivel). El sistema es innovativo pero extremadamente complejo y se está demorando su implantación. Existe el peligro que los diversos grupos de la población continúen cubiertos por las mismas instituciones actuales, por inercia y la complejidad del sistema (La Forgia 1997).

En Argentina, la actual administración dictó una ley en 1993 que reforma el antiguo sistema de "Obras Sociales." Estas son las principales proveedoras de servicios de salud (dentro de un esquema de seguro social no centralizado) y se trata de organizaciones gremiales que proveen servicios de salud (a diversos niveles) a los miembros del gremio o sindicato correspondiente. Hay gran diversidad de servicios de acuerdo con el poder económico del sindicato respectivo y los afiliados no podían cambiar de obra social. La Ley, que comenzó a implantarse en 1996 después de una huelga general contra el gobierno, da libertad a los trabajadores para seleccionar la obra social que deseen (pagando la correspondiente contribución) con lo cual se abre el sistema a la competen-

cia. En el futuro se planea permitir al sector privado entrar en el sistema y competir con las obras sociales por los asegurados (Bertranou 1997).

### **B. La Reforma de las Pensiones: Características de los Modelos**

A fines de marzo de 1997 nueve países habían implantado reformas en las pensiones de tipo no estructural o estructural. Reformas no estructurales son aquellas que intentan mejorar o perfeccionar el programa público de pensiones de la seguridad social, haciendo más estrictas sus condiciones de acceso, aumentando las cotizaciones y la eficiencia, reduciendo gastos, etc. Estas pueden combinarse con un programa de pensiones complementarias de carácter voluntario que se añaden a las pensiones de la seguridad social. Reformas estructurales son aquellas que o bien "cierran" el programa de seguridad social y lo sustituyen por un programa de capitalización plena e individual (CPI) con administración privada o múltiple o bien incorporan a este programa como un componente integral de un sistema mixto o bien lo establecen como alternativa creando programas paralelos o selectivos que eliminan el monopolio de la seguridad social. Costa Rica introdujo una reforma no estructural a principios del decenio actual pero ahora está considerando una reforma estructural. Los ocho países que ya han implantado (o están implantando este año) reformas de tipo estructural son: Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, El Salvador, México (que primero pasó una reforma no estructural), Perú y Uruguay. Basados en dichas reformas se desarrolla la tipología siguiente (las fuentes de esta sec-

ción son Mesa-Lago 1994a, 1994b, 1996a, 1997).

#### ***Reformas No Estructurales:***

1. Público Reformado: Costa Rica (1990-95)
2. Público Reformado con Pensión Complementaria Obligatoria: México (1991-92; la reforma estructural de 1995-96 se incluye abajo).
3. Adición de Pensiones Complementarias Voluntarias al Programa Público: Ecuador, Guatemala, Uruguay.

#### ***Reformas Estructurales:***

4. Sustitutivos con Administración Privada: (a) Chile (1979-81), (b) Bolivia (1996) y (c) El Salvador (1996)
5. Sustitutivo con Administración Múltiple: México (1995-96)
6. Mixtos: (a) Argentina (1993) y (b) Uruguay (1995)
7. Paralelos o Selectivos: (a) Perú (1992) y (b) Colombia (1993)

El cuadro 35 compara las características principales y el desempeño de las reformas estructurales en los ocho países, los cuales serán analizadas en las siguientes secciones. Debido a sus diferencias profundas, no es posible incluir la reforma no estructural de Costa Rica en dicho cuadro, pero la misma (así como la de México) se explican también a continuación.

CUADRO 35

TIPOLOGIA Y CARACTERISTICAS DE LA REFORMA DE PENSIONES EN OCHO PAISES DE AMERICA LATINA: 1996-97

CARACTERISTICAS	ARGENTINA	BOLIVIA	COLOMBIA	CHILE	EL SALVADOR	MEXICO	PERU	URUGUAY
<b>A. FECHA y REGIMEN POLITICO</b>								
1. Año legislación	1993	1996	1993	1979-1980	1996	1995-1996	1992	1995
2. Entrada en vigor	Septiembre 1994	Mayo (?) 1997	Abril 1994	Mayo 1981	Fines de 1997	Julio-Sept. 1997	Junio 1993	Marzo 1996
3. Régimen político a la creación	Democrático	Democrático	Democrático	Autocrático	Democrático	Partido Hegemónico	Golpe de Estado, Congreso disuelto	Democrático
4. Tipo de legislación	Ley Congreso	Ley Congreso	Ley Congreso	Decreto-Ley Presidente	Ley Congreso	Leyes Congreso	Decreto Presidencial	Ley Congreso
<b>B. TIPO DE REFORMA</b>								
1. Sistema antiguo	Público, se reforma, no se cierra	Público, se cierra y sus fondos se pasan al Tesoro	Público, se reforma, no se cierra	Reformado, se cierra	Reformado, se cierra	No reformado, se cierra en vejez (no en invalidez-y muerte)	No se reforma, ni se cierra	Reformado, no se cierra
a. Método financiero	Reparto	Reparto	Prima media escalonada	Reparto	Prima media escalonada	Prima media escalonada	Prima media escalonada	Reparto
b. % asegurados en este sistema (respecto al total asegurado)	67%	0%	60%	5%	n.d.	0% (pero ver abajo)	42%	n.d.
2. Sistema nuevo	Público reformado más AFJP (privadas, públicas, bancos, sindicatos, etc.)	AFF (privadas, giro exclusivo)	SAFP (privadas, públicas, cooperativas, mutuales, sindicatos, etc.)	AFF (privadas, giro exclusivo)	AFF (privadas, giro exclusivo)	AFORES, giro exclusivo (públicas, privadas, mixtas)	AFF (privadas, giro exclusivo)	Público reformado mas AFAP (públicas y privadas de varios tipos)
a. Método financiero	Capitalización plena e individual	Capitalización plena e individual	Capitalización plena e individual	Capitalización plena e individual	Capitalización plena e individual	Capitalización plena e individual	Capitalización plena e individual	Capitalización plena e individual
b. % asegurados en este sistema (respecto al total asegurado)	33%	100%	40%	95%	n.d.	100% (pero ver abajo)	58%	n.d.
<b>C. COBERTURA</b>								
1. Asegurados al momento de la reforma	Plazo de un año para pasarse del mixto al público expiró pero aún se permite el traspaso del público al mixto	Todos deben pasarse al nuevo sistema y el gobierno les asigna a 2 AFPs. Los asegurados en el antiguo que hayan cumplido con las condiciones de adquisición se les aplica el sistema antiguo	Los menores de 35/40 años se pasan al nuevo (escogen entre el público y una AFP cada 3 años); los mayores de esa edad mantienen condiciones antiguas	Podían escoger entre el público y el privado (plazo para pasarse al privado ya expiró)	Menores de 36 deben pasarse al privado; de 36 a 50/55: 6 meses para quedarse o pasarse; mayores de 50/55 deben quedarse en el público.	Todos los asegurados deben comenzar a contribuir al nuevo pero los actuales pueden escoger al retirarse las condiciones del antiguo o lo acumulado en el nuevo	Podían y pueden escoger entre el antiguo y el nuevo (AFP) pero desde 1995 no pueden volver al antiguo	Los menores de 40 años se pasan al nuevo; los mayores de esa edad pueden pasarse al nuevo dentro de un plazo que ya expiró
2. Asegurados futuros (que entran en el mercado laboral)	Pueden escoger entre el público reformado y el mixto	Deben entrar en el nuevo (no pueden escoger AFP hasta año 2,000).	Pueden escoger entre el público reformado y una SAFP	Deben entrar en el nuevo (pueden escoger AFP)	Deben entrar en el nuevo (pueden escoger AFP)	Deben entrar en el nuevo (pueden escoger AFORE)	Pueden escoger entre el antiguo y una AFP	Deben entrar en el mixto
3. Porcentaje de la PEA cubierto (los dos sistemas)	82%	12%	38%	80%	23%	38%	32%	80%

CARACTERISTICAS	ARGENTINA	BOLIVIA	COLOMBIA	CHILE	EL SALVADOR	MEXICO	PERU	URUGUAY
4. Porcentaje de afiliados que contribuyen en el sistema nuevo	58%	n.d.	50-53%	54%	n.d.	n.d.	45%	n.d.
<b>D. CONTRIBUCIONES</b>								
1. Asegurados	Igual	Se aumenta	Se aumenta en ambos sistemas	Igual en el antiguo, se reduce en el nuevo	Se aumenta	Igual	Igual en el antiguo, se reduce en el nuevo (desde 1996 mayor en el antiguo que el nuevo)	Se aumenta ligeramente
2. Empleadores	Igual	Se elimina (salvo prima riesgos ocupacionales)	Se aumenta en ambos sistemas	Se elimina (salvo prima riesgos ocupacionales)	Se aumenta	Igual	Igual en el antiguo, se elimina en el nuevo (en 1995 se elimina en el antiguo)	Se reduce ligeramente
3. Estado	Impuestos y cubre déficit en el programa público y transferencias al nuevo	Cubre gastos de pensiones del sistema antiguo y transferencias al nuevo.	Cubre déficit del antiguo y transferencias al nuevo	Cubre déficit del antiguo y transferencias al nuevo	Cubre déficit del antiguo y transferencias al nuevo	Igual; más cubre déficit del antiguo cuando se extingan sus reservas	Cubre déficit del antiguo; transferencias al nuevo aun no en vigor	Impuestos y cubre déficit en el programa público
4. Total de contribución salarial (sin Estado)	27%	12%	14.5% en ambos	13.1% (mayor en el antiguo)	13.5% a 14% (en 6 años)	15.1% (más 2.4% de cotización estatal sobre nómina)	13% en el antiguo y 11.8% en el nuevo (desde 1996)	27.5%
<b>E. BENEFICIOS</b>								
1. Pensión por edad	Se aumenta y homologa la edad en todo el sistema a 60/65	Se aumenta la edad a 65 años para ambos sexos (también con una cuenta individual igual a 70% del salario promedio de últimos 5 años)	Se aumenta y homologa la edad en el antiguo (57/62); no edad específica en el nuevo (sino monto del fondo)	Se aumenta y homologa la edad en todo el sistema (60/65)	Se mantiene la misma edad (55/60) y se homologa para todo el sistema, más 25 años de aportes (o 30 años aportes con cualquier edad)	Se mantiene la misma edad (65 para ambos sexos) más 24 años de aportes	Se aumenta de 55/60 a 65 en el antiguo, más 13-15 de aportes. En el nuevo: 65 años edad y 20 aportes.	Se aumenta y homologa la edad en todo el sistema (60), más 35 años de aparte
2. Reconocimiento de aportes en el sistema antiguo	Prestación compensatoria (en antiguo y nuevo), ajustada, sin interés, con techo, requiere 30 años de aportes, paga el programa público	Compensación por cotización (bono), requiere 5 años de aporte, tiene techo, paga el Estado al sistema nuevo	Bono, ajustado, paga interés, con techo, requiere 3 años de aporte, paga el programa público	Bono de reconocimiento ajustado, gana interés, sin techo, paga el Estado al sistema nuevo	Bono de reconocimiento se ajusta, no interés, sin techo, paga el Estado al sistema nuevo.	No hay. El asegurado actual puede acogerse a las condiciones del sistema antiguo al retirarse	Bono de reconocimiento, ajustado, no gana interés, con techo, requiere 4 años de aportes, paga el Estado (pero ha emitido poquísimos)	No, pero sí años de contribuciones (para cumplir condiciones de retiro)
3. Pensión mínima	Sí, en el programa público (pensión básica uniforme), no en la AFJP, requiere 30 años de aportes.	No es establecida en la ley. Si el asegurado tiene 65 años y su fondo es menor al 70% del salario base, puede retirar sumas mensuales.	Sí, en el antiguo y en el nuevo (requiere edad y 23 años de aportes, Estado paga diferencia)	Sí, Estado paga toda en antiguo y diferencia en el nuevo	Sí, por el Estado, con 25 años de aportes y determinada por disponibilidad de recursos fiscales	Sí, en el antiguo, y la diferencia en el nuevo pagada por el Estado (requiere 24 años de contribución)	Sí en el antiguo, no en el nuevo (prometido en 1995 pero no regulado)	Sí en el programa público (pensión básica), no en la AFAP

CARACTERISTICAS	ARGENTINA	BOLIVIA	COLOMBIA	CHILE	EL SALVADOR	MEXICO	PERU	URUGUAY
4. Invalidez y muerte	En el programa público; y en el mixto en la AFJP, igual que en Chile	La AFP cobra primas y transitoriamente cubre estos riesgos, hasta que se autoricen las compañías de seguro	En el sistema público; y en la SAFP igual a Chile. Las reglas y cálculos son iguales en ambos sistemas	AFP contrata con compañía de seguro privado, cobra y le traspasa la prima	AFP, previa licitación, contrata con compañía de seguro privado, cobra y traspasa la prima.	Se mantienen en el sistema antiguo de seguridad social	En el antiguo; en la AFP igual que Chile	Dentro del programa mixto; en la AFAP, igual que en Chile
5. Ajuste	AMPO basado en recaudación de asegurados contribuyentes y su número	De acuerdo al Índice de Mantenimiento del Valor, relacionado con el dólar.	Por el gobierno, anual, basado en IPC	Unidades constantes (U.F.)	Por el gobierno, anual, discrecional	Anualmente de acuerdo con el IPC	Por ley en el antiguo	Valores constantes de 1995
<b>F. ADMINISTRACION</b> (sistema nuevo de capitalización)								
1. Nº de administradoras (capitalización)	21	2 en los primeros 5 años	9	13	2-3 (proyectadas en marzo 1997)	17 (aprobadas en marzo 1997)	5	6
2. Concentración de asegurados en 3 mayores	40%	100%	58%	69%	100%	n.d.	73%	n.d.
3. Capital requerido (US \$)	3,000,000	1,445,000	4,000,000	650,000	570,000 a 1,700,000	3,200,000 mas 500,000 por cada inversora (SIEFORE)	500,000 (500,000 soles de 1992)	1,000,000 (60,000 unidades constantes de 1995)
4. Fondo de pensión acumulado (US \$ millones, 1996)	4,485 (1.4% del PIB)	n.d.	468 (0.6% del PIB)	27,805 (39% del PIB)	n.d.	n.d.	949 (2% del PIB)	26 (0.2% del PIB)
5. Rendimiento real anual de la inversión (%)	16.2% (1994-96)	n.d.	6.7% (1995-96)	12.2% (1981-96)	n.d.	n.d.	7.1% (1993-96)	n.d.
6. Cambios de administradora	Dos por año	No hasta año 2,000, uno al año después	Dos por año	Libre	Uno y medio por año	Uno por año	En la práctica uno por año	Dos por año
7. Supervisión	Superintendencia AFJP, financiada por AFJPs	Superintendencia de Pensiones, financiada por AFPs	Superintendencia Bancaria	Superintendencia AFP, financiada por Estado	Superintendencia de Pensiones, financiada por AFPs	CONSAR (pública), financiada por Estado	Superintendencia AFP, financiada por AFPs	Banco Central del Uruguay

n.a. = no aplicable n.d. = no disponible = promedio aritmético .AFAP, AFJP, AFORES, AFP, SAFP = administradores de fondos de pensiones. SIEFORE = sociedades de inversión (sólo en México).

Fuente: Compilación del autor basado en legislación y estadísticas de los ocho países.

## 1. Público Reformado: Costa Rica

El mejor ejemplo de este modelo es el de Costa Rica, donde durante la década de 1980 y principios de la de 1990 se introdujeron reformas a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), para equilibrar su programa de pensiones, incluyendo: (i) incrementos en las edades para pensión de vejez temprana de 55 para mujeres y 57 para hombres a 60 1/2 para mujeres y 62 1/2 para hombres; (ii) elevación de la contribución salarial general e introducción de contribuciones escalonadas para desanimar la jubilación temprana, de tal manera que mientras menor es la edad, mayor es el número de años de contribución requeridos y viceversa; (iii) medidas de control para disminuir la evasión y mora así como convenios con el Estado para pagar deudas anteriores; y (iv) políticas de ajuste y eficiencia para recortar el gasto administrativo.

Además, en 1992 una ley "cerró" 17 de 20 programas de jubilación independientes de pensiones para funcionarios públicos, quienes disfrutaban de privilegios injustificables, e incorporó tales programas al sistema general de la CCSS. Durante un período de transición los que estaban asegurados en los programas independientes mantienen sus derechos (pero deben pagar contribuciones), mientras que los que ocupen nuevos puestos en el servicio civil se incorporan automáticamente a la CCSS bajo condiciones y prestaciones uniformes. En 1995 se restringieron fuertemente las condiciones de acceso de los maestros públicos, se incrementaron sus contribuciones y se estableció un período de 10 a 15 años para la unificación total de este programa a la CCSS. Sólo quedan separados los programas de los poderes judicial y legislativo.

En 1995 se regularon los programas voluntarios de pensiones complementarias

que habían comenzado a fines de los ochenta. A fines de 1996 había 5 de estos programas, los cuales cubrían 160,000 asegurados (26% del total de asegurados activos en pensiones de la CCSS), con un fondo acumulado de US\$120 millones. Cada programa es diferente en cuanto a contribuciones y prestaciones pero todos ofrecen una pensión complementaria a la que otorga la CCSS; los asegurados pueden elegir libremente a la aseguradora. En 1997 se está estudiando una reforma integral de las pensiones que incluye nuevos aumentos de las edades de retiro y la creación de un programa complementario obligatorio con administración pública o privada (Durán 1996).

## 2. Público Reformado con Pensión Complementaria Obligatoria: México

En 1991 se introdujeron cambios en el principal instituto de seguridad social, que cubre a los trabajadores asalariados del sector privado (Instituto Mexicano del Seguro Social:IMSS) para hacerlo más sólido financieramente: (i) incremento gradual de la contribución salarial total al programa de pensiones (de 6% en 1990 al 8.5% en 1996); (ii) cambio en las normas de inversión de las reservas, obligándose a que su rendimiento medio fuese al menos igual a la tasa de interés actuarial; y (iii) separación de los programas de pensiones y enfermedad-maternidad, y prohibición de la inversión de reservas del primero en el segundo. Además se elevó el nivel de las pensiones reales, que había caído fuertemente en 1980-88, a cerca del nivel de 1980 .

En 1992 se estableció el "Sistema de Ahorro para el Retiro" (SAR) con las siguientes características: (i) los empleadores contribuyen obligatoriamente un 2% sobre el salario de los asegurados para SAR y continúan aportando el 5% para el programa de viviendas; (ii) ambas cotizaciones se recau-

daban por instituciones bancarias y de crédito (escogidas por el empleador) las cuales se responsabilizaban de abrir y mantener cuentas individuales a nombre de los asegurados (separando las subcuentas de SAR y viviendas) pero los fondos se depositaban en el Banco de México (éste debía transferir la subcuenta de vivienda a INFONAVIT); (iii) los saldos de SAR se ajustaban al índice de precios al consumidor (IPC) y ganaban un interés anual real mínimo del 2% mientras que los saldos de vivienda debían mantener su valor real; (iv) los asegurados, a partir de 1995, podrían traspasar los depósitos de SAR a sociedades de inversión pero sin garantía mínima de interés; y (v) los fondos de SAR podían ser retirados al llegar a la edad de jubilación (65 años) o en casos de invalidez, cesantía o fallecimiento del asegurado. A fines de 1994 el SAR cubría a 12 millones de asegurados, había acumulado US\$8,758 millones (2.4% del PIB), y sus rendimientos reales promediaban 5%, pero -2.6% en la subcuenta de vivienda (Mesa-Lago 1996a, 1997).

A principios de 1995 un estudio del IMSS mostró que el programa de pensiones sufrirá un déficit contable en el año 2002 que obligará a usar las reservas, las cuales desaparecerán en dos años; se consideró imposible aumentar más las contribuciones, y se decidió que era necesaria una reforma estructural (IMSS 1995). En septiembre de ese año se anunciaron los lineamientos generales de dicha reforma que se discutirá en la sección 5.

### **3. Pensiones Complementarias Voluntarias**

Además de Costa Rica, al menos tres países en América Latina (Ecuador, Guatemala y Uruguay) tienen programas de pensiones complementarias (PPC) de carácter voluntario pero reguladas por la ley, y con

distintos tipos de administración, financiamiento y prestaciones. En el Ecuador lo son por el Instituto General de Seguridad Social (IESS) mediante contratos con individuos o grupos de asegurados; y financiados por contribuciones del empleador y del asegurado; en 1990 existían tres PPC (para maestros públicos y operarios de medios de comunicación e imprentas) que ofrecían jubilación temprana y una pensión adicional por sobre el nivel general. En Guatemala los PPC son administrados por asociaciones o empresas privadas sin fines de lucro (autorizadas y supervisadas por el Instituto General-IGSS) y financiadas por empleadores y asegurados; en 1980 había ocho PPC (para empleados de varios bancos, instituciones autónomas, municipios, universidades y una empresa portuaria) que ofrecían pensiones de vejez (con retiro temprano y pensión adicional) y pensiones de invalidez y supervivencia. En el Uruguay los PPC (hasta la reforma de 1995) eran: administrados ya sea por el Instituto de Seguridad Social (Banco de Previsión Social: BPS) o el Banco de Seguros del Estado, o por asociaciones y corporaciones sin fines de lucro (autorizadas y supervisadas por el BPS), y con diversos tipos de prestaciones y financiamiento. En 1991 existían 24 PPC, pero únicamente contaban con 30,000 afiliados, o el 4% del número total de asegurados (Mesa-Lago 1996a).

#### **4.a. Sustitutivo con Administración Privada: Chile**

Chile es el pionero y modelo de reforma sustitutiva con administración privada, no sólo en América Latina sino probablemente en el mundo y ha influenciado fuertemente las reformas de varios países en la región. En este tipo de reforma, el antiguo programa de seguridad social público, que en el caso de Chile se basaba principalmente en el régimen de reparto y sufría déficit, se cierra (es decir, no se permiten nuevas afiliaciones) y se lo sustituye por un nuevo

programa obligatorio, con capitalización plena e individual (CPI), administrado por sociedades anónimas privadas de giro exclusivo (AFPs). A los asegurados en el programa público se les dió la opción de mantenerse en el mismo o traspasarse a una AFP dentro de un plazo que expiró en 1986, sin embargo siempre existe la posibilidad de cambiarse al programa privado. Los asegurados pueden libremente elegir la AFP de su preferencia y cambiarla cuando lo deseen; esto y el carácter privado del sistema se asume que garantizan la competencia y la eficiencia del sistema. Las condiciones de acceso del programa público se uniformaron e hicieron más estrictas, y este programa desaparecerá cuando todos sus potenciales beneficiarios hayan muerto en unos 35 ó 40 años. Como era antes de la reforma, la cobertura es obligatoria para los trabajadores en relación de dependencia y voluntaria para los independientes o trabajadores por cuenta propia.

En el programa nuevo las contribuciones son definidas pero las prestaciones no lo son. Únicamente los asegurados contribuyen (en ambos programas); las contribuciones de los empleadores se eliminaron y las de los asegurados en el programa nuevo se redujeron (como un incentivo para el traspaso). El asegurado contribuye aproximadamente un 13.1% de su salario (o ingreso) que se descuenta por el empleador y se transfiere a la AFP seleccionada por aquél. Dicho porcentaje comprende: (i) un 10% del cual se descuenta una comisión fija y el resto se deposita en la cuenta individual del asegurado para financiar su pensión de vejez, esta suma se invierte por la AFP y su rendimiento se añade a la cuenta individual; y (ii) la comisión porcentual de la AFP mas una prima que se paga a una compañía aseguradora privada para cubrir los riesgos de invalidez y muerte (estos dos descuentos sumaban inicialmente

3.6% pero este porcentaje había caído a 3.1% en 1996: 2.4% como comisión y 0.7% para la prima). El asegurado puede hacer una contribución voluntaria adicional para el programa de vejez de hasta un 10% de su salario.

Como se ha dicho, las prestaciones no son definidas, o sea, no se sabe cual será su monto. Los requisitos para el retiro por vejez son 65 años de edad para los hombres y 60 años para las mujeres. El monto de la pensión depende de las contribuciones hechas y su rendimiento. Al tiempo de retiro, el asegurado puede escoger entre un retiro programado a través de la AFP, una renta vitalicia pagada por una compañía de seguros o una combinación de ambas.

Aunque el sistema se autotitula privado, el Estado juega un papel crucial en el mismo. La incorporación al sistema es obligatoria (para todos los asalariados) y una Superintendencia de AFPs (pública y financiada por el Estado) regula estrictamente y supervisa el sistema. Como el programa antiguo se ha quedado con un 5% de los asegurados activos pero un 86% del total de las pensiones (y se eliminó la contribución del empleador) se genera un déficit enorme que es financiado por el fisco. El Estado también garantiza una pensión mínima a aquellos asegurados en las AFP que no hayan acumulado las sumas necesarias para acceder a dicha pensión y que cuenten con 20 o más años de contribuciones. Además, el Estado emite un bono de reconocimiento por las contribuciones hechas al programa antiguo por los asegurados que se cambiaron al nuevo, dicho bono se ajusta a la inflación y gana un interés real del 4% anual. Por último, el Estado garantiza un rendimiento mínimo de la inversión, así como las pensiones en caso de quiebra de una AFP o compañía de seguro.

A fines de 1995 las AFPs tenían 5.5 millones de afiliados (95% del total de afiliados), pero sólo 54% de ellos eran contribuyentes activos; el fondo de pensiones acumulado ascendía a US\$27,800 millones en septiembre de 1996 (39% del PIB), y su rendimiento real anual promedió 12.2% en 1981-96; el rendimiento real fue positivo en todo el período pero negativo -2.5% en 1995 (Arenas 1997; Arenas y Mesa-Lago 1997).

#### **4.b. Sustitutivo con Administración Privada: Bolivia**

La Ley de reforma se aprobó en 1996 y se espera que entre en vigor a mediados de 1997. El programa antiguo se cierra por completo y todos sus fondos se pasarán al Tesoro. De forma que todos los asegurados (asalariados de manera obligatoria e independientes de forma voluntaria) deben cambiarse al programa nuevo. Así pues esta reforma es más radical que la chilena. El resto de las características de la reforma boliviana es parecido al modelo chileno pero con algunas diferencias importantes que se explican a continuación.

Las AFPs administran dos fondos separados: el de capitalización plena e individual (CPI) homólogo al chileno, y uno de "capitalización colectiva." Este último se integra con el 50% de las acciones de seis empresas públicas privatizadas y se usa para pagar un bono solidario (BONOSOL) a todos los ciudadanos que tenían 21 años de edad al fin del año 1995 (fuesen asegurados o no e independientemente de su ingreso). Al llegar a la edad de retiro (65 años en todo el sistema), los titulares del bono recibirán una suma anual de manera vitalicia (unos US\$200 al año). Esta prestación, por tanto, discrimina en cuanto a la edad y no tiene en cuenta la necesidad.

La contribución del empleador se elimina mientras que la del asegurado en el

sistema de CPI se aumenta de 3.5% a 12%: 10% para la pensión de vejez y 2% para la comisión de la AFP y prima a la compañía de seguro (muy bajas en comparación con todos los otros países). El asegurado puede añadir una contribución voluntaria hasta 20% de su salario. La edad de retiro en el sistema de CPI es también de 65 años (se aumentó de 50 para las mujeres y 60 para los hombres) y el asegurado sólo puede escoger una renta vitalicia (fija o variable) administrada por una AFP o compañía de seguro privada. En los primeros cinco años de operación del sistema, sólo funcionarán dos AFPs que han sido seleccionadas por el Estado en competencia internacional. Todos los asegurados serán divididos entre esas dos AFPs (por zona geográfica) y no podrán cambiarse hasta el año 2,000 salvo si se mudan de lugar. El sistema por lo tanto es un duopolio, al menos en los primeros 5 años, por lo que no existirá la competencia que se asume es la base esencial del modelo de CPI con administración privada.

El Estado se hace cargo de todas las pensiones en curso de pago y de aquellas que se generen por los asegurados que habían adquirido el derecho al tiempo de entrada en vigor del sistema. Además el Estado financiará una "compensación por cotizaciones" hechas al sistema antiguo (bono de reconocimiento) pero la misma requerirá un mínimo de 5 años de contribución previa, se calculará por una fórmula, no ganará interés y tendrá un techo. Aquí termina la responsabilidad del Estado que no garantiza ni la pensión mínima, ni el rendimiento mínimo de la inversión (al menos en los dos primeros años), ni las pensiones en caso de quiebra de una AFP o compañía de seguro. La Superintendencia de Pensiones deberá ser financiada por las AFPs. Durante los primeros 15 años de funcionamiento del sistema, el 100% de la inversión de las AFPs debe estar en títulos a largo plazo emitidos por el Teso-

ro, a los efectos de obtener financiamiento para el pago de las pensiones y el bono de reconocimiento. El rendimiento real de la inversión, por tanto, dependerá por completo del Estado ("Ley de Pensiones" 1996).

#### **4.c. Sustitutivo con Administración Privada: El Salvador**

La Ley de reforma se aprobó en diciembre de 1996 y no se espera que entre en vigor hasta fines de 1997. El sistema es muy parecido al chileno pero con algunas diferencias notables: (i) el derecho de mantenerse en el programa antiguo o cambiarse al nuevo se determina por edad (sólo los asegurados entre 36 y 50/55 años gozan de ese derecho); (ii) se mantiene e incrementa la contribución del empleador y se aumenta también la del asegurado; (iii) la edad de retiro se mantiene igual en 55/60 (el proyecto de ley elevaba dichas edades a 60/65 pero este aspecto fue rechazado en el congreso) y se requieren 25 años de contribuciones (o 30 años sin tener en cuenta la edad); (iv) el bono de reconocimiento se ajusta a la inflación pero no gana interés; (v) la pensión mínima requiere 25 años de contribución, se calcula en base al salario promedio de contribución y su monto estará limitado por los recursos fiscales disponibles; (vi) sólo se espera que funcionarán 2 ó 3 AFPs por lo que la competencia estará severamente limitada; (vii) los cambios entre AFPs se limitan a dos por año; (viii) la Superintendencia de Pensiones será financiada por las AFPs (como en Bolivia); y (ix) la garantía estatal sólo cubre la pensión mínima y el bono de reconocimiento (con las limitaciones indicadas) pero no el rendimiento mínimo de la inversión, ni las pensiones en caso de quiebra de la AFP o compañía de seguro ("Ley del Sistema...1996").

#### **5. Sustitutivo con Administración Múltiple: México**

Una ley promulgada el 12 de diciembre de 1995 y regulada en 1996 (debió entrar en vigor en enero de 1997 pero, debido a varias dificultades, se ha postergado su implantación hasta julio o septiembre) introdujo la reforma estructural en las pensiones. La pensión por vejez (retiro y cesantía por edad avanzada) se saca del IMSS y se tras-pasa la misma a Administradoras de Fondos para el Retiro (AFOREs), similares a las homólogas chilenas pero con administración múltiple: privada, pública o social. Las AFOREs también administran las cuentas de las SARs. El IMSS mantiene la administración del seguro de invalidez- muerte, así como el de enfermedad-maternidad (incluyendo la atención de los pensionados), y opera una AFORE. Todos los asegurados actuales deben pasarse al sistema nuevo (y todos los asegurados futuros se incorporarán obligatoriamente al mismo) de ahí que, en este aspecto, la reforma mexicana es más drástica que la chilena (pues cierra por completo el sistema antiguo), pero no tanto como la boliviana. Los asegurados pueden escoger libremente la AFORE pero los cambios se limitan a uno por año.

Como en Chile, las contribuciones son definidas y las prestaciones no lo son. Los porcentajes de contribución de asegurados y empleadores se mantienen sin cambio (no se elimina la contribución del empleador) pero el Estado debe incrementar su contribución como "aporte social" a las AFOREs. El total de la contribución para todas las pensiones sigue siendo 8.5%, pero se divide en dos: 4% para invalidez y muerte, y 4.5% para vejez; a esto se agrega el 2% para las SAR y el 5% para vivienda, más el 2% del

Estado a las AFORES, llegando a un total de 17.5%. El IMSS descuenta todas las contribuciones, retiene las que le corresponden para invalidez y muerte, traspasa las de vejez y SAR a las AFORES, y las de vivienda a INFONAVIT.

La edad de retiro se mantiene sin cambio en el sistema nuevo (65 años para ambos sexos) pero los años de trabajo/contribución se aumentan de 10 a 24. Se reconocen los años de trabajo/contribución acumulados en el IMSS a todos los asegurados que se pasan al sistema nuevo, pero no se emite un bono de reconocimiento aunque, al tiempo del retiro, el asegurado podrá escoger entre la pensión que le correspondería de acuerdo con las reglas del sistema antiguo y la suma acumulada en su cuenta individual (AFORE). Si el asegurado opta por la primera, su fondo en la AFORE se pasa al IMSS o al fisco. En ambos casos el asegurado recibe el fondo que ha acumulado en la SAR. Los asegurados que se decidan por la pensión en el sistema nuevo, podrán seleccionar entre una renta vitalicia contratada con una compañía de seguros (pública, privada o social) o un retiro programado administrado por la AFORE.

El Estado asume fuertes responsabilidades en el sistema. Las pensiones en curso de pago y las de aquellos asegurados que hayan adquirido el derecho o se acojan a las reglas del sistema antiguo serán financiadas con las reservas del IMSS. Pero éstas se agotarán en unos 6 ó 7 años y entonces pasarán a ser pagadas por el fisco. El Estado garantizará una pensión mínima (igual a un salario mínimo en el Distrito Federal ajustable anualmente al índice de precios) en el sistema nuevo. Una Comisión Nacional de Ahorro para el Retiro (financiada por el Estado) dictará las regulaciones y supervisará el sistema nuevo. Sin embargo, a diferencia de Chile, el Estado no emitirá un bono reco-

nocimiento, ni garantizará un rendimiento mínimo de la inversión, ni se hará responsables de las pensiones en caso de bancarrota de una AFORE o compañía de seguro.

En marzo de 1997 se habían aprobado 17 AFORES y se proyectaba que a fines del año éstas habrán acumulado US\$12,300 millones equivalente a un 3.6% del PIB. En el primer año de funcionamiento del sistema, toda la inversión deberá estar en instrumentos públicos, así que el Estado será el único responsable del rendimiento del fondo ("Ley del Seguro Social" 1995; Sauri 1996).

### **6.a. Mixto: Argentina**

El primer país en introducir un sistema mixto fue la Argentina: se creó en 1993 y comenzó a funcionar en julio de 1994. Como antes de la reforma, se cubre obligatoriamente a los trabajadores dependientes e independientes (una diferencia importante con todos los países en que ha habido reforma, excepto en Uruguay). El antiguo sistema público, basado en el régimen de reparto, se reformó (con condiciones de acceso y prestaciones más restringidas) y continúa operando. Los asegurados tuvieron un plazo de tres meses, para escoger entre: el sistema público reformado, y el nuevo sistema mixto que se compone de dos elementos obligatorios para todos los afiliados: (i) el programa público reformado que paga una pensión básica y (ii) el programa de CPI administrado por AFJPs (similares a las AFPs) que paga pensiones complementarias. Siempre queda abierta a los antiguos asegurados la opción de pasarse del sistema público reformado al sistema mixto, pero no a la inversa. Los nuevos entrantes en el mercado de trabajo tienen la opción de incorporarse al sistema público reformado o al mixto. Los cambios de AFJPs se limitan a dos por año, con menos libertad que en Chile, pero igual que en El Salvador y con muchísima más libertad que en Bolivia.

Las contribuciones no son definidas en el sistema/programa público mientras que las prestaciones son definidas, y lo opuesto ocurre en el programa de CPI. Las contribuciones de empleadores y trabajadores no se modificaron pero su asignación cambió en el sistema mixto. El sistema público reformado per se, como antes de la reforma, recibe las contribuciones de los empleadores (16%) y trabajadores asalariados (11%), así como las de los trabajadores independientes (27%). Dentro del sistema mixto: (i) el programa público reformado se financia con la contribución del empleador (16%), más un porcentaje igual de la contribución del trabajador autónomo, y el aporte estatal en forma de impuestos; y (ii) el programa de CPI se financia con la contribución del asegurado (11%, tanto para el que está en relación de dependencia como el independiente), dicho porcentaje cubre el depósito en la cuenta individual, la comisión de la AFJP y la prima de seguro por invalidez y muerte.

El programa público reformado paga una pensión básica que es relativamente uniforme y se determina con base a los aportes y número de asegurados; además abona una prestación adicional que añade un porcentaje sobre el salario básico (esta prestación no estaba en el proyecto de ley pero fue incorporada por el legislador, como un "premio," a los que permanecen en este sistema). Dentro del sistema mixto: (i) el programa público paga una pensión básica y una prestación compensatoria (bono de reconocimiento) que requiere 30 años de contribución, tiene un techo y no abona interés; y (ii) el programa de CPI paga una pensión complementaria basada en el fondo acumulado en la cuenta individual del asegurado. Las edades de retiro comienzan con 57/60 para las mujeres (según estén en relación de dependencia o sean autónomas) y 62/65 para los hombres, dichas edades se incre-

mentarán y homologarán a 65 para hombres y 60 para mujeres en 2001; se requieren además 30 años de trabajo/ contribución. Al tiempo del retiro, los asegurados que están en el programa de CPI tienen las tres mismas opciones que en Chile pero la tercera (combinada) sólo se ofrece a asegurados de bajo ingreso.

A diferencia de Chile, Bolivia y El Salvador, pero similar a México, las AFJP no son sólo privadas y de giro exclusivo, sino que pueden ser de propiedad de bancos, sindicatos, compañías de seguro, y organismos públicos (pero a diferencia de México el programa público de seguridad social no puede operar una AFJP).

La responsabilidad y garantías del Estado son similares a las del modelo chileno, excepto que el rendimiento mínimo de la inversión sólo se garantiza en las AFJPs públicas. La Superintendencia de AFJPs se financia (como en Bolivia y El Salvador) por las AFJPs.

A mediados de 1996, las AFJP tenían 5.6 millones de afiliados (67% del total de afiliados), pero sólo 58% eran contribuyentes activos, había 22 AFJPs en funcionamiento, con un fondo acumulado de US\$3,8382 millones (1.4% del PIB) y el rendimiento promedio de la inversión en 1994-96 fue de 16.2% (Arenas y Bertranou 1997; SAFJP 1996).

#### **6.b. Mixto: Uruguay**

Como en Argentina, el Uruguay, aprobó un sistema mixto (en septiembre de 1995, entrando en vigor en marzo de 1996) el cual combina: (i) un programa público reformado (operado por el Banco de Previsión Social: BPS), basado en régimen de reparto, el cual provee una pensión básica; y (ii) un programa de pensiones complementa-

rias, basado en CPI y administrado por AFAPs. También como en Argentina, la cobertura es obligatoria (antes y después de la reforma) para los trabajadores dependientes e independientes.

Pero hay diferencias importantes con el modelo argentino que se resumen a continuación: (i) todos los asegurados del BPS que tenían menos de 40 años de edad al entrar en vigor la reforma, así como los que entren en la fuerza laboral en el futuro, están cubiertos obligatoriamente por el sistema mixto; (ii) los asegurados mayores de 40 años tenían la opción de mantener las condiciones de acceso del sistema público antiguo (no reformado) o acogerse al sistema mixto en un plazo de seis meses, por tanto el sistema público antiguo quedó cerrado; (iii) la contribución del asegurado se aumentó en un 2% (aunque se incrementó su salario en una suma igual) y se aplica en tres tramos salariales en el sistema mixto: hasta 5,000 pesos mensuales se asigna al programa público, de 5,000 a 15,000 va a las AFAP, y por encima de 15,000 pueden añadirse aportaciones voluntarias; (iv) la contribución del empleador se redujo en 2%, en el sistema mixto se impone hasta 15,000 pesos y toda se asigna al programa público reformado; (v) todas las contribuciones se aplican al sistema público antiguo para aquellos asegurados que decidieron quedarse en el mismo; (vi) el Estado cubre cualquier déficit del sistema/ programa público; (vii) la edad de retiro se fijó en 60 años para ambos sexos (un aumento de 5 años a la mujer con respecto a la edad anterior a la reforma) y se exigen 35 años de trabajo/ contribución (condiciones iguales en ambos sistemas); (viii) no hay derecho a bono de reconocimiento o prestación compensatoria, ni tampoco hay pensión mínima en el programa de CPI, ya que existe una pensión básica en el programa público reformado; (ix) las AFAP pueden ser organizadas por el BPS (que por ley estableció la

primera) y otras dos instituciones públicas o por el sector privado (varios tipos); y (x) no se creó una Superintendencia de AFAP, el Banco Central ejerce funciones de regulación y supervisión, mientras que el BPS cobra las contribuciones y lleva una historia laboral de cada asegurado.

En septiembre de 1996, había sólo 266,000 afiliados en el sistema mixto (29% del total de afiliados), en 6 AFAPs que tenían acumulado un fondo de pensión de US\$26 millones, equivalente a sólo 0.2% del PIB; no se pudo obtener información sobre la rentabilidad del fondo (mesa-Lago 1997).

#### **7.a. Paralelo: Perú**

En Perú primero se promulgó un decreto (1991) que creó por primera vez en la región el sistema paralelo o selectivo; luego se dictó un nuevo decreto (después de la suspensión de las garantías constitucionales en 1992) que derogó al anterior y seguía el modelo chileno; sin embargo, la ley definitiva promulgada en diciembre de 1992 retornó al modelo paralelo aunque con algunos cambios. El sistema comenzó a funcionar en junio de 1993 y, como antes de la reforma, es obligatorio para los trabajadores dependientes pero voluntario para los independientes. En este modelo, el programa público (Instituto Peruano de Seguridad Social: IPSS) no se cierra, pero compete con AFPs con CPI y administración privada. Los asegurados presentes y futuros, independientemente de su edad, pueden escoger entre el programa público y una AFP. En todo caso se puede cambiar de AFP una vez por año.

El programa de pensiones del IPSS perdió su autonomía y se convirtió en una Oficina de Normalización Previsional (ONP) que es una dependencia estatal. Hasta julio de 1995 el sistema público continuó con pequeñas modificaciones y las mismas contribuciones: 6% el empleador y 3% el asegu-

rado. Pero en las AFPs la contribución del empleador se eliminó mientras que la contribución básica del asegurado se aumentó al 10%, más 3.5% para pagar la comisión de la AFP y la prima del seguro de invalidez y muerte, así como un 1% que se transfería en solidaridad al ONP (además se permiten contribuciones adicionales voluntarias de asegurados y empleadores). Los salarios de los asegurados que se transferían a las AFPs se incrementaban en aproximadamente un 13.5% pero sólo una vez; la inflación podía reducir el salario real futuro pero el incremento de 11.5 puntos porcentuales en la contribución del asegurado se imponía indefinidamente sobre el salario. Un asegurado que regresaba al IPSS perdía el aumento salarial concedido.

Las condiciones de acceso en la ONP básicamente no se cambiaron pero en las AFPs la edad de retiro se aumentó en diez años para mujeres y cinco años para hombres (de 55/60 a 65). A diferencia de Chile, no se garantizaba una pensión mínima en las AFPs, y el bono de reconocimiento se había concedido sólo a un 1% de los que se pasaron a las AFP, tiene un máximo y no gana interés aunque se ajusta a la inflación. Las diversas contribuciones y condiciones de acceso en los dos sistemas proveían incentivos a los asegurados para quedarse en la ONP y no cambiarse a las AFPs, en contra del interés de los empleadores (que querían eliminar sus contribuciones) y creando una fuerte barrera a la extensión del nuevo sistema. A mediados de 1995, 982,000 asegurados se habían traspasado a las AFPs (contrastado con una predicción de 1.5 millones), un 25% del total afiliado, y sólo la mitad de ellos era contribuyente activo, y el número de AFPs se redujo de 8 a 6, mediante fusiones.

La paralización del traspaso al nuevo sistema forzó la promulgación de legislación

en 1995-96, que homologó la edad de retiro y las contribuciones en los dos sistemas : (i) la edad de retiro se fijó en 65 años para ambos sexos (aumentando cinco años a los hombres y 10 años a las mujeres asegurados en la ONP); (ii) en las AFPs la contribución del asegurado se redujo de 10% a 8% para vejez, más un promedio de 3.8% para la prima de invalidez y muerte y las comisiones a las AFP; en la ONP se aumentó la contribución del asegurado de 3% a 11% (incluyendo vejez, invalidez y muerte) y se eliminó la contribución del empleador y el 1% de solidaridad (en 1997 la contribución del asegurado se aumentó de 11% a 13% con lo cual es 1.2% mayor que en las AFPs); y (iii) se prometió establecer los requisitos y condiciones para garantizar una pensión mínima en las AFP (pero con la diferencia financiada por éstas en vez de por el Estado; hasta fines de marzo de 1997 la reglamentación prometida no había sido promulgada).

Las anteriores medidas promovieron un traspaso notable de asegurados a las AFPs cuyo número, sin embargo, se redujo a 5 a fines de 1996. Estas contaban con 1.3 millones de afiliados o 58% del total, habían acumulado un fondo de US\$949 millones (2% del PIB) y el rendimiento real del fondo promedió 7.1% desde su creación. Dicho rendimiento, no obstante, exhibió una tendencia declinante: promedió 9% desde su inicio hasta fines de 1994, 5.6% en 1995 y 5.8% en 1996 (Adrianzén, Barúa et al 1996; "Ley No. 26504" 1995; Mesa-Lago 1997).

#### **7.b. Paralelo: Colombia**

A principios de 1992 el Presidente de la República sometió al Congreso una propuesta de reforma que básicamente seguía el modelo chileno pero, debido a la crítica y oposición en el Congreso, dicha propuesta fue retirada a fines de 1992, ligeramente modificada y sometida como proyecto de ley a mediados de 1993. La persistente oposi-

ción en el Congreso finalmente forzó un compromiso y la aprobación del sistema paralelo o selectivo, en diciembre de 1993, que comenzó a funcionar en abril de 1994. Pero con diferencias importantes con el modelo peruano.

El programa público (Instituto de Seguro Social:ISS) se basa en la prima media escalonada y continúa pero ha sido reformado. Los asegurados mayores de 35/40 años (mujeres/hombres) pudieron mantener sus antiguas condiciones de acceso; los menores de 35/40 años quedaron cubiertos por el nuevo sistema pero pueden escoger entre el ISS y el programa de CPI (administrado por SAFPs), al igual que los trabajadores que entran por primera vez al mercado laboral. Las transferencias entre el ISS y las SAFPs se limitan a una por cada tres años, y los cambios entre las últimas a dos por año. Los programas de pensiones independientes del sector público se cerraron e incorporaron al ISS. El sistema es obligatorio para los trabajadores dependientes y voluntario para los independientes.

Las contribuciones de los empleadores y asegurados se aumentaron y homologaron en el ISS y las SAFPs: un total de 13.5% mas 1% por los asegurados que ganen mas de 4 salarios mínimos y que se destina a un Fondo de Solidaridad para ampliar la cobertura de trabajadores de bajo ingreso, tales como mujeres microempresarias. La contribución no es definida en el ISS (ya que se basa en la prima media escalonada) pero es definida en el programa de CPI.

En el ISS las condiciones de acceso son definidas: (i) 55/60 años para el retiro, que se incrementan gradualmente a 57/62 años, más 20 años mínimos de trabajo/contribución; (ii) una base salarial que es los 10 últimos años de servicios o toda la vida laboral activa del asegurado, a elección

de éste; y (iii) un 65% del salario base que puede incrementarse gradualmente al 85% si el asegurado continúa trabajando y contribuyendo 8 años más que el mínimo de 20 años. La contribución total del 13.5% ó 14.5% se destina por entero al ISS. El aumento de las contribuciones y endurecimiento de las condiciones de acceso han reforzado al ISS cuya reserva de pensiones aumentó más de tres veces en 1993-95.

El programa de CPI es similar al modelo chileno, con algunas diferencias. Las SAFPs tienen administración múltiple: pueden ser operadas por instituciones privadas, públicas, cooperativas, gremiales, subsidios familiares, mutuales, etc. Ya se ha visto que se mantuvo y aumentó la contribución del empleador. La contribución total del 13.5% cubre el depósito en la cuenta individual del asegurado, que es un 10%, y el resto se destina a la comisión de la SAFP (2.6%) más la prima que ésta paga a la compañía de seguros para cubrir el riesgo de invalidez y muerte (0.9%). Un bono "pensional" reconoce las contribuciones que el asegurado hizo al programa público, se ajusta a la inflación y gana un interés real de 3% a 4% anual, pero requiere 3 años previos de contribución y tiene un techo. Las prestaciones no son definidas pero no se fija ni edad ni período de contribución para el retiro, sólo se exige que la cuenta individual pueda financiar una pensión 10% superior al salario mínimo. El asegurado tiene derecho a una pensión mínima pero ésta requiere tener 57/62 años de edad, mas 23 años de contribución.

A fines de 1996, 10 SAFPs, tenían 2.1 millones de afiliados (un 40% del total), el fondo acumulado ascendía a US\$468 millones (0.6% del PIB), y la rentabilidad promedio del fondo en 1995-96 fue 6.7% (no se dispone de información para 1994-95).(SB 1996; Mesa-Lago 1997).

### **C. La Reforma de las Pensiones: Ventajas y Desventajas de los Modelos**

Las comparaciones entre las ocho reformas estructurales son difíciles debido a que la de Chile lleva 16 años en funcionamiento, mientras que la de Perú tiene menos de 4 años, las de Colombia y Argentina menos de 3, la de Uruguay menos de un año, y las de Bolivia, El Salvador y México no han comenzado a operar. Es prácticamente imposible comparar las reformas estructurales con las no estructurales debido a las notables diferencias en sus características. Al tiempo de concluir este trabajo había varios países estudiando reformas previsionales y el debate envolvía cuatro posiciones, con variantes: el modelo chileno sustitutivo con administración privada (o con administración múltiple como en México), el argentino-uruguayo mixto, el colombiano-peruano paralelo, y reformas no estructurales. Entre dichos países se encontraban Brasil, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Venezuela. El análisis de las ventajas y desventajas de dichos modelos, así como de las diferencias en las condiciones sociales, económicas, políticas y de seguridad social entre los países es importante para ayudarles a seleccionar el modelo que mejor se adapte a sus necesidades.

#### **1. Reformas No Estructurales**

##### **a. Costa Rica**

La reforma no estructural de Costa Rica hizo más estrictas las condiciones de adquisición de la CCSS, aumentó sus contribuciones, y sentó las bases para resolver el problema de las pensiones independientes del sector público con lo cual eliminó privilegios y completó la unificación del sistema. La cobertura de este sistema es casi universal y funciona la solidaridad mediante transferencias para la cobertura de los indigentes; el valor real de las pensiones se restauró des-

pués de una caída. El programa voluntario de pensiones complementarias abarca el 25% de los asegurados y ha acumulado un fondo considerable. Pero el costo del sistema y la contribución salarial son ya muy altos y parece tener un desequilibrio actuarial. Esto ha forzado la consideración de una nueva reforma que incluye el endurecimiento de las condiciones de acceso y un programa obligatorio de pensiones complementarias.

##### **b. México**

La primera reforma (no estructural) mexicana aumentó las contribuciones y flexibilizó las reglas de inversión del IMSS, pero no reformó las condiciones de acceso (que ya son bastante estrictas), ni redujo los altos gastos administrativos, y restauró el valor real de las pensiones a casi el nivel de 1980. Estos cambios, no lograron evitar el desequilibrio contable que se proyecta para 2002. Además el IMSS carece de un elemento fuerte de solidaridad en las pensiones (aunque si lo tiene en salud) y la cobertura de la PEA (uniendo a todos los seguros sociales) no llega al 40%. Las posibilidades de aumentar significativamente dicha cobertura son escasas pues el 7% de la contribución salarial (SAR y vivienda) fueron destinadas a mejorar las pensiones y beneficios de los ya cubiertos en vez de extender la cobertura. El SAR cubría a casi la tercera parte de la PEA y acumuló en tres años una tercera parte del fondo de las AFP en Chile, pero esto se explica por una población casi 8 veces mayor en México que en Chile. Además, el rendimiento real del SAR promedió 5% (menos de la mitad del de Chile y subsidiado por el Estado) y el de la subcuenta de vivienda fue negativo (promedió -4.65% en 1993-95). La grave crisis económica de México en 1995 agravó estos problemas e hizo más fuerte la presión para incrementar el ahorro y la inversión domésticos.

## 2. Reformas Estructurales

### a. Sustitutivos: Chile, Bolivia, El Salvador y México

La reforma de las pensiones en Chile ha generado las siguientes ventajas importantes: (i) reducción de la contribución salarial del asegurado; (ii) pensiones más elevadas en nuevo sistema (hasta ahora) y un otorgamiento más fácil y rápido de las mismas; (iii) erradicación de los regímenes privilegiados (con excepción de las fuerzas armadas, lo cual es cierto en todas las reformas, salvo en Bolivia); (iv) bono de reconocimiento por las contribuciones anteriores abonadas al programa antiguo (con ajuste a la inflación e interés real del 4% anual); (v) garantías estatales para los asegurados en cuanto a: rendimiento mínimo de la inversión, bancarrota de AFPs o compañías de seguro, etc.; (vi) rendimiento real muy alto de la inversión (12.2% promedio); y (vii) eventual desaparición del oneroso programa antiguo.

No obstante, contra las expectativas de los fundadores, existen desventajas y preguntas sin respuesta sobre la reforma chilena: (i) 54% de los afiliados no contribuye activamente al programa de CPI y o bien la cobertura global efectiva de la PEA es menor o el costo fiscal de la pensión mínima va a ser mucho mayor que lo proyectado; (ii) la cobertura del sector informal de la fuerza laboral es mínima, por ejemplo, sólo un 11% de los trabajadores independientes está afiliado y un 4% es contribuyente activo (la mayoría de estos son profesionales de relativamente alto ingreso) pero este grupo, relativamente pequeño en Chile, constituye la mayoría de la fuerza laboral en muchos países latinoamericanos; (iii) hay una alta concentración de la cobertura de afiliados en las tres AFP más importantes, creciendo de 60% a 69% del total; el número de AFPs se mantuvo estático en 12 en 1981-87, au-

mentó a 21 en 1994 y cayó a 13 en 1996, sólo una más que al comienzo; (iv) la elección de AFP por el asegurado es principalmente el resultado de la actividad de los vendedores (15,432 en 1995, los cuales absorbieron el 41% del costo administrativo total y cambiaron al 45% del total de asegurados contribuyentes), así como de la publicidad, y no de los mayores rendimientos y menores comisiones de las AFPs, lo que indica que el asegurado no tiene el conocimiento suficiente para tomar decisiones y que, por tanto, el sistema no es tan competitivo como se pregona; (v) hay proyecciones contradictorias de las tasas futuras de reemplazo salarial, las que fluctúan entre 37% y 86% para los hombres y de 32% a 57% para las mujeres (lo que demuestra una notable discriminación por sexo) según se usen supuestos pesimistas o optimistas para esos cálculos; (vi) hay dudas sobre la capacidad del mercado interno de capitales para absorber el monto creciente de fondos (a fines de 1996 igual a 39% del PIB y que se proyecta alcanzará el 100% del PIB en el año 2025); (vii) los altos rendimientos de las acciones de empresas parecen estar inflados artificialmente por la cantidad reducida de las que califican en la bolsa; la autorización para invertir hasta el 9% del fondo en instrumentos extranjeros (una posible alternativa para canalizar el creciente flujo de capital debido a la limitada disponibilidad de oportunidades internas de inversión) no ha dado resultado hasta ahora; y el rendimiento real negativo en 1995 (-2.5%) ha provocado una caída en la proporción del fondo invertido en acciones de empresa; (viii) no hay evidencia de que el sistema como un todo (combinando el antiguo y el nuevo) haya tenido un efecto positivo neto sobre el nivel de ahorro interno, por lo contrario, en 1981-95 el balance neto resultó negativo en cada año y promedió -2.6% en el periodo; esto se debe, a pesar de la acumulación enorme del fondo de CPI, a que el costo fiscal de la reforma es mayor,

porque el Estado debe sufragar el déficit del programa público, el bono de reconocimiento y la pensión mínima; y (x) hace falta un balance actuarial global de todo el sistema, y las proyecciones de los costos futuros varían ampliamente porque los datos son incompletos (Arenas 1997; Mesa-Lago y Arenas 1997).

La reforma boliviana incorporó un elemento innovativo: el fondo de capitalización colectiva, pero el mismo discrimina arbitrariamente por la edad del asegurado (los que eran menores de 21 años al 31 de diciembre de 1995 no tienen derecho al bono) y, además, no tiene en cuenta el ingreso de los beneficiarios; hubiera sido más razonable y progresivo que se hubiese usado ese fondo para asistir a las personas más necesitadas. Un serio problema es que habrá un duopolio de AFPs en los primeros 5 años de operación, el gobierno ha asignado a los asegurados a las dos AFPs y no se permitirán cambios hasta el año 2000, por lo que el sistema no será competitivo. También en los primeros 15 años toda la inversión estará en títulos de la Tesorería y el Estado no ofrece garantía alguna a los asegurados ("Ley de Pensiones" 1996).

La reforma salvadoreña probablemente reducirá los costos fiscales de la transición, porque: (i) mantiene la contribución del empleador y aumenta la del asegurado, (ii) impone fuertes restricciones a la pensión mínima y al bono de reconocimiento, y (iii) elimina las garantías estatales que existen en Chile, pero estas dos últimas limitaciones disminuyen las bondades de dicho sistema. Además, debido al reducido número de asegurados (como en Bolivia) sólo funcionarán 2 ó 3 AFPs, por lo que no habrá competencia. El mercado de valores recién se ha regulado y tendrá problema para absorber el flujo de capital por lo que se concentrará la inversión en valores públicos y será difícil diversificar

la cartera.

En estos dos países, no sólo se eliminan algunas de las ventajas del modelo chileno sino que, además, debido a características económicas locales no funcionarán elementos esenciales como la competencia, y el rendimiento del fondo posiblemente será menor. No hay posibilidades realísticas de extender la cobertura poblacional con este modelo, lo cual es un problema pues sólo 12% de la PEA está cubierta en Bolivia y 23% en El Salvador. El sector informal en ambos países es muy grande y el sistema concede cobertura voluntaria a los trabajadores independientes (ya se vio que proporción tan pequeña de ellos está incorporada al sistema chileno).

La reforma mexicana se distingue de las tres anteriores porque su administración no es exclusivamente privada sino múltiple. Este modelo debería reducir también los costos fiscales de la transición pues mantiene la contribución del empleador, elimina el bono de reconocimiento (aunque da la opción a los actuales asegurados de acogerse a las condiciones de acceso del sistema antiguo al tiempo del retiro), requiere 24 años de contribución para otorgar la pensión mínima, y no otorga otras garantías estatales como en Chile. Debido al gran tamaño de la población cubierta y mayor desarrollo del mercado de capitales, existen muchas más posibilidades de mejor competencia en México que en Bolivia y El Salvador (hay 17 AFORES aprobadas) y de más alto rendimiento de la inversión (pero en el primer año de funcionamiento toda la inversión deberá estar colocada en valores públicos). Aunque la cobertura de la PEA en México es mayor (38%) que en los otros dos países, existe un vasto sector informal que será igualmente difícil de cubrir con el nuevo sistema, que sólo ofrece cobertura voluntaria a los independientes.

## **b. Mixtos: Argentina y Uruguay**

El sistema mixto combina ventajas del seguro social y del programa de CPI. El mantenimiento del programa público (aunque reformado), sostiene elementos básicos de solidaridad, mientras que la CPI estimula el ahorro individual y provee pensiones complementarias de acuerdo con el ingreso/contribuciones del asegurado. Además, este sistema debería reducir los costos fiscales de la transición en los dos países, por las razones siguientes: (i) el déficit del programa público es mucho menor que en Chile, porque dicho programa no se cierra y continúa recibiendo las contribuciones de los empleadores (que no fueron eliminadas como en Bolivia, Chile y Perú), además las condiciones de acceso se han hecho más estrictas y adecuadas a las características demográficas de estos países; (ii) el costo del bono de reconocimiento en Argentina (prestación compensatoria que realmente no era necesaria) es también menor porque tiene un techo y no paga interés, mientras que en Uruguay no se otorga dicho bono porque los asegurados en el sistema mixto no se transfieren de un programa a otro; y (iii) el Estado no tiene que garantizar una pensión mínima en el programa de CPI, pues el programa público paga una pensión básica y los años de contribución requeridos para acceder a dicha pensión son más altos que en Chile (lo cual debería reducir a los "free riders"). Los cambios de administradoras se limitan a dos por año, lo cual debe disminuir los costos de mercadeo y vendedores. En Argentina se creó una agencia estatal unificada de recaudación que resuelve el problema sufrido por los empleadores chilenos de llenar múltiples formularios para las varias instituciones administradoras de la seguridad social. El número de AFJPs en Argentina es de 21 (actualmente el más alto de todos los países)

y el grado de concentración de los asegurados en las tres mayores es 40% (el más bajo), por lo que parece haber mayor competencia. Este es un punto interesante pues Argentina no sigue el modelo chileno de administración privada exclusiva, sino que hay múltiples tipos de gestores de las AFJPs. Además, en Argentina, el rendimiento real de la inversión ha sido hasta ahora más alto que en Chile, aunque el periodo de funcionamiento de la primera es muy corto para llegar a conclusiones sólidas en este punto. En ambos países los trabajadores independientes siempre han estado cubiertos y esto continúa en el nuevo sistema, por lo que la cobertura poblacional es más amplia que en Chile.

En cuanto a las desventajas, hay dudas sobre si el programa público será autofinanciable con parte de los ingresos por contribuciones que antes recibía (sólo 60% en Argentina). Esto pudiera en parte compensarse con los nuevos impuestos concedidos por el Estado, más el endurecimiento de las condiciones de adquisición (más en Argentina que en Uruguay), la eliminación de privilegios y la reducción del monto de las pensiones antiguas a una básica. Pero habrá que esperar un tiempo para encontrar respuesta a esta duda. También, como en Chile, se reporta en Argentina que sólo 58% de los afiliados contribuyen activamente al programa. En Uruguay se permite invertir hasta el 100% del fondo en valores públicos y no se dispone de información sobre la composición actual de la cartera y el rendimiento real del fondo. Aunque hay más flexibilidad en Uruguay que en Bolivia (y en el primer año en México), en que obligatoriamente hay que invertir todo el fondo en valores públicos, el máximo de Uruguay es el doble que el legal y actual de Argentina y Chile, y diez veces la proporción actualmente invertida en dichos instrumentos en Colombia y Perú.

### c. Paralelos: Colombia y Perú

Este modelo tiene la ventaja de que los asegurados, presentes y futuros, pueden escoger entre el programa público y el de CPI (con administración privada en Perú y múltiple en Colombia). Esta libertad, por tanto, es mucho más amplia que el modelo sustitutivo, a par que se termina el monopolio de la seguridad social (ONP e ISS) y se estimula la competencia. El modelo colombiano de inicio tenía varias ventajas sobre el peruano: las condiciones de adquisición se hicieron mucho más estrictas y las contribuciones de ambos programas se homologaron. Por lo contrario, en Perú, hasta 1995, las contribuciones del asegurado en ONP eran inferiores que en las AFPs, mientras que las condiciones de acceso eran más liberales en el primero. Por ello, la proporción de asegurados que se pasó al programa de CPI fue muy baja en Perú, hasta que se homologaron las contribuciones y algunas condiciones de acceso en los dos programas. En 1996 el 58% de los asegurados se había cambiado al programa de CPI en Perú y 40% en Colombia; esta diferencia actual parece explicarse por una mejor situación financiera del ISS versus la ONP. En ambos países se han puesto limitaciones al bono de reconocimiento y a la pensión mínima, por lo que su costo deberá ser menor. En Colombia se restringen los cambios de administradoras a dos por año, lo que debe reducir los costos de mercadeo y vendedores, mientras que en Perú no hay limitaciones (como en Chile) por lo que dichos costos deben ser más altos.

En Perú, el bono de reconocimiento se ha otorgado a menos del 1% de los asegurados y la pensión mínima no se otorgaba inicialmente; en 1995 se estableció el principio legal sobre la segunda pero se cargó su financiamiento a las AFPs (en vez del Estado) y no se ha dictado la regulación necesaria, por lo que no está en vigor. Mas aún, el Es-

tado no garantiza el rendimiento mínimo de la inversión, ni las pensiones en caso de bancarrota de AFPs o compañías de seguro, por todo lo cual, el modelo peruano es más duro que el chileno ya que elimina varias de sus ventajas. En ambos países existe la interrogante sobre si el programa público (ONP e ISS) estará equilibrado; en el caso peruano esta duda es mayor puesto que no se han restringido todas las condiciones de acceso de dicho programa (excepto el aumento de la edad de retiro) como se hizo en Colombia (en este último las reservas del ISS se han triplicado desde la reforma). En Colombia existen 9 SAFPs y el grado de concentración en las tres mayores es del 58% (menor que en todos los países salvo Argentina), mientras que en Perú el número de AFPs se ha reducido de 8 a 5 y el grado de concentración es el 73% (el más alto de todos los países). El rendimiento real de la inversión en ambos países (7.% en Perú y 6.7% en Colombia) es muy inferior a los de Argentina (16.2%) y Chile (12.2%) y en Perú exhibe una tendencia declinante; el tamaño más pequeño del mercado de valores en los dos países (o características de los modelos) pudiera explicar esta diferencia. Sólo el 45% de los afiliados son contribuyentes activos en Perú y una mitad en Colombia, proporciones muy parecidas a las de los otros países con CPI, lo que refuerza el punto de que la cobertura efectiva debe ser inferior (o el costo de la pensión mínima será superior en Colombia). Ambos países tienen una cobertura de la PEA superior a las de Bolivia y El Salvador, parecidas a la de México, pero muy inferior a las de Argentina, Chile y Uruguay: 32% en Perú y 38% en Colombia. El sector informal en ambos es considerable (enorme en Perú) y la cobertura de los independientes es voluntaria en ambos, lo que crea fuertes obstáculos a la extensión de la cobertura poblacional. En Colombia se creó un Fondo de Solidaridad con la contribución del 1% del salario de los asegurados de ingreso medio-

alto, pero estos recursos serán muy reducidos para tener un impacto importante en dicha extensión. En Perú inicialmente existió una contribución del 1% ("solidaridad") para fines asistenciales, pero se abolió en 1995.

#### **D. Resumen de las Principales Lecciones de las Reformas y Aplicación a Guatemala**

Varias lecciones importantes se derivan del análisis de las características y ventajas-desventajas de las reformas estudiadas en pensiones y salud, lecciones que deben de ser tenidas en cuenta en la reforma de Guatemala:

##### **1. Modelo Unico-Universal o Diversidad**

Todas las reformas son distintas, aun cuando el modelo general sea el mismo. Por ejemplo, los cuatro países que siguen el modelo sustitutivo en pensiones (Chile, Bolivia, El Salvador y México) muestran diferencias notables en cuanto a: el "cierre" del sistema antiguo, la libertad de elección dada al asegurado para quedarse o mudarse, la contribución del empleador, el bono de reconocimiento, la pensión mínima, el tipo de administración del programa de CPI, las garantías del Estado, etc. Dichas distinciones son aún mas importantes entre los tres modelos generales. Hemos notado tambien notables diferencias entre los tres tipos de reforma de salud y dentro de cada uno de ellos. La pretensión de que existe un modelo universal de reforma (al menos en pensiones) no está validada por las reformas ocurridas en los ocho países.

Guatemala no debe dejarse llevar por el espejismo de que hay un sólo modelo de reforma y de que éste es perfecto, por lo contrario, debe estudiar las ventajas y desventajas de los modelos existentes, escoger aquél que sea el mas adecuado y adaptarlo a

sus condiciones económico-sociales y necesidades.

##### **2. Costo Fiscal de la Transición y Regresividad**

Hay que evaluar con extremo cuidado el costo fiscal de la transición en la reforma pensional. El mantenimiento de los derechos adquiridos, el bono de reconocimiento, la pensión mínima y las otras garantías estatales son todos elementos humanitarios de la reforma, pero gravosos en extremo. Las reformas que siguieron a la chilena han tratado de reducir este costo con restricciones y cambios pero siempre pagando cierto precio social. Es preciso, por tanto, equilibrar dichas concesiones o bondades con una evaluación precisa de la carga que ellas impondrán a la sociedad (presente y futura) y los costos alternativos para otros programas públicos que protegen a grupos de ingresos mucho mas bajos que el de los asegurados. Mientras mas reducida es la cobertura poblacional en el país, mas regresivo se vuelve el subsidio estatal para consolidar el sistema de protección de una minoría.

La relativamente baja y estancada cobertura poblacional de Guatemala (especialmente en EMA) y las difíciles condiciones económico-sociales heredadas del conflicto bélico (incluyendo un índice muy alto de pobreza), hacen especialmente importante la evaluación de los costos fiscales de la transición y su impacto progresivo o regresivo.

##### **3. Mercado, Administración Privada, Competencia y Morosidad**

El mercado y la administración privada no aseguran forzosamente la competencia, el control de la evasión y la morosidad, la reducción de los costos administrativos, etc. Ya se ha visto que existe una alta

concentración de asegurados (entre 40% y 100%) en las tres aseguradoras de pensiones mayores), que entre 45% y 58% de los afiliados no contribuyen activamente al sistema nuevo, y que la selección de la administradora por el asegurado no se basa en su alto rendimiento y baja comisión, sino en la acción de los vendedores y la publicidad, los cuales alcanzan los costos de administración. Se ha notado que la Argentina, que tiene un tipo de administración múltiple, muestra el mayor número de AFJPs, el menor grado de concentración de asegurados, y el rendimiento real más alto del fondo. La pretendida libertad de elección de administradora, como base esencial de la competencia, no existe legalmente en Bolivia ni en la práctica en El Salvador.

La población de Guatemala es cercana a los 12 millones de habitantes, lo cual la coloca en un grupo intermedio en la región, y la PEA sobrepasa los 3 millones y se ordena en una posición similar. Estas cifras sugieren que el país tiene una población suficientemente amplia para asegurar cierta competencia, comparada con países de muy baja población y PEA como El Salvador y Nicaragua. La mayoría de los países que han introducido reformas estructurales tienen poblaciones grandes, como Argentina, Colombia, México y Perú o similares a la de Guatemala, como Chile. La población activa cubierta por el IGSS en pensiones es cercana al millón y equivale al 27% de la PEA. En cuanto a dicho porcentaje, Guatemala se coloca en un tercer grupo de países en la región: (1) Argentina, Brasil, Costa Rica, Cuba, Chile y Uruguay tienen una cobertura de la PEA entre 70% y 95%; (2) Panamá, Venezuela, México y Colombia entre 40% y 60%; (3) Perú, Guatemala, Ecuador y El Salvador entre 23% y 32%; y (4) el resto de los países (incluyendo a Bolivia) entre 7% y 14% (Mesa-Lago y Bertranou 1997). La combinación del tamaño de la PEA y su porcentaje

cubierto en Guatemala, por tanto, sugiere que podría funcionar cierta competencia, especialmente si se aumenta la cobertura poblacional. En este sentido, Guatemala tiene una ventaja sobre países como Bolivia y El Salvador, que tienen una PEA mucho más pequeña y un porcentaje de cobertura inferior (por ejemplo, El Salvador tiene sólo 208,152 activos cubiertos y 23% de cobertura, y Bolivia tiene 356,000 y 12% respectivamente).

#### **4. Programa de CPI, Mercado de Valores y Rendimiento del Fondo**

La creación de un programa de CPI no genera *ipso facto* un dinámico y seguro mercado de valores y un alto rendimiento positivo de la inversión del fondo. Los países que tienen pequeñas poblaciones cubiertas y carecen de un mercado de valores e industria del seguro (o estos son incipientes y no están regulados) confrontarán fuertes obstáculos para encontrar instrumentos financieros rentables y diversificar la cartera. En los cuatro países en que la reforma ha funcionado por cierto tiempo, el promedio del rendimiento real anual oscila entre 7% y 16%, lo cual es muy alto y positivo, pero sucede que estos países tienen poblaciones cubiertas relativamente grandes y mercados de valores regulados y con cierta trayectoria. Dichos rendimientos no serán necesariamente logrados en otros países con condiciones distintas.

Como vimos en la sección anterior, la base poblacional de Guatemala podría facilitar un mínimo de competencia. Pero el mercado de capitales es incipiente y la bolsa de valores no está regulada ni fiscalizada por el Estado, y la mayoría de sus instrumentos son especulativos y muy riesgosos (aunque algunos son más seguros y el IGSS ha comenzado a invertir en ellos). Además la Ley Orgánica del IGSS es en extremo restrictiva.

Aunque los rendimientos de la inversión del IGSS no fueron tan negativos como en otros países centroamericanos en los 80 y se tornaron positivos en 1994-95, hay sólo tres canales de inversión (92% de ésta es canalizada por el Banco de Guatemala) y estos se estaban volviendo incapaces en 1996 de absorber las inversiones del IGSS. Por todo esto se concluye que: (a) habría que regular y fiscalizar el mercado de valores y reformar la Ley Orgánica del IGSS para crear mas alternativas de inversión; y (b) un modelo sustitutivo como el de Chile no podría funcionar, pero uno mixto (con un menor flujo de capital e inversión) podría ser factible si se creasen las bases necesarias.

### 5. Impacto en el Ahorro Nacional

La reforma de pensiones (especialmente la sustitutiva) se promueve en todos los países como un paso esencial para aumentar el ahorro nacional. Como prueba de ello se apunta que en Chile, el fondo de pensiones equivale al 40% del PIB (en los otros países fluctúa entre 0.2% y 2% del PIB pero puede alegarse que esto, al menos en parte, se debe al período mucho mas corto de funcionamiento del sistema). Pero se omite el costo fiscal de la transición del sistema por el deficit del programa antiguo cerrado, el bono de reconocimiento y la pensión mínima. Cuando se combinan ambos en Chile, el balance neto en 1981-96 es negativo en todos los años y promedia -2.6% del PIB en el periodo. De ahí que, hasta ahora, no existe prueba alguna de que el programa de CPI genera un balance positivo neto en el ahorro nacional.

Vimos en el diagnóstico que, a pesar de la inflación y la intervención adversa estatal en las inversiones, la reserva real del IGSS aumentó casi 66% en 1980-1995; en el último año la inversión del IGSS equivalió a 146% del total de sus ingresos y a 2.3% del

PIB. Además las reservas de IVS están separadas de las de EMA y no se han utilizado para la construcción de hospitales, etc. Por otra parte, el rendimiento real promedio de la inversión fue de -3.8% aunque promedió 4.8% en 1994-95. Si bien la mayoría de estas cifras son positivas, lo dicho en el párrafo anterior indica que la reforma no debe tener como meta principal el aumento en el ahorro nacional, pero otros objetivos que no menoscaben ese potencial en el futuro.

### 6. Cobertura Poblacional

En Argentina, Chile y Uruguay, la cobertura de la PEA en pensiones es aproximadamente del 80% ( y era muy similar *antes* de la reforma), pero en Colombia, México y Perú fluctúa entre 32% y 38%, y en Bolivia y El Salvador entre 12% y 23%. Sólo en Argentina y Uruguay se cubre obligatoriamente a los trabajadores independientes, mientras que en los otros países la cobertura es voluntaria (tanto en pensiones como en salud). En Chile sólo 11% de los independientes están afiliados en pensiones y 4% son contribuyentes activos (mayormente profesionales en el sector formal); si esto ocurre en este país, 16 años despues de iniciada la reforma, con una cobertura general altísima y un sector informal y de trabajadores independientes de los mas pequeños en la región, las posibilidades de extensión de la cobertura en países con una mayoría o gran parte de la fuerza laboral informal son virtualmente nulas. La reforma de la seguridad social no debe ignorar este punto y menos aún asignar importantes recursos fiscales para apuntalar la cobertura de la minoría asegurada, cuando dichos recursos serían mejor utilizados en crear empleo productivo, proporcionar pequeños préstamos a microempresas, estimular la legalización del sector informal, proveer redes de protección mínima a los mas pobres, etc.

En Guatemala un 27% de la PEA está actualmente cubierta por el IGSS en IVS (un 16.3% de la población está cubierta en EMA), y dicho porcentaje cayó de 35.4% en 1975 (la cobertura de la población total en EMA aumentó ligeramente de 12.2% en ese año). En salud, la cobertura combinada del IGSS, el MSPAS y el sector privado es a lo mas el 58% de la población total. El diagnóstico mostró las barreras a la extensión de la cobertura en Guatemala: (a) virtualmente la totalidad de la PEA cubierta por el IGSS está en el sector formal, asalariado y predominantemente urbano (o en áreas rurales con alta proporción de asalariados en actividades agrícolas importantes); (b) la mayoría de la fuerza laboral es informal (cuenta propia, familiares no remunerados, microempresarios y sus empleados, empleados domésticos, asalariados temporales) y legalmente no cubierta por el IGSS; (c) mas de la mitad de los departamentos no tienen cobertura de EMA, estos son los menos desarrollados, mas rurales y aislados, y con concentración de población indígena no incorporada a la producción; (d) la mayoría de los niños mayores de 5 años y las mujeres no están cubiertos; y (e) un 63% de la población es pobre y tampoco está cubierta. Pero, además de estas barreras estructurales (exógenas), existen problemas administrativos y de financiamiento que impiden la extensión de la cobertura. De ahí que la reforma debe asignar prioridad a extender la cobertura poblacional, tanto en salud como en pensiones, eliminar los obstáculos institucionales y diseñar vías especiales para la incorporación de ciertos grupos y regiones (por ejemplo, mediante el modelo Escuintla mejorado).

## 7. Papel del Estado

El papel del Estado ha sido esencial en todas las reformas, incluyendo las de tipo sustitutiva con administración privada: haciendo obligatoria la afiliación al sistema,

financiando la transición, creando una Superintendencia (en la mayoría de los países financiada por el fisco y en otros por las administradoras) que estrictamente regula y supervisa el sistema, brindando garantías al sistema y a los asegurados. Sin este rol estatal crucial, el sistema no hubiera tenido éxito ni en Chile ni en los otros países. Pero en Argentina, Colombia, Chile, México y Uruguay historicamente el Estado cumplía con sus obligaciones de seguridad social *antes* de la reforma y ha continuado con esa tradición despues de la misma. Por lo contrario, en El Salvador, Perú y la mayoría de los países latinoamericanos, el Estado ha jugado un papel negativo en la seguridad social: no ha contribuido regularmente como empleador y tercera parte (generando una enorme deuda que se ha devaluado progresivamente y a veces evaporado con la inflación); ha obligado al seguro social a depositar sus fondos en la banca central sin indexar el principal y sin pagar interés (o pagándolo pero con tasas reales negativas); o ha forzado al seguro social a invertir casi todas sus reservas en papeles públicos sin valor.

El Estado en Guatemala ha jugado un papel negativo en la seguridad social de varias formas:(a) no ha pagado su aporte como Estado al IGSS y tampoco la mayor parte del tiempo su contribución como empleador (adeudando Q. 1,864 millones); (b) le ha cargado a EMA la atención de las clases pasivas del Estado sin pagar nada por estos servicios; (c) ha exonerado a la Universidad de San Carlos y a las bonificaciones incentivos a los trabajadores del pago de sus contribuciones al IGSS; y (d) obligó en 1986-1991 a depositar casi el 100% de la inversión del IGSS en el Banco Central sin indexación del principal y con tasas de rendimiento reales negativas. Es por tanto necesario un cambio drástico en el papel estatal, cualquiera que sea el tipo de reforma que se adopte, para que ésta pueda funcionar y tener éxito. Los aportes estatales deben usarse para extender la cobertura a los sectores de bajos ingresos y pobres.

## XII. EVALUACION DE LAS PROPUESTAS DE REFORMA

En esta sección se describen brevemente y evalúan cuatro recientes lineamientos, intentos y/o propuestas de reformas de la seguridad social o del IGSS en particular: (A) el informe y recomendaciones de reforma del BID (1993); (B) los cambios a la Ley Orgánica del IGSS por el Decreto 39-94 del Congreso (1994); (C) los estudios y lineamientos de reforma del CIEN (1992-1997); y (D) la propuesta de reforma del IGSS (1996).

### A. El Informe y las Recomendaciones de Reforma del BID (1993)

En 1992-1993, una misión del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) preparó un informe comprensivo de la seguridad social de Guatemala, con focalización en el área de salud y en el IGSS (Cruz-Saco 1993, 1994). El mismo desarrolló un diagnóstico de la situación actual, varios de cuyos aspectos han sido citados en la primera parte de este estudio. Al final del informe se revisaron brevemente tres modelos alternativos de reforma que podrían aplicarse en Guatemala: (1) continuar con el sistema actual (IGSS) pero con reformas substanciales; (2) crear sistemas mixtos o paralelos con varias alternativas, tanto en EMA como en IVS; y (3) establecer un sistema sustitutivo de CPI con administración privada (modelo chileno).

El Informe propuso que, primero, se llevase a cabo la reforma del IGSS (alternativa 1) y, después, se decidiera sobre si continuar con este modelo o adoptar una de las otras alternativas. En la alternativa 1 (reforma del IGSS) se hicieron recomendaciones en cuatro áreas, con medidas concretas en cada una de ellas: (a) incrementar los ingresos del IGSS; (b) reducir sus egresos; (c) mejorar la administración y reducir sus gastos; y (d) extender la cobertura. Además, se recomendaron estudios actuariales de los programas

del IGSS, así como del impacto económico-financiero de las reformas propuestas, de la extensión de la cobertura poblacional, y de la necesaria coordinación de los servicios de salud del IGSS y el MSPAS. En general, las recomendaciones de este estudio fueron atinadas y varias de ellas se han incorporado a nuestra propuesta de reforma.

### B. Los Cambios de la Ley Orgánica por el Decreto 39-94 del Congreso (1994)

El Congreso de la República aprobó, el 28 de abril de 1994, el Decreto No. 39-94, el cual modificaba a la Ley Orgánica del IGSS y contenía los siguientes puntos principales: (a) creaba un nuevo IGSS que debía extender la cobertura poblacional a: campesinos arrendatarios, pequeños parcelarios, sector informal, empleadas domésticas y trabajadores por cuenta propia (el Estado aportaría la cuota patronal en caso de todos los trabajadores no asalariados); (b) introducía cambios en la composición de la Junta Directiva del IGSS, la cual quedaría integrada por nueve representantes, tres de cada uno de: los trabajadores, los empleadores y el Estado (por tanto, eliminaba a los representantes del Colegio Médico, de la Universidad de San Carlos de Guatemala y de la Junta Monetaria); (c) establecía que el Gerente debería ser un profesional de comprobada experiencia en seguridad social y administración (pero no determinaba quien nombraría al Gerente y a los subgerentes) y creaba un Consejo Técnico de la Junta Directiva integrado por 8 expertos en campos diferentes; (d) ordenaba que, cada seis meses, el IGSS enviase a sus afiliados un estado de cuenta con su inscripción y monto de las contribuciones pagadas por él y su empleador; (e) prohibía la concesión de préstamos directos del IGSS al Esta-

do y otros organismos públicos, establecía un límite del 25% de la inversión del IGSS en bonos estatales y municipales, y ordenaba que los referidos bonos devengasen la tasa más alta pagada por dichos instrumentos; y (f) establecía un plan para pagar la deuda del Estado al IGSS, comenzando en 1995, con una partida anual de Q. 200 millones (Congreso 1994).

El IGSS dirigió una carta al Presidente de la República (17 de mayo de 1994) e interpuso un recurso de inconstitucionalidad contra el Decreto 39-94. La principal razón de estas acciones era la creación de un nuevo IGSS que violaba la Constitución y la Ley Orgánica, a par que creaba el peligro de sustituir al IGSS por otra institución que no estaba definida en el referido Decreto. Aunque la mayoría de los alegatos jurídicos del IGSS eran razonables y su temor bien fundado, el recurso también se opuso a otros puntos del Decreto que eran beneficiosos para el IGSS (pago de la deuda estatal, límite a la inversión en bonos públicos y aseguramiento de un rendimiento mínimo de los mismos, creación de un Consejo Técnico) y para los no asegurados (extensión de la cobertura a ciertos grupos de trabajadores con apoyo estatal, emisión de reportes bianuales a los asegurados sobre su cuenta individual). En nuestra opinión, también era adecuada la reforma de la integración de la Junta Directiva, puesto que eliminaba a representantes que no contribuyen como patronos (la Universidad de San Carlos) o constituyen grupos de presión dentro del IGSS (el Colegio Médico) o jugaron en el pasado un papel adverso en cuanto a la inversión del IGSS (la Junta Monetaria). (IGSS 1994). El Presidente de la República vetó el Decreto por lo cual nunca entró en vigor.

Aunque nuestra propuesta mantiene al IGSS (si bien con reformas importantes) y acoge su propuesta de reforma (también con

modificaciones importantes), incorpora algunos aspectos positivos del Decreto 39-94.

### **C. Los Estudios y Lineamientos para la Reforma del CIEN (1992-1997)**

#### **1. Evaluación del Diagnóstico del CIEN**

Desde 1992 el Centro de Investigaciones Económicas Nacionales (una organización privada de pensamiento neo-liberal) ha realizado diagnósticos escuetos y propuesto lineamientos muy generales de reforma en materia de pensiones y salud. Sin embargo, hasta ahora, el CIEN no ha publicado un diagnóstico profundo sobre la situación (como lo hizo el BID y se hace en la primera parte de nuestro estudio), ni tampoco una propuesta detallada sobre las reformas que patrocina (como veremos ha producido el IGSS y se hace en nuestra propuesta).

La mayoría de las observaciones del CIEN relativas a la situación actual del IGSS son correctas (baja cobertura poblacional, falta de autonomía, bajo rendimiento de la inversión, caída en el valor real de las pensiones, diferentes condiciones de acceso con las de CPE y el IPM) y se han desarrollado extensamente en la primera parte de nuestro estudio, pero hay varias que distorsionan la realidad. En sus primeras publicaciones, el CIEN afirmaba que el programa del IVS funciona con un régimen de "reparto", aunque reconociendo que debido a su juventud no sufre de problemas financieros pero afirmando que los confrontará en el futuro (CIEN 1992a, 1992b). Más recientemente, el CIEN ha rectificado diciendo que el IVS se basa en el régimen de prima escalonada, pero pronosticando que se convertirá en reparto puro al llegar a su etapa de madurez (Mérida 1997). Se predice que la contribución del trabajador aumentará a 20.6% en el año 2011 y que el Estado, a mediano plazo, no podrá sostener el programa (pero no se expli-

ca que uno de los principales problemas del IGSS es la deuda del Estado como patrono y tercera parte). No se han publicado los cálculos ni la metodología de dichas proyecciones, por lo que su validez es cuestionable. A veces ocurren contradicciones entre los documentos del CIEN o en un mismo documento; por ejemplo se dice (CIEN 1992b) que la reserva de IVS ha caído como resultado de la inflación (en realidad hemos visto que la reserva real ha crecido pero no tanto como la reserva nominal), pero por otra parte se afirma que "los ingresos [del IVS] por concepto de renta de activos prácticamente se duplicaron. Ello se deriva del crecimiento que ha tenido el Fondo de Reserva del IVS" (CIEN 1992a). En casi todos los documentos no se aclara el papel adverso que ha jugado el Estado en el financiamiento del IGSS o se achaca exclusivamente al IGSS la ineficiencia de la inversión. Esta se culpa a la colocación de las reservas en bonos del tesoro de Guatemala "lo cual indica que son fondos desaprovechados como fuente de ahorro para la inversión productiva" (CIEN 1997). En otro documento se atribuye este problema a la falta de independencia del IGSS, demostrada "en 1986 cuando se tomó la decisión de retirar los depósitos bancarios en que estaban invertidos los recursos del Fondo de Reserva del IVS, para invertirlos en Bonos del Tesoro..."(CIEN 1992b). Pero no se deja en claro que esta decisión no fue del IGSS sino obligada por el Estado. En ningún documento que hemos tenido a nuestra disposición, se reconoce que la inversión real del IGSS se ha tornado positiva en años recientes. En otro documento se reconoce que no hay un mercado de valores, por lo que no existen alternativas a la inversión rentable del IGSS, de ahí que la primera acción debe ser desarrollar dicho mercado (CIEN 1992a).

## **2. Propuestas de Reforma en Pensiones**

El CIEN recomienda la separación de los programas de EMA e IVS (aspecto en que coincidimos) pero no aclara que en el IGSS las reservas de estos dos programas está claramente separadas y que no han ocurrido transferencias entre ellas como es usual en la región. La reforma que propone el CIEN en el programa IVS sigue fielmente el modelo chileno: (1) se "cierra" el IGSS para nuevos ingresantes en el mercado de trabajo y se da la opción a los asegurados actuales para quedarse en el IGSS o mudarse al nuevo sistema; (2) se crea un sistema de CPI con administración privada, que sustituye al sistema del IGSS, y se da a los asegurados del nuevo sistema la libertad de elección entre administradoras que compiten entre sí; (3) se elimina la contribución del empleador porque "desincentiva la contratación de mano de obra, contribuyendo por tanto a un mayor desempleo" (aspecto que no ha sido hasta ahora probado cuando el empleador transfiere su contribución al consumidor); (4) se aumenta la contribución del asegurado de 1.5% a 13% porque la actual "no es compatible con el financiamiento del sistema" (o sea, es insuficiente, pero se carga todo el financiamiento al asegurado), este aumento de casi nueve veces la contribución del trabajador impediría la extensión del sistema a grupos de ingresos mas bajos que el de los actuales asegurados; (5) se asigna al Estado un papel "subsidiario": la obligatoriedad del sistema, su supervisión, la garantía de una pensión mínima, y el pago del bono de reconocimiento; éste "no sería una carga financiera adicional para el Estado puesto que dicha obligación ya la adquirió al momento de haber entregado bonos del Tesoro a cambio del Fondo de Reserva"(con lo cual se acepta la validez de estos instrumentos que antes se

negó al IGSS); no se dice nada sobre la pesada carga fiscal que resultará del déficit del sistema antiguo; y (6) se crea una Superintendencia pero no se especifica si será financiada por el Estado o las propias administradoras. A diferencia con el modelo chileno, al tiempo del retiro, el asegurado sólo tendría una opción: la anualidad de renta vitalicia ofrecida por compañías de seguros y otras instituciones financieras (no se ofrecen las opciones de retiro programado y combinación de éste con una renta vitalicia). El CIEN asegura, contrario a la evidencia acumulada en Chile, que el nuevo sistema tendrá un fuerte impacto en el ahorro nacional, lo que creará un "circulo virtuoso" de inversión productiva, crecimiento económico, mayor empleo y aumento de los salarios (CIEN 1992a, 1992b, 1995b, 1997).

La diferencia mas importante con el sistema chileno, es que el CIEN propone la reforma en dos etapas: una a corto plazo y otra a mediano y largo plazo. La etapa de corto plazo es "indispensable" para "preparar el terreno" para la reforma a mediano y largo plazo. En la primera etapa se implementarían dos tipos de acciones: (1) reforzamiento administrativo y financiero del IGSS: (a) restaurando su autonomía (incluyendo el nombramiento del Gerente por la Junta Directiva), (b) separando sus programas de salud y pensiones, (c) racionalizando su personal, (d) creando un comité técnico de inversiones, (e) aumentando la contribución y la edad de retiro, (f) controlando mejor la evasión y la mora, y (g) homogeneizando las condiciones de acceso, el cálculo de la pensión y la determinación del salario base; y (2) creación de un mercado de capitales, regulándolo y afianzándolo, así como modificando la legislación sobre las compañías de seguros. Todas estas medidas fueron propuestas en el informe del BID y se incorporan a nuestra propuesta (pero con la diferencia que nosotros consideramos que el programa IVS es viable

sometido a estas y otras reformas). El CIEN reconoce, por tanto, que el modelo chileno no puede ser implantado de inmediato si no que requiere previamente una serie de "ajustes" al sistema vigente, a fin de que el referido modelo pueda funcionar mas tarde (CIEN 1992a).

### **3. Propuestas de Reforma en Salud**

Las reformas propuestas en salud son aún mas escuetas que en pensiones; una se refiere al IGSS y la otra al MSPA, y ambas no están integradas. Una encuesta conducida en 1992 en la Ciudad de Guatemala sobre el nivel de satisfacción de los usuarios de servicios médicos del IGSS, se reporta que dio los resultados siguientes: (a) 24% de los encuestados afiliados no utilizan los servicios del IGSS; (b) del 76% que utilizan los servicios del IGSS, 61% "no están satisfechos con la calidad de estos", 50% opinan que son "regulares", 26% considera que son "deficientes" y 4% cree que son "excelentes" (estas categorías suman mas del 100% por lo que no es claro cuales fueron las opciones que consideraron los encuestados); y (c) a pesar de lo anterior, la mitad de los afiliados contestó que continuaría en el IGSS si a éste se le quitara su carácter obligatorio. Basado en esto el CIEN concluye que no debe cerrarse el IGSS pues éste tiene asegurado la mitad del mercado. El mismo estudio encontró que, en 1992, sólo 20,000 guatemaltecos pertenecen a planes pre-pago de carácter privado (o sea, 0.2% de la población total en aquella fecha) y que estos planes se han desarrollado muy lentamente porque se trata de contratos individuales y no colectivos (estos últimos permiten, cuando el número de asegurados es muy grande, reducir los costos y la prima). El estudio no dice cual es la prima media entre los afiliados actuales y cual sería la prima en el futuro con convenios colectivos de gran extensión, pero probablemente sería muy superior a la de IGSS y, por tanto, sólo

asequible al segmento de la población ingreso alto y medio-alto. El estudio propone 'desmonopolizar' al IGSS permitiendo a sus asegurados escoger entre sus servicios y los de los planes pre-pago privados (CIEN 1992c).

Otro documento del CIEN propone los siguientes cambios en el sistema público de salud: (a) el MSPAS continuaría a cargo de las acciones preventivas de salud y atención primaria (que recibirían mayor énfasis) pero pasaría de prestador de servicios curativos a ser entidad reguladora y supervisora del sistema; (b) la administración de las unidades prestadoras de servicios (hospitales, centros y puestos de salud) se transferiría a las comunidades (ONGs, otras organizaciones no lucrativas como cooperativas y empresas privadas lucrativas); (c) las comunidades cargarían cuotas por sus servicios pero dichas cuotas serían reguladas por el MSPAS; (d) los recursos fiscales dedicados a la salud se focalizarían en el grupo de pobreza crítica (el cual, propiamente identificado, aparentemente no pagaría por los servicios) y en los pobres no críticos (que recibirían un subsidio no especificado); los no pobres tendrían que pagar por los servicios; y (e) las entidades prestadoras deberían ofrecer un paquete mínimo de salud (CIEN 1995a).

#### **4. Conflictos de las Propuestas del CIEN con la Constitución y los Acuerdos de Paz**

El CIEN reconoce que su propuesta de reforma de pensiones requerirá una modificación de la Constitución, aunque no la reforma de la salud pública o MSPAS (CIEN 1992a, 1995b); pero si la propuesta de reforma al IGSS. En efecto, el artículo 100 de la Constitución establece: "Seguridad Social...Su régimen se instituye como *función pública*, en forma nacional, *unitaria* y obligatoria. El Estado, *los empleadores* y los trabajadores cubiertos por el régimen... *tienen*

*obligación de contribuir a financiarlo y derecho a participar en su dirección... La aplicación del régimen de seguridad social corresponde al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que es una entidad autónoma con personalidad jurídica, patrimonio y funciones propias ..."* Constitución 1996).

El "cierre" del programa IVS en el IGSS y su transferencia a las administradoras privadas de pensiones, la eliminación de la contribución del empleador, la eliminación de la representación tripartita en la administración son todos elementos de la propuesta de reforma de pensiones del CIEN que violan la Constitución, como lo es la transferencia de la provisión de servicios de salud del IGSS a organismos comunitarios. Pero también dichas propuestas violan los Acuerdos de Paz, como se muestra a continuación.

El artículo 24 de los Acuerdos se dedica a la seguridad social. Este ratifica que la aplicación de la seguridad social corresponde al IGSS y explica que las partes acordaron las siguientes mejoras en la institución: "(a) Garantizar una gestión administrativa plenamente autónoma del IGSS, en aplicación del principio constitucional de coordinación con las instituciones de salud, en el marco del sistema coordinado de salud. (b) De acuerdo con el Convenio de OIT ratificado por Guatemala, la seguridad social debe comprender programas de asistencia médica y prestaciones relacionadas con enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, sobrevivencia, accidentes del trabajo, enfermedades profesionales, empleo y familiares. (c) Fortalecer y garantizar la aplicación de los principios de eficiencia, universalidad, unidad y obligatoriedad en el funcionamiento del IGSS. (d) Fortalecer la solvencia financiera del IGSS mediante un sistema de control tripartito de contribuciones. (e) Promover nuevas formas de gestión del IGSS con la participación de sus sectores constitutivos. (f) Hacer efectiva la

inserción del IGSS en el sistema coordinado de salud. (g) Crear condiciones que faciliten la incorporación plena de todos los trabajadores a la seguridad social" (ONU 1996). A más de las violaciones de la Constitución, sería imposible extender la cobertura del sistema a otros trabajadores debido a la alta contribución propuesta, que es nueve veces la actual.

El artículo 23 de los Acuerdos se dedica a la salud pública y la necesidad de reformarla, para extenderla a toda la población, sin discriminación alguna y "efectivo desempeño del Estado, dotado de los recursos necesarios, de su obligación sobre salud y asistencia social." Los lineamientos de la reforma son: (a) concepción integral de la salud (prevención, promoción, recuperación y rehabilitación), con solidaridad y aplicado a todos los niveles; (b) el MSPAS tiene a su cargo la formulación de políticas que permitan el acceso a servicios integrales de salud a toda la población, a cuyo efecto coordinará todas las instituciones que intervienen en este sector: públicas, IGSS, privadas y no gubernamentales; (c) aumentar los recursos fiscales asignados al gasto público en salud en 50% en 1995-2000 con el fin de extender los servicios de calidad a la población de bajos recursos; (d) establecer prioridades en la atención: 50% del gasto público de salud debe dedicarse a la atención preventiva, la mortalidad infantil y materna debe reducirse en 50% en 1995-2000, y mantener la erradicación de la poliomielitis y eliminar la del sarampión en el año 2000; (e) el MSPAS debe regular la producción y comercialización de medicamentos para asegurar su abastecimiento, abaratamiento y calidad; (f) promover el estudio y rescatar los elementos positivos de la medicina indígena y tradicional; (g) fomentar la participación de las municipalidades, comunidades y organizaciones sociales en la planificación, ejecución y fiscalización de los servicios de salud (ONU 1996). La pro-

puesta del CIEN en este campo se ajustaría, en principio a estos acuerdos, pero tendría que hacerse más precisa y reforzar el papel del Estado.

Por último, debe destacarse que la implementación de los Acuerdos de Paz está a cargo de las Naciones Unidas, a través del PNUD, y que éste deberá recibir el apoyo financiero de instituciones financieras como el BID. Propuestas que violen dichos acuerdos confrontarán problemas de oposición política y financiamiento.

#### **D. La Propuesta de la Comisión de Reformas al Sistema de Pensiones 1997**

##### **1. Antecedentes**

El Gobierno ha preparado una propuesta de reforma de la seguridad social inspirada por el CIEN, pero con algunos cambios. El Presidente de la República ha dado prioridad a la reforma y encargado al Vice-Presidente de su ejecución. A este efecto se ha creado una Comisión Gubernamental de Reforma de la Seguridad Social y se nombró como Coordinador de las Reformas Previsionales al Lic. Fernando Paiz Mendoza. En una reunión que se llevó a cabo, el 16 de diciembre de 1996, en el IGSS, entre el coordinador del equipo de este estudio, por una parte, y el Gerente del IGSS Lic. Armando Melgar Retolaza y dos asesores de la referida Comisión el Lic. Paiz e Ing. Juan Carlos Samayoa, por otra parte, el Gerente del IGSS proveyó la siguiente información: (a) el gobierno ha estudiado los modelos chileno, argentino, colombiano y peruano; (b) no copiarán exactamente el modelo chileno de reforma pero lo adaptarán a las condiciones y necesidades de Guatemala; (c) no seguirán el modelo chileno en salud; (d) la contribución del empleador se mantendrá pues es necesaria para financiar la transición y el nuevo sistema; (e) ya existe un proyecto de ley del mercado de valores y

van a privatizar empresas públicas grandes (como GUATEL) lo que abrirá nuevas fuentes de inversión a los fondos de pensiones; y (e) están concientes de que habrá que modificar la Constitución pero consideran esto factible (Notas de Mesa-Lago). Se solicitó copia de la propuesta de reforma y fue prometida pero no había sido entregada el 28 de abril de 1997 cuando se hizo pública la versión preliminar del presente estudio de la Fundación Friedrich Ebert.

## 2. Características Generales

En declaraciones publicadas el 21 de marzo y ampliadas el 14 de abril, el Coordinador de las Reformas Previsionales Paiz describió escuetamente la propuesta de reforma del gobierno: a) se creará un sistema nuevo para IVS basado en la CPI y administrado por entidades privadas de giro exclusivo o Administradoras de Ahorro Provisional (ADAP); éstas no podrán ser bancos, compañías de seguro o financieras, a fin de “reducir el riesgo”; b) los asegurados actuales del IGSS podrán escoger entre quedarse en dicho instituto o pasarse a una ADAP, todos los futuros ingresantes al mercado de trabajo entrarán obligatoriamente a las ADAP; c) la actual contribución global del 4.5% para IVS (3% por el empleador y 1.5% por el asegurado) se aumentará, tanto en el IGSS como en las ADAP, casi tres veces a entre 12.5% y 14% (10% para vejez, y entre 2.5% y 4% para comisiones de las ADAP y seguro de invalidez y sobrevivientes); d) la contribución del empleador se aumentará de 3% a 5% (67%) y la del trabajador de 1.5% a entre 7% y 9% (366% a 600%), para compensar este aumento de contribución del asegurado, el empleador deberá aumentar su salario pero una sola vez (si el gobierno no logra consenso entre los empresarios sobre esto, entonces fracasará la reforma); e) las ADAP depositarán las contribuciones en una cuenta individual del asegurado, (después de deducir sus

comisiones, que no se pueden precisar), invertirán dichos fondos, añadirán el rendimiento a la cuenta del asegurado, y le enviarán un informe mensual; f) los fondos sólo podrán invertirse en certificados del Estado, documentos hipotecarios y privados, y acciones de empresas como GUATEL, lo cual estimulará el ahorro interno; g) si el asegurado se pasa del IGSS a una ADAP, habrá que transferir a la segunda los ahorros acumulados en el IGSS (en bonos respaldados por el Ministerio de Finanzas), los cuales no podrán ser negociados por el asegurado y sólo serán cancelados al tiempo de retiro (bono de reconocimiento); h) la edad de retiro por vejez se aumentará a 65 años, para ambos sexos, y se requerirán entre 20 y 25 años de contribuciones (se sumarán los años de contribución en el IGSS y la ADAP); i) la tasa de reemplazo se estima será entre 70% y 75% del salario que perciba el asegurado al tiempo de retiro, y el Estado garantizará una pensión mínima; j) se creará una Superintendencia de Administradoras de Ahorro Pensional para vigilar a las ADAP, la cual deberá responder ante la Junta Directiva del IGSS (se dice que esto no cambia la función pública de la seguridad social, por lo cual se presupone no habrá violación constitucional); k) el IGSS mantendrá el programa EMA, deberá continuar financiando las pensiones en curso de pago y las que se generen en el futuro en el IGSS, pero se afirma que en 6 años el programa IVS “colapsará” y entonces el Ministerio de Finanzas Públicas dará el necesario apoyo financiero al IGSS; y l) la propuesta de reforma se presentó ante la Comisión Tripartita del Congreso (integrada por gobierno, trabajadores y empleadores), el proyecto de ley estará concluido a principios de mayo y deberá ser aprobado por el Ministerio de Finanzas y la Comisión de Acompañamiento de los Acuerdos de Paz, y recibir el visto bueno del Secretario Ejecutivo de la CEPAL, Gert Rosenthal; luego se presentará al Congreso que se espera lo apruebe a mediados de año, a fin

de que entre en vigor el 1 de enero de 1998 (Prensa Libre, 21-03-97, p. 59, y 14-04-97, p. 136). La propuesta no menciona la deuda estatal al IGSS, pero el Gerente declaró que deberá resolverse cómo se pagará antes de que entre en vigor la reforma (Prensa Libre, 10.4.1997, p. 85).

### **3. Similitudes y Diferencias con el Modelo Chileno y el CIEN**

La propuesta del gobierno está inspirada por el CIEN y sigue el modelo chileno substitutivo con administración privada exclusiva, con unas pocas excepciones: a) no se suprime la contribución del empleador (lo cual ocurrió en Chile y Bolivia, pero no en El Salvador ni en México) obviamente para no violar la Constitución, pero aumenta proporcionalmente la contribución del asegurado más que en ninguno de dichos países; b) el Estado no financiará inicialmente el déficit que eventualmente ocurrirá en el IGSS (debido a la transferencia de parte de sus asegurados activos pero tiene la obligación de continuar abonando las pensiones en curso de pago), sólo cuando desaparezcan las reservas del IGSS será responsable el gobierno (la reforma liquidará un programa equilibrado y provocará su quiebra); y c) la Superintendencia no será independiente (como en la mayoría de los países) sino que responderá ante la Junta Directiva del IGSS (a fin de argumentar que no se viola la Constitución).

La propuesta de la Comisión Gubernamental tiene también algunas diferencias importantes con la del CIEN: a) ésta reconoció que no podía implantarse de inmediato el modelo substitutivo en Guatemala, por lo que debía haber una primera etapa prepara-

toria (reforzamiento del IGSS, creación y regulación del mercado de capitales, etc.) y sólo en una segunda etapa posterior (cuando las bases estuvieran sentadas) entonces proceder a la implantación de la reforma, mientras que la propuesta del gobierno se salta la primera etapa; y b) el CIEN proponía la eliminación de la contribución patronal, la cual es mantenida por la propuesta del gobierno por razones táctico-jurídicas.

### **4. Imposibilidad de Evaluación**

En una reunión celebrada el 28 de abril con el Lic. Paiz, el Ing. Samayora y la Lic. Verónica Spross (con todos los miembros de la Comisión Gubernamental), éstos confirmaron las principales características de la propuesta, ya descritas en la sección 2, y dijeron que se haría pública en dos semanas. Por cuanto no se dispone de dicha propuesta ni de sus bases actuariales, es imposible hacer una evaluación de la misma.

El IGSS ya tenía antes concluida una propuesta de reforma que recomienda un modelo mixto (ver siguiente sección) mientras que la propuesta de la Comisión Gubernamental sigue el modelo substitutivo de corte chileno. De manera que hay sendos proyectos elaborados por dos sectores del gobierno y ninguno de ellos ha sido difundido. En nuestra opinión, de la misma manera que el presente diagnóstico y propuesta de reforma se ha hecho público, se difundirá y discutirá profusamente, el gobierno debería hacer lo mismo con sus proyectos, a los efectos de que el país pueda comparar diversas propuestas, analizar sus ventajas y desventajas, enriquecer la reforma con el debate público y, finalmente, escoger la que sea más conveniente para Guatemala.

## **E. La Propuesta de Reforma del IGSS (1996)**

### **1. Antecedentes**

A petición de la Junta Directiva del IGSS, el Gerente del mismo nombró, en noviembre de 1996, una Comisión Técnica integrada por personal especializado de la institución para que preparara un proyecto de reforma que estuvo listo el 6 de diciembre (IGSS 1996d). El Gerente del IGSS ha negado públicamente que la Junta Directiva o la Gerencia haya preparado una propuesta de reforma propia, diferente a la propuesta de la Comisión Gubernamental, y afirmado que "si alguien lo hizo, fue por cuenta propia" (Prensa Libre, 10.4.97, p. 85). El equipo de la Fundación Ebert, sin embargo, obtuvo una copia de la propuesta del IGSS, la ha estudiado detalladamente y considera que es adecuado a las condiciones socio-económicas del país, bien orientado y fundamentado, por todo lo cual lo apoya aunque con modificaciones y cambios que se describirán en la sección XIII.

### **2. Fundamentos y Objetivos Generales de la Reforma**

La propuesta del IGSS recomienda un sistema "eminente realista" de acuerdo con las posibilidades económicas del país y su difícil situación social (aspectos que se han documentado ampliamente en la primera parte de nuestro estudio) y teniendo en cuenta: la Constitución, el Programa de Gobierno para 1996-2000, los Acuerdos de Paz, el Convenio Internacional del Trabajo No. 102 suscrito por Guatemala, y los compromisos contraídos por el Estado en cuanto a seguridad social y salud.

Las características generales del sistema propuesto son: (1) dar protección mínima a toda la población guatemalteca mediante la extensión de la cobertura del IGSS

a grupos de bajo ingreso (focalizando el aporte estatal en dichos grupos); (2) integrar el sistema del IGSS con el de las Clases Pasivas del Estado (CPE), con las mismas condiciones de acceso (eliminando los privilegios) y separar los programas de IVS y EMA dentro del IGSS, en cuanto a su administración y finanzas, (3) modernizar y dar sostenibilidad al sistema de seguridad social basado en contratos intergeneracionales: con solidaridad, equidad, mejora en la eficiencia, y aseguramiento del equilibrio financiero-actuarial sin aporte fiscal excesivo (ajustando la tasa de contribución a fin de asegurar las prestaciones a mediano y largo plazo, y asegurando el cumplimiento de las obligaciones mínimas del Estado); y (4) abrir el sistema actual a la capitalización individual (CPI): combinando los regímenes de reparto (prima media escalonada en el IGSS) y capitalización, facilitando la creación de administradoras del programa de CPI bajo la regulación-supervisión estatal, y dando libertad de elección a los asegurados.

### **3. Recomendación del Sistema Mixto: Sus Dos Niveles**

El proyecto del IGSS propone un sistema mixto de carácter obligatorio para los asegurados del IGSS y las CPE (por el estilo de los implantados en Argentina y Uruguay), con dos programas (pilares) integrados: (a) nivel básico de capitalización colectiva (parcial) y (b) nivel complementario de ahorro individual (capitalización plena e individual: CPI).

#### **a. Nivel Básico**

El programa de nivel básico (primer pilar) sería administrado por el IGSS, conservaría el financiamiento tripartito (asegurados, empleadores y Estado) y garantizaría una pensión mínima para todos los asegurados en IVS. El régimen financiero continuaría

siendo el de prima media escalonada, pero fortalecido con condiciones de acceso mas estrictas y aumento de las contribuciones, a fin de mantener el equilibrio actuarial hasta el año 2048.

La tasa de contribución total para IVS se aumentaría de 4.5% a 7.5% (la del empleador subiría del 3% al 5% y la del asegurado del 1.5% al 2.5%); además, el Estado aportaría (según la ley actual) el 25% del costo de las pensiones (que se asignaría a la extensión de la cobertura). El Estado elaboraría un plan de pago de la deuda acumulado con el IGSS pagando una tasa de interés real anual del 3%, que se asignaría a fortalecer el nivel básico. La inversión de la reserva de IVS se haría de manera mas dinámica y flexible, mediante las modificaciones legales pertinentes, a fin de aumentar su rendimiento real.

Las condiciones de acceso serían modificadas como sigue: (i) la tasa de reemplazo actual que tiene un rango de 50% a 80% se cambiaría a 40% a 60% a fin de guardar la mayor relación posible con las contribuciones recibidas, reforzar la solidaridad con los asegurados de bajo ingreso y fortalecer el financiamiento del sistema; (ii) los años de contribución requeridos se aumentarían gradualmente de 15 a 20 años (entre 2000 y 2008) o una tercera parte de la vida laboral potencial del asegurado; (iii) la edad de retiro se incrementaría paulatinamente (entre 2010 y 2022) de 60 a 65 años para ambos sexos, a fin de ajustarla al aumento en la expectativa de vida de un jubilado; y (iv) se otorgaría una pensión mínima del 50% del salario mínimo o su equivalente en unidades monetarias constantes (lo cual aumentaría el nivel de la pensión mínima promedio actual).

## **b. Nivel Complementario**

Este segundo nivel (pilar), basado en la CPI, financiaría una pensión complementaria de acuerdo con el monto acumulado en la cuenta individual del asegurado. Se financiaría sólo por éste con una contribución de acuerdo con su ingreso: 2% hasta un salario mínimo, 4% de uno a tres salarios mínimos y 6% mas de tres salarios mínimos. En caso de invalidez o muerte se devolvería el ahorro acumulado al asegurado o sus beneficiarios. La administración de este nivel se haría por instituciones privadas o públicas, que fijarían sus comisiones (con un tope de 10% sobre la contribución para la cuenta individual) y serían reguladas por una superintendencia. El proyecto otorga un bono de reconocimiento con interés, a cargo del Estado, el cual nosotros no consideramos necesario en el sistema mixto por razones explicadas anteriormente. A fin de asegurar rendimientos adecuados a la inversión, se reforzaría y desarrollaría el mercado financiero.

## **4. La Integración del IGSS y las CPE**

La integración de los dos sistemas existentes resultaría en una mayor equidad (homologación de las condiciones de acceso y contribuciones) y permitiría reducir la carga fiscal. Todos los nuevos ingresantes en el sector público se incorporarían obligatoriamente al sistema mixto integrado, así como los asegurados en las CPE que tengan menos de 30 años al tiempo de comenzar la reforma. El Estado otorgaría bonos de reconocimiento a los asegurados de las CPE que se pasen al sistema mixto, con una tasa de interés real anual del 3%; en este caso dicho bono es justificable pues los asegurados se cambian de sistema y, sin el mismo, perde

rían todas las contribuciones hechas al CPE. El Estado continuaría pagando las pensiones en curso de pago del CPE y las que se generen en el futuro por los asegurados mayores de 30 años que permanezcan en dicho sistema; así como su contribución como empleador por los trabajadores que se incorporen al sistema mixto. A los efectos de asegurar el aporte estatal, se fijará la parte correspondiente al IVA que se transferirá automáticamente al IGSS.

Los trabajadores de instituciones del sector público que tengan regímenes de pensiones complementarias deberán incorporarse al segundo nivel (CPI) del sistema mixto en un período de 5 años, y la corres-

pondiente institución deberá transferir el bono de reconocimiento correspondiente.

## **5. La Extensión de la Cobertura**

Estimados hechos por el IGSS consideran que un 26% de la PEA (819,000 trabajadores) son informales y que podrían ser incorporados al sistema: con una contribución del 2.5% para el nivel básico (la misma fijada al sector formal asegurado) sobre un salario ficto, cuyo mínimo sería un salario mínimo; y una contribución de 2% para el nivel complementario; el Estado pagaría 5% de la contribución total del nivel básico (para facilitar la incorporación de este grupo) mediante una fracción del IVA.

## XIII. LA PROPUESTA DE LA FUNDACION FRIEDRICH EBERT

En esta sección, primero se resumen las pautas generales de la reforma: sus objetivos y la base que es la propuesta del IGSS, pero con modificaciones y adiciones importantes. Segundo, se describe en detalle nuestra propuesta de reforma del IGSS, dividiéndola en: programas (IVS, RP and EM), administración-finanzas y extensión de la cobertura. Tercero, se describen las características del sistema mixto propuesto para pensiones. Cuarto, se hacen simulaciones sobre el equilibrio de la reforma propuesta en IVS. La reforma que proponemos se ajusta a la Constitución, los Acuerdos de Paz y las normas internacionales sobre seguridad social aprobadas por Guatemala.

### A. Pautas Generales de la Reforma

La reforma a la seguridad social en Guatemala deberá estar inspirada por los siguientes objetivos:

- Fortalecer los programas, en cuanto a su sostenibilidad económica y financiera, controlar la evasión y la mora, y recobrar los adeudos del Estado, otros organismos públicos, y de los empleadores privados
- Mejorar la administración del IGSS, reducir sus gastos administrativos y aumentar su eficiencia
- Procurar efectos redistributivos de carácter progresivo en los programas, con apego al principio de solidaridad
- Tender hacia la universalidad, mediante la extensión de la cobertura, y hacia la nidad y uniformidad de los programas independientes del IGSS

- Coordinar los servicios de salud del IGSS y el MSPAS
- Establecer mecanismos de protección acordes con la realidad social, económica, demográfica y epidemiológica del país
- Promover una mayor responsabilidad individual en la protección de las contingencias protegidas por la seguridad social y facilitar mecanismos de ahorro complementario a las pensiones del IGSS

Consideramos que la propuesta de reforma del IGSS (descrita en la sección XII-E), en general, se ajusta a los objetivos planteados. Sin embargo, en nuestra opinión, se requiere introducir algunos cambios importantes a dicho proyecto, según se detalla en la sección siguiente. Se considera que el modelo mixto es el más adecuado para Guatemala, basado en el análisis de la sección XI-D. El sistema propuesto integraría dos programas: (a) el público (IGSS reformado) que pagaría una pensión básica, y (ii) el de capitalización plena e individual (CPI) que pagaría una pensión complementaria. En la siguiente sección (B) se describen las reformas que se aplicarían al sistema actual o el IVS-IGSS (tanto para los que se queden en él, como para los que se pasen al mixto en su componente público). La sección C describirá las características principales del CPI dentro del sistema mixto.

### B. Propuestas de Reformas al IGSS

En esta sección desarrollamos los aspectos fundamentales de nuestra propuesta de reforma, basada en el diagnóstico elaborado en la primera parte de este estudio. Se propone una nueva estructura del

IGSS dividida en tres programas completamente separados, tanto administrativa como financieramente, basados en su diversa naturaleza y objetivos: (1) Accidentes, trasladando la protección del riesgo común a IVS y creando un nuevo programa de Riesgos de Trabajo (RT); (2) Invalidez, Vejez y Sobrevivientes; y (3) Enfermedad y Maternidad. El sistema de CPE se cerraría y todos los nuevos ingresantes serían obligatoriamente incorporados al IGSS (pagando las mismas contribuciones y con las mismas prestaciones y condiciones de acceso); los actuales asegurados continuarían recibiendo las pensiones del Estado (aunque sería conveniente reformar este sistema homologando sus condiciones de acceso a las del IGSS) y la atención de salud por el IGSS, pero con el adecuado financiamiento fiscal.

## **1. Programas**

### **a. Invalidez, Vejez y Muerte**

#### **i. Edad de Retiro**

La edad original (1977) de retiro en Guatemala fue de 65 años para ambos sexos pero en 1988 fue reducida a 60 años; en el interín la esperanza de vida al tiempo de retiro aumentó. La actual edad de retiro de 60 años es muy baja y dificulta el financiamiento del programa. Se argumenta, falsamente, que la esperanza de vida en Guatemala es de 65 años y, si se regresase a la edad original de retiro de 65 años, el jubilado no gozaría de la pensión. Este argumento es espúreo, puesto que usa la esperanza de vida *al nacer*, en vez de la expectativa de vida (longevidad) al *tiempo de retiro*. Esta a los 60 años era, de acuerdo con las tablas de mortalidad de 1989, de 78.9 años (o sea, que el jubilado como promedio recibe una pensión por 19 años) y a los 65 años la expectativa de vida era de 80.4 años, con un promedio de pensión de 15.4 años (CELADE 1989). En 1997, ocho años después, dicha expectativa

debe haber crecido algo y seguirá aumentando en el futuro.

Así pues se recomienda regresar a la edad original de retiro de 65 años, de una manera paulatina. Se mantendría la edad de retiro actual de 60 años a los que tienen 59 de edad o más al tiempo de comenzar la reforma, y luego se iría aumentando la edad de retiro gradualmente: a 61 para los que tienen 57 de edad, a 62 para los que tienen 55 de edad, y así sucesivamente, hasta que sería de entrada 65 para los que tienen menos de 50 años de edad

#### **ii. Fórmula de Cálculo de la Pensión**

La actual fórmula de cálculo genera efectos redistributivos en la dirección contraria a la deseada e incentiva la evasión de contribuciones. Un de las mayores críticas contra los programas de seguro social es que no han logrado hacer efectivo el principio de solidaridad, aún dentro de los grupos cubiertos. La fórmula de cálculo vigente promueve la subdeclaración de salarios, constituye un elemento de inequidad y es contraproducente desde el punto de vista financiero. Ello debido a que el monto de la pensión se calcula sobre los salarios reportados durante los años previos al retiro, de modo tal que los asegurados de ingreso medio y alto reportan bajos salarios durante largos periodos, pero reportan salarios más elevados durante los últimos años para obtener una mayor pensión, la cual no guarda correspondencia con los aportes y debe ser financiada por el resto de los afiliados.

Por otra parte, la fórmula de cálculo no es transparente en cuanto a la tasa de reemplazo que garantiza. Como la base de cálculo (salario promedio de referencia sobre el que se calcula la pensión) se obtiene de un promedio simple de los salarios nominales reportados durante los últimos años, en pe-

periodos de mayor inflación la tasa de reemplazo disminuye, perjudicando injustamente a quienes se retiran durante épocas de mayor inflación. Se requiere, por lo tanto, evitar que la inflación (factor externo) afecte el cálculo de la pensión.

Como solución a estos problemas, se proponen las siguientes modificaciones en la fórmula de cálculo:

- Indizar los salarios que se utilizan para establecer la fórmula de cálculo. El procedimiento es traducir a una base de valor constante los salarios nominales, aplicando a cada salario reportado la inflación acumulada hasta el momento del retiro.
- Extender la base de cálculo, para que abarque un período mayor, aumentando el número de salarios que se promedian, en forma paulatina a partir de la fecha de la reforma, hasta llegar a 20 años,. Dicha extensión del período será más que compensada por el procedimiento de indización de salarios, produciendo un aumento en la base de cálculo.
- Dado que la indización elevará la base de cálculo, hasta un nivel cercano al último salario, se deben ajustar las cuantías reglamentarias de pensión, para que reproduzcan la tasa de reemplazo deseada.
- Establecer una tasa de reemplazo diferenciada según el nivel salarial, con el propósito de introducir un componente importante de solidaridad. En el primer nivel, con una pensión básica a cargo del IGSS, se procurará un fuerte componente solidario, en favor de los grupos de menor ingreso. En el segundo pilar, pensión complementaria, no existirán elementos de solidaridad, de modo que los trabajadores de mayor ingreso puedan obtener una

mayor tasa de reemplazo, que varíe directamente con su nivel salarial.

- Otros aspectos que deben ser considerados en el diseño de una nueva fórmula de cálculo son: (i) que los trabajadores de mayor ingreso poseen una mayor densidad de cotización y, por tanto, acumularán más cotizaciones (hasta el doble de los de más bajo ingreso); (ii) que los trabajadores de mayor ingreso poseen una expectativa de vida más alta, y por tanto, disfrutarán la pensión por más años y, (iii) que el salario de los trabajadores manuales se mantiene más o menos constante en relación con la edad, pero cae fuertemente durante los últimos años laborales, pues depende en gran medida de la capacidad física, la cual se ve reducida durante esos años; contrariamente, los trabajadores “intelectuales” tienen una carrera salarial individual creciente con la edad.

### iii. Tasas de Reemplazo

Sobre la base de cálculo se aplicará un factor de pensión (reemplazo) por cada año cotizado (o su equivalente en meses), diferenciado según tramos salariales (referido a la base de cálculo):

CUADRO 36

#### FACTOR DE PENSION POR CADA AÑO DE CONTRIBUCION

TRAMO (según base de cálculo)	FACTOR DE PENSION (por año cotizado)
Hasta 1 salario mínimo <sup>a)</sup>	2.75%
Más de 1 hasta 2 salarios mínimos <sup>a)</sup>	2.0%
Más de 2 salarios mínimos <sup>a)</sup>	1.5%
a) Salario mínimo de un trabajador agrícola.	

La aplicación de las tasas decrecientes de reemplazo es sobre excesos. Por ejemplo, para una persona ubicada en el

tramo 2, se aplicaría un 2.75% por cada año cotizado sobre el primer tramo de salario, y 2% por cada año cotizado sobre el exceso.

En la tabla siguiente se muestran las tasas de reemplazo esperadas con la fórmula de cálculo propuesta, la que presenta las siguientes ventajas: (i) hay redistribución hacia las personas de menor ingreso, pues a mayor salario (base de cálculo) resulta un menor reemplazo; (ii) una menor tasa de reemplazo se puede compensar contribuyendo más años, por lo tanto, los trabajadores (especialmente los de mayor ingreso), tienen incentivos para contribuir durante más tiempo; y (iii) se toma en cuenta la menor

densidad de cotización de los trabajadores de más bajo ingreso.

#### iv. Montos Mínimo y Máximo de la Pensión y la Contribución

Deben introducirse modificaciones al esquema de mínimos y máximos, en las contribuciones y en el monto de las pensiones de vejez e invalidez. Estas modificaciones tienen los siguientes objetivos: (i) garantizar una protección mínima, acorde con el principio de suficiencia; (ii) incentivar la participación contributiva, de todos los grupos de ingresos, pero especialmente de los trabajadores del alto ingreso; y (iii) garantizar el financiamiento de las pensiones mínimas.

CUADRO 37

#### TASAS DE REEMPLAZO ESPERADAS, SEGÚN FACTOR DE PENSIÓN Y AÑOS COTIZADOS (pensión por vejez)

TRAMO	EJEMPLO	FACTOR	AÑOS COTIZADOS (ejemplos)						
			20	22	25	27	30	32	35
TRAMO 1	478 (1 salario mínimo)	2.75%	55	61	69	74	83	88	96
	600	2.0%	52	57	65	70	78	83	91
TRAMO 2	800	2.0%	49	54	61	66	73	78	86
	956 (2 salarios mínimos)	2.0%	48	52	59	64	71	76	83
TRAMO 3	1,100	1.5%	45	50	57	61	68	72	79
	1,500	1.5%	41	45	51	56	62	66	72
	1,912	1.5%	39	43	48	52	58	62	68
	2,500	1.5%	37	40	46	50	55	59	64
	3,000	1.5%	36	39	44	48	53	57	62

NOTA: Las áreas sombreadas están excluidas por un tope de pensión del 65%. En todos los casos aplica un mínimo absoluto del 50% del salario mínimo.

Ejemplo: trabajador con 25 años cotizados y base de cálculo de Q1500 (tramo 3), el reemplazo es 51%.

En cuanto a los montos de las pensiones se recomienda:

- Establecer una pensión mínima (absoluta) equivalente al 50% del salario mínimo mensual del trabajador agrícola, ajustable periódicamente.
- Establecer una pensión máxima (absoluta) de 5 veces el salario mínimo mensual del trabajador agrícola, y un máximo relativo del 65% de la base de cálculo.
- Garantizar una revalorización anual en el monto de las pensiones en curso de pago, incluyendo ajustes en los mínimos y máximos de pensión.
- En cuanto a los montos de la contribución, se recomienda:
- Establecer un salario mínimo de cotización del 75% del salario mínimo mensual del trabajador agrícola.
- Establecer un salario máximo de cotización de 10 veces el salario mínimo. Es decir, se cotiza sobre ese máximo, pero nadie está excluido de cotizar.

#### **v. Requisitos de Invalidez Común**

- Se propone modificar los requisitos en número mínimo de contribuciones para las pensiones de invalidez común, con el fin de introducir un esquema de mínimos crecientes en función de la edad.

#### **b. Riesgos del Trabajo**

- El nuevo programa de Riesgos del Trabajo deberá responder a una política más integral de protección, con énfasis en la prevención, a fin de mejorar la seguridad laboral y las condiciones sanitarias en las empresas.

- El financiamiento de este programa estará exclusivamente a cargo del empleador. Se diseñará un esquema de financiamiento que incentive la prevención por parte de los empleadores, mediante el establecimiento de tarifas diferenciadas a nivel de empresas según su siniestralidad.
- La prima actual del 4% para financiar el programa de Accidentes parece excesiva de acuerdo con los parámetros internacionales. Una prima del 1.5% para el programa de Riesgos del Trabajo sería probablemente adecuada (pero esto debe determinarse con una evaluación actuarial). Si hubiera un remanente de la prima actual del 4% para Accidentes podría entonces ser reasignado a los programas IVS y EM, con el fin de cubrir los costos adicionales en invalidez y sobrevivientes (resultado de la transferencia de accidentes comunes), así como fortalecer financieramente dichos programas.

#### **c. Enfermedad y Maternidad (IGSS) y Coordinación con el MSPAS**

Consideramos muy atinados los principios relacionados con la salud en los Acuerdos de Paz y los apoyamos en su totalidad. Esta sección se centra en la reforma de EM-IGSS, pero añade aspectos relacionados con su coordinación con el MSPAS y los principios generales del sistema de salud.

- Reformar el programa EM, a fin de elevar su eficiencia, potenciar los objetivos de solidaridad, extender su cobertura, y coordinarlo adecuadamente con las políticas públicas de salud. Para alcanzar esos objetivos, se proponen las acciones siguientes: aumento en el uso de la capacidad instalada, mejor coordinación con el MSPAS, extensión de cobertura a las esposas de los asegurados y a los niños mayores de 5 años, extensión del modelo de

Escuintla con las mejoras recomendadas, y mayor énfasis en la prevención y atención primaria de salud mediante acciones coordinadas con el MSPAS.

- Aumentar la extremadamente baja tasa de ocupación hospitalaria (tanto en el IGSS como en el MSPAS) y disminuir la relativamente alta estancia media especialmente en el IGSS.
- Extender la cobertura del programa EM a todas las esposas de los asegurados y a los hijos de cinco años hasta cumplir la mayoría de edad, a fin de lograr un mayor aprovechamiento de la capacidad instalada y de compartir responsabilidades con el MSPAS.
- Extender el modelo de cobertura de salud de Escuintla (con las modificaciones recomendadas) a los departamentos que carecen de cobertura, haciéndolo de manera gradual con atención a su viabilidad financiera, capacidad instalada y eficiencia administrativa.
- Eliminar prestaciones demasiado liberales y que se conceden arbitrariamente a unos pocos asegurados como la atención médica en el exterior.
- Estudiar la posibilidad de introducir la venta de servicios de salud a grupos no cubiertos, especialmente los de ingresos medios y altos. Los ingresos recaudados serían devueltos directamente a los establecimientos de salud que los generan, con el fin de incentivar una mayor eficiencia y mejorar la calidad de dichos servicios.
- Coordinar las acciones sustantivas del programa EM de manera adecuada a los objetivos y políticas generales del sector

salud, procurando que parte del financiamiento que recibe se traduzca en beneficio, directo o indirecto, para los grupos no cubiertos por el seguro social, con apego al principio de solidaridad social.

- Asignar mayores recursos a programas de carácter más preventivo lo cual generaría externalidades para todos los sectores de la población.

## **2. Administración y Finanzas**

En estas áreas se recomiendan las acciones siguientes: modernizar el registro de asegurados y empleadores, crear la cuenta individual y sistemas adecuados de información, fortalecer el control contributivo para reducir la evasión y la mora, negociar la deuda pública y privada al IGSS, reducir el gasto administrativo, agilizar el trámite de concesión de pensiones, proveer mayor flexibilidad en la inversión e incrementar su rendimiento, descentralizar la administración, reducir la excesiva concentración de funciones en el Gerente y modificar la integración de la Junta Directiva.

- Modernizar el sistema actual de registro y control de pagos, que es manual y obsoleto, mediante: la automatización de sistemas, la emisión de planilla preelaborada, el registro de contribuyentes, la creación y mantenimiento de la cuenta individual, etc. Habría también que desarrollar sistemas adecuados de información para la planificación y operación de los programas.
- Establecer sistemas que permitan cruzar información con otras instituciones del sector público que administren bases de datos de empleadores: compañías de electricidad y telefónica, tributación, etc.
- Introducir mecanismos más eficaces de

control de acceso a los servicios de salud, especialmente en el segundo y tercer nivel de atención. Se recomienda la emisión periódica de un comprobante de derechos para los afiliados que están al día, indispensable para el acceso a los servicios, con los objetivos siguientes: evitar la simulación de derechos, incentivar a los trabajadores para que exijan a sus empleadores el pago puntual de las contribuciones, informar a los afiliados sobre datos importantes como salarios reportados, número de identificación, nombre, etc. para que sean verificados por el mismo asegurado.

- Establecer dentro del IGSS una subgerencia especializada en la gestión de ingresos, con su propia estructura regional, independiente de la estructura regional médica.
- Incrementar el número de inspectores, hasta lograr un índice aceptable respecto al número de empleadores (incluyendo los no afiliados), con una distribución geográfica adecuada.
- Crear mecanismos ágiles para sancionar a los empleadores morosos, estableciendo multas e intereses por encima de la tasa de inflación.
- Eliminar la suspensión de la exoneración del pago de la contribución patronal a las universidades así como la de las bonificaciones incentivo otorgadas a los trabajadores.
- Negociar la deuda con el Estado y otras instituciones públicas (fijando una suma anual en el presupuesto fiscal, como hacia el Decreto 39-94), asegurar en el futuro el financiamiento fiscal de las prestaciones de salud a las CPE, y revisar la contribución del Estado como tercero para hacerle más realista, pero también que se pague efectiva y puntualmente.
- Recuperar la deuda con los empleadores privados, mediante convenios de pago e incentivos adecuados.
- El gasto administrativo ha promediado 13.9% del gasto total del IGSS en los últimos seis años (13.7% en 1995) y es excesivamente alto. El mismo debería reducirse a un 7% u 8%, mediante las mejoras en la eficiencia ya indicadas y la racionalización del personal.
- La relación de empleados por 1,000 asegurados es alta en relación a los activos, pero baja en cuanto al total de asegurados. La mitad del personal no está en servicios de salud (29% del total se dedica a actividades estrictamente administrativas y 21% a servicios sin especificar) y hay una excesiva concentración geográfica (76% del personal está en el Depto. de Guatemala). Se necesita un estudio sobre estos aspectos para determinar si hay personal innecesario y si debe proceder su reubicación. Debe elaborarse un nuevo Reglamento de Personal y reducir a un mínimo al personal supernumerario. Establecer un programa de reentrenamiento del personal, especialmente en las áreas de modernización como computación, informática, inversiones, etc.
- Desarrollar fuentes de información externas, tales como encuestas de hogares, censos, encuestas periódicas del IGSS, que permitan determinar el acceso real y planificar la extensión de la cobertura.
- Realizar los cambios administrativos necesarios para la agilización de trámites, especialmente de solicitudes de pensión, con el fin de mejorar la imagen del IGSS e incentivar la participación de la población en los diferentes programas.
- Modificar la Ley Orgánica que es excesiva

vamente restrictiva en cuanto a la inversión de las reservas, entrenar personal en el área de inversión, dictar el reglamento a la Ley del Mercado de Valores, y crear una Superintendencia de Valores y Seguros.

- Restablecer la norma anterior que el Gerente y los subgerentes son nombrados y removidos por la Junta Directiva del IGSS. Desconcentrar las funciones encomendadas a la Gerencia. Preparar un estudio para planear la descentralización administrativa de las oficinas y personal del IGSS.
- Modificar la integración de Junta Directiva, para garantizar una representación más participativa de las tres partes contribuyentes, a saber: trabajadores, empleadores y Estado.

### **3. Extensión de la Cobertura Poblacional**

La cobertura de la PEA por el IGSS (en IVS y EMA) se coloca en el 12do. lugar entre 19 países de la región, mientras que la de la población total (en EMA) se ordena en el 14to. lugar. Parte de la baja cobertura en EMA (no tanto en IVS) se debe a barreras estructurales, pero también a problemas en la gestión y el financiamiento. El costo de universalizar la cobertura (digamos, al 80%), con el esquema actual, sería de 0.8% del PIB en IVS (basado en la cobertura actual del 27% de la PEA), y de 3.2% en EMA (basado en la cobertura actual de 16.3% de la población total). El costo del primero es muy bajo, pero debe recordarse que el programa IVS es de muy reciente creación y uno de los más jóvenes en América Latina; según madure dicho programa, sus gastos aumentarán con rapidez. El costo de EMA sobre el PIB, por lo contrario, sería bastante alto a niveles regionales, pero buena parte de la población está cubierta por el MSPAS, por lo que la meta de un 80% de cobertura por el IGSS sería muy alta, una meta más razonable del 60% de

cobertura costaría 2.4% del PIB. El total del costo de universalizar la cobertura sería entre 3% y 4%, lo cual es bastante alto en la región (sólo sería mayor en 7 países, los más desarrollados en seguridad social). Pero dicho costo podría reducirse con las medidas que se recomiendan en esta propuesta. Debe tenerse en cuenta que ningún esquema de financiamiento alternativo sería capaz, por sí sólo, de solucionar el problema de la baja cobertura, a menos que se realicen modificaciones importantes en la administración, leyes y reglamentos. Para extender la cobertura se recomiendan las medidas siguientes:

- Introducir un régimen de afiliación voluntaria al IGSS, dirigido a trabajadores no asalariados con capacidad contributiva (ingresos medios y altos) en aquellas áreas geográficas donde está extendido el seguro social, con un esquema flexible de selección de coberturas de forma independiente, entre los programas IVS y EM, pero sin acceso al programa de Riesgos del Trabajo que se propone crear.
- Para evitar que los trabajadores asalariados ya afiliados al IGSS se trasladen a esta modalidad de aseguramiento, así como para evitar subsidios cruzados en la dirección incorrecta, la tasa de contribución y el salario mínimo de cotización no deberán ser inferiores a las que se aplican a los trabajadores asalariados.
- En una primera etapa, que podría demorar varios años, los asegurados voluntarios deberán financiar la parte correspondiente a las contribuciones patronales. Por ello, la afiliación voluntaria estará dirigida en primera instancia a los trabajadores no asalariados de ingreso medio y alto (con respecto a los trabajadores de bajo ingreso, ver lo que se propone mas abajo).

- Extender la obligatoriedad de la cobertura a las empresas pequeñas (excepto trabajadores por cuenta propia), las cuales aglutinan la mayor cantidad de empleados. La disposición vigente de no afiliar empresas de menos de 3 ó 5 trabajadores, constituye una barrera artificial al aumento de la cobertura; además, resulta contraproducente en términos de las distorsiones que introduce a la estructura industrial, pues desanima el crecimiento de las empresas pequeñas y, por ende, es perjudicial para el desarrollo económico del país. Debe tenerse presente que no todas las empresas pequeñas pertenecen al sector informal y que no todos los trabajadores de empresas pequeñas son de bajos ingresos. La no obligatoriedad de afiliación para empresas pequeñas constituye un escudo que protege la evasión, incluso para las empresas de más de 3 o 5 empleados.
- Introducir un régimen de sanciones más compulsivo, mediante reforma legal, para penalizar el no cumplimiento de la ley. Esto incluiría tipificación de faltas a las leyes y reglamentos y especificación de sanciones, por: subdeclaración de salarios, omisión de registro de trabajadores en planilla y de otra información relevante, y castigos por morosidad, etc. La mayoría de las legislaciones, a nivel internacional, incluyen este régimen de faltas y sanciones, observándose una relación muy estrecha entre su cumplimiento y el nivel de cobertura.
- De acuerdo a los principios de responsabilidad social, el Estado habrá de garantizar el cumplimiento de sus obligaciones y ofrecer un buen ejemplo al resto de los contribuyentes a la seguridad social. En procura de los objetivos de universalidad y maximización de los efectos redistributi-  
vos de la seguridad social, los aportes estatales como tercero, se focalizarán en la extensión de cobertura a los grupos más necesitados de protección, mediante programas diseñados especialmente para ellos.
- En el caso de las pensiones, se podrían destinar los aportes estatales (como tercero) a financiar un programa de pensiones no contributivas, para aquellos grupos de población que, por sus características socio-laborales y de bajo ingreso, sea muy difícil incorporar al IGSS. Esta propuesta en principio parece ser adecuada en cuanto al esquema de financiamiento previsto (contribuciones diferenciadas). Sin embargo, la experiencia internacional indica que, aún con contribuciones inferiores y/o más flexibles, es muy difícil integrar a los referidos grupos a un esquema contributivo. Además, la extensión de la cobertura a grupos de bajos ingresos mediante aportes diferenciados, si bien puede constituir una fuente adicional de ingresos en el corto y mediano plazo, debe evaluarse con suma precaución porque podría poner en peligro la sostenibilidad económica del programa IVS en el largo plazo.
- Se propone, como alternativa, que el IGSS establezca dos programas separados de protección de las contingencias de IVS, financieramente y en términos de objetivos de protección: (i) un programa contributivo, con un esquema de financiamiento tradicional (el actual IVS con algunas modificaciones), y (ii) un programa no contributivo, con objetivos de asistencia social, financiado con las contribuciones de los asegurados y el aporte estatal, con prestaciones muy básicas, sujetas a prueba de recursos; por ejemplo, la pensión (uniforme) puede fijarse en un 50% de la mínima establecida para el programa IVS, con li-

geras diferenciaciones de acuerdo con el número de miembros de familia a cargo del asegurado.

- Por último, como ya se ha recomendado, debe extenderse gradualmente la cobertura de salud utilizando el modelo de Escuintla, con las modificaciones propuestas.

### **C. Características Generales del Sistema Mixto**

#### **1. Ventajas sobre el Sistema Sustitutivo**

El sistema mixto tiene una serie de ventajas sobre el sustitutivo y se adapta mejor a las condiciones socio-económicas y de seguridad social de Guatemala:

- Promueve simultáneamente la solidaridad (en el componente público) y la responsabilidad individual (en el componente complementario de capitalización plena e individual: CPI). El asegurado cobra dos pensiones al tiempo de retiro: una básica pagada por el público (primer pilar) y otra complementaria basada en la cuenta individual (segundo pilar). La contribución del empleador no se elimina, lo que permite una carga menor de financiamiento sobre el asegurado.
- Diversifica los riesgos de reparto (o capitalización colectiva parcial) y el de CPI. La capitalización plena tiene la ventaja que permite establecer una contribución fija que no aumenta en el largo plazo, pero es muy riesgosa debido a que la pensión está sometida a los vaivenes macroeconómicos que afectan el rendimiento del fondo (y que pueden favorecer o perjudicar a los asegurados según el momento en que se retiren); además, existe el problema de la capacidad del sistema financiero nacional para absorber fondos crecientes durante un período muy largo y luego devolverlos rápidamente en forma de pensiones. El reparto o capitalización colectiva parcial tiene el problema de contribuciones crecientes a largo plazo (más graduales en el segundo que en el primero), que pudieran llegar a ser prohibitivas, resultado del problema demográfico del envejecimiento, pero tiene menos riesgos económicos y crea menos problemas de absorción de capitales crecientes pues estos son inferiores.
- Los costos fiscales de transición a un sistema mixto deben ser nulos o, al menos, inferiores a los del sustitutivo, pues no debe generarse un déficit en el sistema antiguo (especialmente en el caso de Guatemala, cuyo programa IVS se basa en la prima media escalonada y es bastante sólido), ni debe pagar bono de reconocimiento ni garantizar una pensión mínima. Esto se debe a que no se cierra el sistema antiguo y los asegurados que se pasan al mixto están cubiertos por un componente público que paga una pensión básica.
- Permite la participación del sector privado, que puede administrar e invertir los fondos de pensiones acumulados en el componente de CPI. El mantenimiento de la cuenta individual, la propiedad del capital acumulado por el asegurado y una mayor agilidad en el otorgamiento de las pensiones, son otros aspectos positivos.
- Es flexible en cuanto al mayor o menor peso relativo que se le quiera dar a cada pilar. Si a largo plazo el pilar público entra en problemas serios o el pilar de CPI es exitoso (o viceversa) se puede ir transfiriendo protección de un pilar a otro, destinando mayor financiamiento al exitoso.

## 2. Características del Sistema Propuesto

Los lineamientos generales del sistema mixto que se propone para Guatemala son los siguientes:

- El programa de IVS-IGSS se reformaría de acuerdo con lo propuesto en la sección anterior, tanto para los que se queden en ese sistema como para los que se pasen al sistema mixto (en el componente público o primer pilar). Las condiciones de acceso serán iguales en ambos sistemas. Los riesgos de invalidez y sobrevivientes continuarían siendo cubiertos por el IGSS, el programa de vejez es el que quedaría sometido al nuevo sistema.
- Hay tres posibilidades en cuando al pase de los actuales asegurados en el programa de vejez del IGSS al sistema mixto: (a) que se les de libertad para quedarse en el programa (pero reformado) o pasarse al mixto, en un plazo de seis meses a partir de la entrada en vigor de la reforma; (b) que se obligue a todos los asegurados a pasarse al mixto; y (c) que todos los asegurados que tengan 45 o más años se queden y los que tengan menos de esa edad se pasen obligatoriamente al mixto.
- La primera opción tiene la ventaja de la libertad de elección pero podría impedir que haya un número suficiente de asegurados en el componente de CPI del sistema mixto para asegurar su competencia. La segunda opción eliminaría este último problema pero perjudicaría a los asegurados más viejos pues no tendrían tiempo suficiente para acumular una pensión significativa en el componente de CPI, mientras que favorecería a los jóvenes. La tercera opción resolvería este problema pero crearía distorsiones en el mercado laboral, pues como los empleadores financiarían parte del CPI, preferirán no contratar a trabajadores jóvenes (pues les saldrían más caros) agravando el problema de desempleo que especialmente afecta a los jóvenes.
- Se recomienda la segunda opción con la siguiente medida para resolver el problema indicado. Se establecería una tasa de reemplazo decreciente en el componente público del sistema mixto: a menor edad menor reemplazo y viceversa. Los asegurados más viejos tendrían mayor reemplazo en el público y menor acumulación en el CPI, mientras que los asegurados más jóvenes tendrían menor reemplazo en el público y mayor acumulación en el CPI.
- Todos los nuevos ingresantes en el mercado de trabajo, cubiertos legalmente por la seguridad social (IGSS y CPE), estarían obligados a entrar en el sistema mixto.
- El CPI tendría administración múltiple, o sea, podría ser administrado por organismos privados, públicos y mixtos. Sin embargo, las reglas del juego serían iguales para todos (no habría ventaja, por ejemplo, de una administradora pública sobre el resto). Los asegurados en el CPI tendrían libertad para escoger a la administradora con un límite de un cambio por año.
- El cobro de todas las contribuciones continuaría siendo por el IGSS, el cual retendría la parte correspondiente y transferiría la otra a la administradora correspondiente; esto reduciría los costos de administración y simplificaría la declaración a las empresas medianas y pequeñas.
- La contribución al componente de CPI debe ser suficiente para garantizar un reemplazo (pensión) que valga la pena; de lo

contrario, la mayoría de los aportes serían absorbidos por las comisiones de las administradoras. Se estima que con una contribución del 5%, una rentabilidad real del 4% de la inversión (conservadora), un crecimiento de salarios del 1% anual y una densidad de cotización del orden del 75%, se puede obtener una pensión a los 65 años de entre 25% y 35% del último salario, dependiendo de esas variables y del costo de la administración (comisión).

- Debe crearse un organismo autónomo regulador y supervisor del sistema de CPI, que podría ser una Superintendencia ad hoc o encargarse a la Superintendencia Bancaria o de Valores.

#### **D. Evaluación Actuarial de la Reforma Propuesta**

##### **1. Simulaciones de la reforma**

Las simulaciones incluyen dos modificaciones al Programa IVS, introducidas en el modelo de proyecciones:

**Edades de retiro:** se simula un aumento gradual en la edad de retiro, de 60 a 65 años, en un plazo de 16 años, a partir del año 1998 y finalizando en el año 2013. Se mantiene la edad de retiro actual de 60 años a los que tienen 59 de edad o más en 1998, y luego se simula un aumento en la edad de retiro: a 61 para los que tienen 57 de edad, a 62 para los que tienen 55 de edad, y así sucesivamente, hasta que sería de entrada 65 para los que tienen menos de 50 años de edad en el año 2013.

**Tasas de reemplazo para jubilación e invalidez:** se simula una reducción en la tasa media de reemplazo, desde un nivel actual que se estima en 60% a un nivel medio de 50% de reemplazo, es decir, se simula una reducción del 17%, aproximadamente. Cabe destacar que el esquema de reemplazos que incluye la propuesta es diferencial según nivel salarial (a menor salario, mayor reemplazo), pero para efectos de modelización se trabaja con una tasa promedio.

El resto de las variables y parámetros de proyección son iguales que los que se utilizaron en las simulaciones el escenario “sin reforma” o sin cambios al sistema actual (ver sección IX-E)

Dado que todos los trabajadores que se trasladan al sistema “mixto” que se está proponiendo conservarán los mismos requisitos y beneficios del actual IVS, se han realizado proyecciones para todo el grupo (trasladados y no trasladados al sistema mixto).

##### **2. Resultados de las proyecciones con reforma**

Los resultados de las simulaciones de la propuesta de reforma se presentan en tres conjuntos de datos. El cuadro 38 resume las proyecciones demográficas; el cuadro 39 las proyecciones de gastos y costos, y el cuadro 40 resume información sobre superávit (o déficit) y los niveles de reservas, suponiendo que se mantiene indefinidamente la cotización actual del 4.5%.

CUADRO 38

RESUMEN DE PROYECCIONES DEMOGRÁFICAS  
(Con Reforma)

Variable	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Activos cotizantes	742,448	936,386	1,173,564	1,419,285	1,661,558	1,886,126	2,092,641
Pensionados:	87,750	120,327	150,052	180,227	225,665	292,806	375,055
Inválidos	9,711	12,666	16,818	22,448	29,555	38,273	48,968
Jubilados	33,930	38,941	40,849	42,499	48,168	64,713	86,257
Viudas	20,933	30,450	40,658	53,028	68,693	88,903	114,197
Huérfanos	23,176	38,270	51,727	62,252	79,249	100,917	125,633
Activos/pensionados	8.5	7.8	7.8	7.9	7.4	6.4	5.6

CUADRO 39

PROYECCIÓN DE GASTOS Y COSTOS SOBRE LA PLANILLA: 1996-2025  
(Con Reforma)  
(En millones de Q de 1995)

Año	Masa salarial	Gasto en pensiones					Gasto Administ.	Gasto total	Costos (%) a)
		Jubilados	Inválidos	Viud. y orf.	Padres	Total			
1996	8,008	146	29	60	10	246	55	303	3.7
2000	10,243	182	48	97	14	342	55	396	3.9
2005	13,695	214	81	151	20	466	55	520	3.8
2010	17,692	245	127	216	26	614	55	669	3.8
2015	22,014	299	185	303	35	821	55	876	4.0
2020	26,508	427	259	414	49	1,148	55	1,202	4.5
2025	31,080	596	352	555	66	1,570	55	1,624	5.2

a) Se refiere al gasto anual como porcentaje de la planilla anual.

El cuadro 41 contiene la misma información que el cuadro 40, pero simulando que la tasa de contribución se eleva de 4.5% a 7.5% a partir de 1998, tal y como se establece en nuestra propuesta.

Los ajustes propuestos al programa IVS en cuanto a edad de retiro y número mínimo de cotizaciones, retardarían la caída en el índice de pensionados/activos, dándole más holgura al Programa en el aspecto demográfico. Dado que la propuesta de au-

mento de edad de retiro es gradual, en los primeros años el efecto no es importante, pero ya para el año 2015 sí se observa un cambio importante en relación con los resultados de simulación para las condiciones "sin reforma" (sin cambios al Programa actual).

En un plazo más largo, la maduración del programa así como el envejecimiento de la población, provocaría una caída del índice de activos/pensionados, situación que es nor-

mal de acuerdo con la experiencia demográfica internacional.

En lo que se refiere a proyecciones de gastos y costo sobre la planilla (cuadro 39), en los primeros años tampoco se esperaría un cambio en los niveles de costos. Por ejemplo, en el año 2000 los costos sobre la planilla del Programa actual (sin reforma) con respecto al programa con reforma, alcanzan en ambos casos un valor de 3.9%, pero en los años subsiguientes la reforma propuesta permitiría que los costos crezcan a un ritmo mucho más lento. Según el cuadro 39, en el año 2025 el costo “con reforma” sería 5.2% de los salarios, es decir un 17.5% menor que el valor que se alcanza de no realizar ninguna reforma.

En el más largo plazo, se sentiría en mayor medida el impacto de las reformas. Como cifras de referencia, el costo para la proyección “sin reforma” sería 14.5% en el año 2050, mientras que con la reforma se reduciría a 11.1%, es decir, casi en una cuarta parte.

Por otra parte, el cuadro 40 permite apreciar cuál sería el efecto de la reforma propuesta sobre la duración del actual periodo de equilibrio financiero. La reforma de IVS haría posible que la actual prima del 4.5% sea suficiente para garantizar el equilibrio financiero del Programa hasta el año 2024; es decir, a partir del 2025 habría que pasar a otro escalón, a través del aumento de la prima.

Un aspecto importante es que con la propuesta la relación reserva/gastos (última columna del cuadro 40) sigue siendo suficientemente elevada (igual a 4) todavía en el año 2025, lo que refleja lo importante de proceder con las reformas, a fin de lograr el máximo fortalecimiento posible del Programa; en virtud de ello es que estamos proponiendo que adicionalmente se eleve a corto plazo la tasa de contribución (prima), como estrategia para capitalizar el sistema y afrontar exitosamente los retos que plantea el notable aumento de los costos de IVS en el largo plazo.

#### CUADRO 40

##### PROYECCIONES FINANCIERAS: 1996-2025 (Con Reforma y cotización del 4.5%) (En millones de Q de 1995)

Año	Gastos totales	Ingresos			Superávit (Déficit)	Reserva final	Reserva/ gastos
		Cuotas	Intereses a)	Total			
1996	300	360	44	404	104	1,530	5.1
2000	396	461	56	517	121	1,968	5.0
2005	520	616	78	694	174	2,722	5.2
2010	669	796	108	904	236	3,783	5.7
2015	876	991	146	1,137	261	5,071	5.8
2020	1,202	1,193	179	1,372	170	6,149	5.1
2024	1,532	1,356	191	1,547	15	6,458	4.2
2025	1,624	1,399	190	1,589	(36)	6,423	4.0

a) Se supone un interés real del 3% sobre una reserva de 1,426 millones al 31/12/95

Debe destacarse que ninguno de los escenarios de proyección contempla ajustes en las reservas por concepto de cancelación de la deuda estatal acumulada con IVS, pero obviamente ello vendría a mejorar notablemente las condiciones actuales del Programa; si el Estado pagase, la reserva aumentaría notablemente, lo cual, mediante una adecuada capitalización, se traduciría en un elemento de la mayor importancia para fortalecer aún más el Programa IVS. Un ejercicio interesante es determinar el pasivo histórico del Estado con IVM e incorporarlo a las proyecciones, pero al momento de la elaboración del presente trabajo no se tenía a mano la información necesaria para realizarlo.

La propuesta de la Fundación Friedrich Ebert contempla también un aumento de la cotización al 7.5%, razón por la cual presentamos proyecciones financieras del impacto que tendría dicho aumento de la prima a partir del año 1998 (cuadro 41).

Si se establece una prima de 7.5% a partir del año 1998, las condiciones financieras del Programa IVS mejorarían notablemente. La relación reserva/gasto (coeficiente de reserva) pasaría rápidamente a 11 en el año 2005, seguiría creciendo hasta alcanzar un valor máximo de 18.4 entre el 2020 y 2025, y luego empezaría a descender nuevamente. La proyección más allá del año 2040 (que no se muestra en el cuadro 41) indica que el programa podría estar equilibrado financieramente hasta el año 2048, es decir, se lograría el equilibrio en un único escalón hasta este año.

La gran ventaja asociada a incrementar la prima en el corto plazo, así como a proceder con las demás reformas planteadas, es que IVS alcanzaría un nivel de capitalización bastante importante, lo cual sería una situación muy deseable en el largo plazo, pues con una reserva más grande, sus rendimientos permitirían financiar una proporción importante de los gastos, reduciendo

CUADRO 41

PROYECCIONES FINANCIERAS: 1996-2025  
(Con Reforma y cotización del 7.5% a partir de 1998)  
(en millones de Q de 1995)

Año	Gastos totales	Ingresos			Superávit (Déficit)	Reserva final	Reserva/ gastos (%)
		Cuotas	Intereses	Total			
1996	300	360	44	404	104	1,530	5.1
2000	396	768	78	847	450	2,874	7.3
2005	520	1,027	160	1,187	667	5,750	11.0
2010	669	1,327	278	1,605	936	9,882	14.8
2015	876	1,651	438	2,089	1,213	15,410	17.6
2020	1,202	1,988	633	2,621	1,419	22,121	18.4
2025	1,624	2,331	853	3,184	1,560	29,657	18.3
2030	2,144	2,664	1,089	3,753	1,608	37,644	17.6
2040	3,662	3,304	1,524	4,828	1,166	52,158	14.2

los niveles de prima necesarios para equilibrar IVS. Para ilustrar esta situación, en el año 2048 el costo (gastos/salarios) llegaría a 10.7%, mientras que a ese año el programa todavía está equilibrado con la prima del 7.5%

La experiencia latinoamericana enseña que por falta de visión de largo plazo, la mayoría de los regímenes de pensiones de la seguridad social colapsaron, o se encuentran en crítica situación, por lo que siendo el seguro IVS del IGSS un programa relativamente joven, vale la pena aprender de estas experiencias y planificar en el muy largo plazo. Precisamente uno de los mayores cuestionamientos a los sistemas de pensiones que funcionan bajo reparto o capitalización parcial, es que a largo plazo no son sostenibles, porque al no haber una reserva que genere intereses para pagar parte de las prestaciones, el programa queda a expensas del fenómeno de envejecimiento demográfico y entra en crisis.

A pesar del desacierto de haber reducido la edad de retiro en el pasado, el programa IVS se encuentra todavía en una fase inicial de maduración (pues empezó a funcionar hace apenas 20 años) y en una posición financiera *de corto y mediano plazo* holgada (privilegio casi único en la región); por lo tanto, la sociedad guatemalteca tiene la gran oportunidad de fortalecer su sistema público de pensiones y de hacerlo sostenible en el largo plazo, a través de la toma de decisiones acertadas desde ya.

Ciertamente, y a juzgar por la experiencia internacional, consideramos que un financiamiento del 4.5% de los salarios para financiar las pensiones es a todas luces insuficiente, en un contexto de largo plazo. Dicha experiencia demuestra, también, que el sacrificio que puede representar para Guatemala elevar las tasas de contribución

sobre los salarios (incluyendo el destino de recursos adicionales para crear un segundo pilar de pensiones), con el fin de mejorar su sistema de seguridad social, se vería más que compensado en términos de mayor bienestar social, mayor ahorro nacional, y con la posibilidad de desarrollar su mercado financiero.

## E. Conclusiones

El cuadro 42 mide el impacto de la reforma global propuesta por el equipo de la Fundación Ebert sobre la contribución del IGSS, total y por fuente: empleador, asegurado y trabajador.

El aumento de la actual contribución total del IGSS sería del 17.5% al 21.5% (4 puntos porcentuales) para financiar el costo total de la reforma, incluyendo: la expansión del período de equilibrio del programa IVS (componente público) hasta el año 2048, la adición del componente de CPI, y un reforzamiento del programa EM. Estos cálculos, sin embargo, necesitan ser validados por evaluaciones actuariales de los programas EM y de Accidentes (convertido en Riesgos de Trabajo en la propuesta), de acuerdo con la reforma propuesta.

Actualmente la contribución sobre el salario del 17.5%, en la práctica es del 14.5%, puesto que el Estado no aporta el 3% sobre el salario ni tampoco el 25% del costo de las pensiones. Estos dos aportes no se han tenido en cuenta para las proyecciones ni del sistema "sin reforma" ni con el sistema reformado. Se propone reducir ambos aportes a una contribución combinada más realista del 1.5% que se asignaría así: 1% para IVS (componente público) con el objetivo de aumentar la cobertura poblacional, y 0.5% para EM. Este es un costo fiscal muy bajo comparado con el que resultaría de una reforma de tipo sustitutiva al estilo de Chile,

CUADRO 42

IMPACTO DE LA REFORMA GLOBAL PROPUESTA EN LA CONTRIBUCION DEL IGSS  
(en porcentajes sobre el salario)

Programa	Actual				Reforma			
	Empleador	Asegurado	Estado	Total	Empleador	Asegurado	Estado	Total
IVS	3.0	1.5	a	4.5	7.0	4.5	1.0	12.5
Público	3.0	1.5	a	4.5 <sup>c</sup>	4.5 <sup>g</sup>	2.0 <sup>g</sup>	1.0 <sup>i</sup>	7.5
CPI	0	0		0	2.5	2.5	0	5.0
EM	4.0	2.0	3.0 <sup>b</sup>	9.0 <sup>d</sup>	4.5 <sup>h</sup>	2.5 <sup>h</sup>	0.5 <sup>j</sup>	7.5
Accidentes (RT)	3.0	1.0	0	4.0	1.5 <sup>f</sup>	0 <sup>f</sup>	0	1.5
Total	10.0	4.5	3.0 <sup>b</sup>	17.5 <sup>e</sup>	13.0	7.0	1.5	21.5
Diferencia					+3.0	+2.5	[-1.5 <sup>k</sup> ]	+ 4.0

*a* 25% del costo de las pensiones que no paga

*b* 3% sobre el salario que no paga

*c* No toma en cuenta la contribución estatal

*d* 6% sin la contribución estatal

*e* 14.5% sin el 3% de la contribución estatal, ni el 25% del costo de las pensiones, ninguna de la cual paga

*f* El 3% del empleador se reduce a 1.5% y el 1.5% restante se reasigna: 0.5% para EM y 0.5% para IVS (público)

*g* La contribución del empleador se aumenta 0.5% (el otro 1% es reasignado de Accidentes). La contribución del asegurado permanece igual (el 0.5% adicional es reasignado de Accidentes)

*h* No hay aumento en estas contribuciones (0.5% viene reasignado de Accidentes)

*i* La contribución estatal del 25% sobre el costo de pensiones (que no se ha pagado) se convierte en 1% sobre el salario

*j* La contribución estatal del 3% se reduce a 0.5%

*k* La contribución estatal (legal) se reduce a mucho menos de la mitad para hacerla realista y viable

en que el Estado tendría que financiar el deficit en el sistema antiguo, el bono de reconocimiento y la pensión mínima. Si se negociara el pago de la deuda estatal al IGSS, la contribución sobre el salario del Estado como tercera parte podría reducirse mas. Pero es esencial que el Estado haga efectiva su contribución reducida y apoyamos en este sentido la recomendación de la propuesta del IGSS, de que una parte adecuada del IVA se asigne directamente al IGSS como aporte fiscal.

La contribución del empleador se aumenta en 3%: 0.5% mas para IVS (componente público) y 2.5% para el componente de

CPI. La actual contribución del empleador para Accidentes se reduce del 3% al 1.5% y la diferencia se reasigna así: 1% para IVS (componente público) y 0.5% para EM.

La contribución del asegurado se aumenta en 2.5% y va toda a CPI. Se reasigna la contribución del 1% para Accidentes así: 0.5% para IVS (componente público) y 0.5% para EM. Si hubiera una reforma sustitutiva al estilo chileno, la contribución del trabajador aumentaría de 4.5% a 15.5%: 13.5% para IVS y 2% (por lo menos) para EM.

Como se recordará, tanto la contri-

bución salarial total de Guatemala, como el costo de la seguridad social como porcentaje del PIB, están entre los más bajos de la región. La reforma sólo aumentaría la contribución actual en 4 puntos porcentuales, lo que colocaría a Guatemala en el 14to. lugar de la región, aún entre los seis más bajos. Los países con una contribución más pequeña son los que tienen la cobertura poblacional más baja (inferior a la de Guatemala) como Haití, Honduras, República Dominicana y Nicaragua (sólo Cuba, que tiene una cobertura mucho mayor tendría una contribución mucho más baja, pero el sistema de seguridad social cubano enfrenta una gravísima crisis financiera y actuarial).

Los anteriores cálculos no han tenido en cuenta el ahorro que podría resultar de

las reformas recomendadas en nuestra propuesta en materia de administración y finanzas, las cuales podrían resultar en una contribución más baja. Esto se determinaría por evaluación actuarial después que el nuevo sistema estuviera en funcionamiento por uno o dos años.

No es necesario repetir aquí las ventajas del sistema mixto propuesto sobre el sustitutivo (ver sección XIII-C-1). Tampoco las razones de por qué el sistema propuesto se adapta mejor a las condiciones socio-económicas y de seguridad social de Guatemala (ver sección XI-D). Por último, creemos que las modificaciones introducidas a la propuesta de reforma del IGSS mejoran ésta y la hacen más viable a largo plazo.

## XIV. BIBLIOGRAFIA

Adriazén, Gabriela, Ramón Barúa, et al. 1996. *Tres Años del Sistema Privado de Pensiones, 1993-1996: Perú*. Lima: AFP Horizonte.

Arenas de Mesa, Alberto. "Learning from the Privatization of the Social Security Pension System en Chile: Macroeconomic Effects, Lessons and Challenges." University of Pittsburgh, Ph. Dissertation.

Arenas de Mesa, Alberto y Fabio Bertranou. 1997. "Learning from Social Security Reforms: Two Different Cases, Chile and Argentina," *World Development* (March): 329-348.

Banco de Guatemala. 1992. *Empleo y Salarios, Estadísticas del IGSS, 1960-1991* (Guatemala).

\_\_\_\_\_. 1996a. *Estudio Económico y Memoria de Labores 1995* (Guatemala).

\_\_\_\_\_. 1996b. *Boletín Estadístico* (Guatemala)

Banco Interamericano de Desarrollo (BID).1980 a 1996. *Desarrollo Económico y Social en América Latina* (Baltimore: John Hopkins).

\_\_\_\_\_.1995. *Guatemala: Programa Agrícola de Salud, Una Propuesta* (Washington D.C., noviembre)

Banco Mundial. 1988 a 1996a. *World Development Report 1988 a 1996* (Oxford: Oxford University Press).

\_\_\_\_\_. 1990 a 1996a. *Social Indicators of Development 1990 a 1996* (Oxford: Oxford University Press).

Bertranou, Fabio. 1996. "A New Approach to Social Security Pension Reform: The Case of Argentina." Pittsburgh: University of Pittsburgh (mimeo).

\_\_\_\_\_. 1997. "Health Care Reform in Argentina." Pittsburgh: University of Pittsburgh (mimeo).

Cartin, Brian. 1997. "Chile: The Effectiveness of the [Health Care] Reform." En Cruz-Saco y Mesa-Lago, editores, en prensa.

CELADE. 1989, 1994, 1995. *Boletín Demográfico de América Latina* (Santiago)

Centro de Investigaciones Económicas Nacionales (CIEN). 1992a. *Lineamientos de Política Económica y Social para Guatemala, 1991-95* (Guatemala: colección de documentos).

\_\_\_\_\_. 1992b. "El Sistema de Previsión Social en Guatemala," *Informe al Congreso* (Guatemala, septiembre).

\_\_\_\_\_. 1992c. "Servicios Prepagados de Salud: Una Alternativa a los Servicios del IGSS," *Carta Económica*, No. 129 (Guatemala, diciembre).

\_\_\_\_\_. 1993. *Memoria I Seminario Nacional de Previsión Social* (Guatemala, 18-19 de febrero).

\_\_\_\_\_. 1994. *Participación del Sector Privado en el Sistema de Salud: Estudio de Factibilidad de las Siete Modalidades* (Guatemala, febrero).

\_\_\_\_\_. 1995a. "Servicios de Salud para todos los Guatemaltecos," *Carta Económica*, No. 150 (Guatemala, junio).

\_\_\_\_\_. 1995b. "La Revolución de las Pensiones: El Sistema de Cuenta Individual," *Carta Económica*, No. 153 (Guatemala, septiembre).

CEPAL. 1993a a 1995a. *Estudio Económico de América Latina y el Caribe 1993 a 1995* (Santiago).

\_\_\_\_\_. 1993b a 1995b. *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 1993 a 1995* (Santiago).

\_\_\_\_\_. 1995c, 1996. *Balance Preliminar de la Economía de América Latina y el Caribe 1995, 1996* (Santiago).

\_\_\_\_\_. 1995d. *Indicadores Sociales Básicos de la Subregión Norte de América Latina y el Caribe 1950-1994* (Santiago).

Comité Nacional de Alfabetización (CONALFA). 1996. "Unidad de Seguimiento y Evaluación: Analfabetismo" (Guatemala).

Congreso de la República de Guatemala. 1994. "Decreto Número 39-94." Guatemala, 28 de abril.

*Constitución Política de la República de Guatemala*. 1996. (Guatemala: Fundación Friedrich Ebert).

Cruz-Saco, María Amparo. 1993. *El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS): Evaluación Económica y Alternativas de Reforma* (Guatemala, 19 de febrero)

\_\_\_\_\_. 1994. *Guatemala: Evaluación de los Programas de Inversión en Infraestructura Física del IGSS y el MSPAS en 1994* (Guatemala, mayo).

Cruz-Saco, María Amparo and Carmelo Mesa-Lago, editores. En prensa. *Do Options Exist? The Reform of Pension and Health Care Systems in Latin America*. Pittsburgh.

Durán, Fabio. 1996. "Costa Rica: Alternativas de Reforma al Sistema Nacional de Pensiones", Seminario Internacional "Las Alternativas de Reforma a la Seguridad Social en América Latina". San Salvador, 22 de marzo.

Fondo Monetario Internacional (FMI). 1995. *International Financial Statistics Yearbook* (Washington D.C.)

Gobierno de Guatemala. 1991. *Política Económica y Social del Gobierno de Guatemala para el Período 1991-1996* (Guatemala, noviembre).

González, Carlos Enrique, 1997. Características del Sistema de Pensiones Públicas de Guatemala (Guatemala: Universidad Rafael Landívar)

Gwynne, Gretchen. 1988. *Private Sector Health Care Alternatives for Agricultural Workers on the South Coast of Guatemala* (Stony Brook: State University of New York).

Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP). 1994a. *Informe Final de Consultoría: Análisis de la Situación Financiera y Actuarial del IGSS* (San José, marzo).

\_\_\_\_\_. 1994b. *Informe de la Segunda Parte de la Consultoría para la Reorganización y Fortalecimiento del IGSS* (San José, abril).

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). 1988 a 1992. *Informe Anual de Labores 1987 a 1991* (Guatemala).

\_\_\_\_\_. 1986 a 1992b. *Estados Financieros 1985 a 1991* (Guatemala).

\_\_\_\_\_. 1991b. *Problemática Global del IGSS* (Guatemala, abril)

\_\_\_\_\_. 1992c. *Boletín Estadístico 1991* (Guatemala: IGSS-Depto. Actuarial y Estadístico).

\_\_\_\_\_. 1992d. *Análisis Financiero de los Programas de Accidentes y de Enfermedad y Maternidad* (Guatemala, mayo).

\_\_\_\_\_. 1992e. *Valuación Actuarial del Programa de Invalidez, Vejez y Supervivencia* (Guatemala, mayo).

\_\_\_\_\_. 1994b. "Inconstitucionalidades del Decreto No. 39-94 que Reforma la Ley Orgánica del IGSS." (Guatemala, 17 de mayo).

\_\_\_\_\_. 1996b. *Personal de Servicio del IGSS* (Guatemala, julio).

\_\_\_\_\_. 1996c. *Valuación Actuarial del Programa de Invalidez, Vejez y Supervivientes* (Guatemala: Depto. Actuarial y Estadístico).

\_\_\_\_\_. 1996d. *Perfil del Sistema Nacional de Previsión Social* (Guatemala, 6 diciembre).

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Oficina Panamericana de la Salud (IGSS/OPS). 1996. *Evaluación Integral de la Extensión de Cobertura del Sector Salud, Escuintla 1989-1995* (Guatemala).

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) 1995. *Diagnóstico* (Ciudad México, marzo).

Instituto Nacional de Estadística (INE). 1990. *Encuesta Nacional Sociodemográfica, 1989* (Guatemala).

\_\_\_\_\_. 1995. *Principales Indicadores Socioeconómicos, Censo 1994* (Guatemala).

La Forgia, Gerard. 1997. "Understanding Health Care Reform: A Financial and Service Flow Model and the Colombian Case." En Cruz-Saco y Mesa-Lago, editores, en prensa.

"Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud." 1996. *El Peruano*, 11 de noviembre, pp. 144233-144236.

"Ley de Pensiones." 1996. *Gaceta Oficial de Bolivia*, 29 de noviembre, pp. 3-38.

"Ley del Seguro Social". 1995. *Diario Oficial* (México), 21 diciembre, pp. 25-63.

"Ley N° 26504". 1995. *El Peruano*, 18 de julio, pp. 133163-133164.

Meerhof, Ricardo. 1992. *Guatemala: Financiamiento y Gastos del MSPAS y Costos Operativos de los Servicios de Atención* (Guatemala, mayo).

Mérida Ochoa, Rodolfo. 1997. "Por un futuro mejor...", *Prensa Libre* (Guatemala), 5 de marzo.

Mesa-Lago, Carmelo. 1985. *El desarrollo de la seguridad social en América Latina* (Santiago: CEPAL).

\_\_\_\_\_. 1992. *Atención de la salud para los pobres en América Latina y el Caribe* (Washington D.C.: OPS).

\_\_\_\_\_. 1993. *Aspectos económico-financieros de la seguridad social en América Latina y el Caribe* (Santiago: CIEDESS).

\_\_\_\_\_. 1994. *La reforma de la seguridad social en América Latina y el Caribe: Hacia una disminución del costo social del ajuste estructural* (Santiago: CIEDESS).

\_\_\_\_\_. 1996a. "La reforma de las pensiones en América Latina: Sistemas públicos, privados, mixtos y paralelos," *Estudios de la Seguridad Social*, No. 80: 58-85.

\_\_\_\_\_. 1996b. "Las reformas de las pensiones en América Latina y la posición de los organismos internacionales," *Revista de la CEPAL*, No. 60 (Diciembre): 73-94.

\_\_\_\_\_. 1997. "Comparative Analysis of Pension Reform in Eight Latin American Countries: Advantages-Disadvantages, Lessons and Challenges." University of Pittsburgh, abril.

Mesa-Lago, Carmelo y Alberto Arenas de Mesa. 1997. "Chile, 15 Years After the Privatization of the Pension System: Evaluation, Lessons and Challenges". En Cruz-Saco y Mesa-Lago, editores, en prensa.

Mesa-Lago Carmelo y Fabio Bertranou, 1997. *Manual de Economía de Seguridad Social Latinoamericana* (Montevideo: CLAEH)

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), IGSS y OPS. 1991. *Informe del Primer Seminario sobre Economía y Salud* (Antigua, abril).

\_\_\_\_\_. 1984. *Informe de Labores* (Guatemala).

\_\_\_\_\_. 1994. *Elementos para el Cálculo de los Salarios Mínimos en Guatemala* (Guatemala, julio).

\_\_\_\_\_. 1996. *Boletín Epidemiológico Nacional*, No. 13 (Guatemala).

Ministerio del Trabajo y Previsión Social (MTPS). 1996. *Boletín de Estadísticas del Trabajo Año 1995*, No.7 (Guatemala).

MSPAS, BID, OPS y OMS. 1992. *Estudio Básico del Sector Salud, Guatemala 1991* (Guatemala, octubre).

Naciones Unidas (ONU). 1996. *Acuerdos sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria* (Guatemala: Fundación Friedrich Ebert).

Oficina Internacional del Trabajo (OIT). 1996. *El costo de la seguridad social 1987-1989* (Ginebra)

Oficina Panamericana de la Salud (OPS). 1991. *Notas sobre el Gasto Público y el Financiamiento en Salud* (Guatemala).

\_\_\_\_\_. 1991a. *Estudio Básico del Sector Salud* (Guatemala).

\_\_\_\_\_. 1992. *Análisis de la Situación de Salud por Regiones* (Guatemala).

\_\_\_\_\_. 1993. *Las Repercusiones de las Crisis Económicas y los Programas de Ajuste sobre el Sector Salud en C.A.: Desafíos para la Década de los Noventa* (Washington D.C.: Serie Informes).

\_\_\_\_\_. 1994. *Las Condiciones de Salud en las Américas* (Washington D.C.).

\_\_\_\_\_. 1995. *Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud 1995* (Washington D.C.)

Oficina Panamericana de la Salud y Oficina Mundial de la Salud (OPS/OMS). 1991. *Primera Evaluación del Programa de Extensión de los Servicios de Enfermedad y Maternidad del Depto. de Escuintla* (Guatemala, abril-julio).

PNUD. 1990 a 1996. *Human Development Report 1990 a 1996* (Oxford: Oxford University Press)

Ruta Social-SEGEPLAN. 1996. *Guatemala, el Gasto Social Público y su Eficiencia* (Guatemala).

Salazar Santizo, José G. 1996. *Guatemala: Un País de Esperanza* (Guatemala).

Sánchez, José Rómulo. 1989. "Modelo de Atención en Salud para la Extensión del Programa sobre Protección Relativa a Enfermedad en el Depto. de Escuintla" (Guatemala: IGSS).

Sauri C., Carlos. 1996. "Modificaciones a la Ley del IMSS: Fondo de Pensiones", *Ejecutivos de Finanzas*, febrero, pp. 28-34.

SEGEPLAN. 199?. *Proyecciones de Población* (Guatemala).

Superintendencia Bancaria (SB). 1996. *Informe de Coyuntura Entidades Administradoras de Pensiones y Cesantías*. Santafé de Bogotá, junio.

Superintendencia de AFJP (SAFJP). 1995. *Memoria Trimestral*. Buenos Aires.

Superintendencia de AFP (SAFP). 1996. *Boletín Estadístico Mensual*, Santiago, diciembre.

Superintendencia de AFP (SAFP). 1996. *Memoria 1996*. Lima.

\_\_\_\_\_. 1996. *Boletín de Información Mensual*. Lima, diciembre 31.

Superintendencia de Seguridad Social (SSS). 1995. *Estadísticas Mensuales de la Seguridad Social*. Santiago.

U.S. Social Security Administration. 1981 a 1995. *Social Security Programs Throughout the World 1981 a 1995* (Washington D.C.: GPO).

## **ANEXOS:**

### **BASES TÉCNICAS DE LAS PROYECCIONES ACTUARIALES**

**(con modificaciones a las utilizadas en las proyecciones del  
IGSS)**

**Tasas de entrada a la invalidez para hombres y mujeres**

Edad	Tasa	Edad	Tasa
15	0.00012	38	0.00108
16	0.00013	39	0.00119
17	0.00014	40	0.00132
18	0.00016	41	0.00146
19	0.00018	42	0.00163
20	0.00020	43	0.00182
21	0.00023	44	0.00204
22	0.00025	45	0.00229
23	0.00028	46	0.00259
24	0.00031	47	0.00293
25	0.00035	48	0.00334
26	0.00038	49	0.00382
27	0.00042	50	0.00438
28	0.00046	51	0.00501
29	0.00050	52	0.00575
30	0.00054	53	0.00657
31	0.00059	54	0.00750
32	0.00064	55	0.00852
33	0.00070	56	0.00963
34	0.00076	57	0.01081
35	0.00082	58	0.01204
36	0.00090	59	0.01326
37	0.00098		

**Tasas de entrada a la jubilación  
para hombres y mujeres**

Edad	Tasa
60	0.08000
61	0.12660
62	0.17000
63	0.22000
64	0.21000
65	0.25000
66	0.24000
67	0.27170
68	0.30100
69	0.33500
70	0.35000
71	0.90000
72	0.42000
73	0.47000
74	0.48000
75	0.50000

*FUENTE: construida a partir de una tabla resumida proporcionada por el IGSS*

### Tasa de crecimiento de nuevas generaciones, hombres

Edad	Años						
	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025
14	0,23353	0,01580	0,00770	0,00394	0,00305	0,00212	0,00200
15	0,29732	0,01797	0,00864	0,00442	0,00342	0,00238	0,00224
16	0,36490	0,02054	0,00947	0,00484	0,00375	0,00261	0,00246
17	0,43379	0,02340	0,01068	0,00546	0,00423	0,00294	0,00277
18	0,48738	0,02603	0,01193	0,00610	0,00472	0,00329	0,00309
19	0,53331	0,02970	0,01408	0,00720	0,00557	0,00388	0,00365
20	0,58566	0,03363	0,01623	0,00830	0,00642	0,00447	0,00421
21	0,55373	0,03112	0,01515	0,00775	0,00600	0,00417	0,00393
22	0,50401	0,02834	0,01387	0,00710	0,00549	0,00382	0,00360
23	0,41848	0,02570	0,01231	0,00630	0,00487	0,00339	0,00319
24	0,36622	0,02258	0,01113	0,00570	0,00441	0,00307	0,00289
25	0,32917	0,02000	0,00975	0,00499	0,00386	0,00268	0,00253
26	0,29345	0,01797	0,00860	0,00440	0,00340	0,00237	0,00223
27	0,25007	0,01614	0,00791	0,00404	0,00313	0,00218	0,00205
28	0,23097	0,01498	0,00746	0,00381	0,00295	0,00205	0,00193
29	0,21311	0,01376	0,00708	0,00362	0,00280	0,00195	0,00183
30	0,19525	0,01295	0,00659	0,00337	0,00261	0,00181	0,00171

### Tasa de crecimiento de nuevas generaciones, mujeres

Edad	Años						
	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025
14	0,04560	0,00444	0,00462	0,00365	0,00289	0,00261	0,00236
15	0,05806	0,00509	0,00516	0,00408	0,00322	0,00291	0,00263
16	0,07127	0,00568	0,00573	0,00452	0,00357	0,00323	0,00292
17	0,08472	0,00637	0,00634	0,00501	0,00396	0,00358	0,00323
18	0,09519	0,00717	0,00716	0,00565	0,00447	0,00404	0,00365
19	0,10416	0,00838	0,00845	0,00667	0,00527	0,00477	0,00431
20	0,11438	0,00947	0,00969	0,00766	0,00605	0,00547	0,00494
21	0,10815	0,00891	0,00917	0,00725	0,00573	0,00518	0,00468
22	0,09843	0,00807	0,00824	0,00651	0,00514	0,00465	0,00420
23	0,08173	0,00713	0,00751	0,00593	0,00469	0,00424	0,00383
24	0,07152	0,00646	0,00685	0,00541	0,00428	0,00387	0,00349
25	0,06429	0,00559	0,00594	0,00469	0,00371	0,00335	0,00303
26	0,05731	0,00503	0,00526	0,00415	0,00328	0,00297	0,00268
27	0,04884	0,00461	0,00481	0,00380	0,00300	0,00271	0,00245
28	0,04510	0,00430	0,00453	0,00358	0,00283	0,00256	0,00231
29	0,04162	0,00400	0,00434	0,00343	0,00271	0,00245	0,00221
30	0,03813	0,00371	0,00401	0,00317	0,00250	0,00226	0,00205

### Nuevas generaciones, 1995

Edad	Hombres	Mujeres
14	141	271
15	449	559
16	769	679
17	1,215	931
18	1,916	1,594
19	2,702	1,786
20	2,367	1,444
21	1,844	1,152
22	1,441	653
23	1,134	615
24	846	424
25	677	250
26	538	164
27	467	90
28	442	58
29	411	52
30	401	74

**Gasto inicial en pensiones de jubilación  
En Quetzales corrientes, 1995**

Edad	Hombres	Mujeres
60	572,131	1,959,202
61	1,793,400	1,187,034
62	4,141,495	1,054,165
63	5,184,770	1,092,620
64	6,564,715	1,116,435
65	6,759,452	1,022,076
66	7,000,767	1,175,203
67	7,402,100	950,258
68	7,206,173	765,014
69	6,865,448	726,103
70	5,865,374	747,883
71	5,730,762	565,019
72	5,174,586	615,554
73	4,909,055	501,241
74	4,869,770	385,904
75	4,909,429	487,625
76	3,912,745	311,665
77	3,769,138	302,090
78	3,536,084	297,274
79	2,763,778	286,785
80	2,698,077	235,904
81	2,693,815	193,907
82	1,942,625	151,384
83	1,768,796	104,101
84	1,510,697	113,732
85	1,245,886	93,805
86	1,057,210	76,647
87	814,110	76,951
88	697,265	55,876
89	494,516	22,597
90	407,726	29,114
91	285,858	25,710
92	229,483	10,157
93	200,715	4,248
94	122,007	2,685
95	93,916	17,906
96	70,876	

**Gasto inicial en pensiones de invalidez  
En Quetzales corrientes, 1995**

Edad	Hombres	Mujeres	Edad	Hombres	Mujeres
20	26,460	0	58	671,180	263,194
21	13,230	13,167	59	796,252	217,763
22	37,903	0	60	880,288	245,066
23	30,469	5,615	61	698,168	193,743
24	41,273	0	62	619,661	185,018
25	58,221	3,993	63	627,646	164,039
26	39,431	3,158	64	556,203	178,552
27	58,819	17,002	65	549,659	147,454
28	68,899	1,803	66	403,521	104,306
29	82,508	26,405	67	417,838	122,938
30	79,932	9,033	68	335,369	105,904
31	91,910	18,404	69	432,399	123,490
32	119,261	17,932	70	457,898	127,789
33	120,237	14,963	71	578,986	75,625
34	127,207	12,821	72	596,736	100,337
35	225,331	37,281	73	524,278	96,194
36	183,844	39,785	74	454,181	90,225
37	213,321	42,754	75	412,364	35,674
38	217,818	54,945	76	305,302	32,965
39	74,121	183,018	77	199,815	37,643
40	253,894	60,741	78	139,641	15,616
41	278,346	84,941	79	85,280	7,072
42	278,291	56,236	80	39,116	9,742
43	248,050	78,979	81	17,609	4,111
44	254,799	120,489	82	5,938	0
45	312,823	89,146	83	0	0
46	247,097	113,268	84	0	0
47	303,129	137,838	85	0	0
48	414,861	173,205	86	0	0
49	331,613	121,796	87	2,969	0
50	326,549	150,155	88	0	0
51	376,753	156,549	89	0	0
52	356,727	202,713	90	0	0
53	441,329	144,776	91	0	0
54	476,294	204,871	92	0	0
55	531,570	261,028	93	0	0
56	636,640	224,551	94	0	0
57	647,287	202,130	95	9,049	0

**Gasto inicial en pensiones de orfandad  
En Quetzales corrientes, 1995**

Edad	Gasto
0	5,810
1	55,829
2	146,264
3	248,891
4	337,852
5	436,401
6	566,821
7	628,633
8	671,710
9	821,194
10	979,780
11	1,076,912
12	1,197,515
13	1,460,360
14	1,690,961
15	1,927,644
16	2,119,762
17	2,320,066

**Gasto inicial en pensiones de Viudez  
En Quetzales corrientes, 1995**

Edad	Gasto	Edad	Gasto
18	21,261	58	818,791
19	5,205	59	873,412
20	23,513	60	926,439
21	30,353	61	889,838
22	28,595	62	885,058
23	89,272	63	969,578
24	96,153	64	969,400
25	114,598	65	970,691
26	154,400	66	938,553
27	143,151	67	907,143
28	170,853	68	876,310
29	248,177	69	840,038
30	265,303	70	854,610
31	314,018	71	767,150
32	359,355	72	775,844
33	385,752	73	646,015
34	464,861	74	684,937
35	454,931	75	640,535
36	465,273	76	472,058
37	497,356	77	521,418
38	477,510	78	441,664
39	576,341	79	313,236
40	633,201	80	360,303
41	617,406	81	339,509
42	616,527	82	269,657
43	693,041	83	287,196
44	680,597	84	183,159
45	694,963	85	218,703
46	728,035	86	143,701
47	738,528	87	103,721
48	777,739	88	89,602
49	856,285	89	47,946
50	715,208	90	59,648
51	769,911	91	31,492
52	798,492	92	46,353
53	719,012	93	30,064
54	789,084	94	17,374
55	843,869	95	21,810
56	811,457	96	43,414
57	832,429		

**Salario promedio inicial  
En Quetzales corrientes, 1995**

Edad	Hombres	Mujeres	Edad	Hombres	Mujeres
14	412	401	47	1,181	650
15	424	412	48	1,195	733
16	459	441	49	852	656
17	462	462	50	952	729
18	511	514	51	812	1,070
19	610	580	52	1,325	1,104
20	619	598	53	698	597
21	673	639	54	871	750
22	741	616	55	661	564
23	718	715	56	847	631
24	813	721	57	924	948
25	793	781	58	1,115	521
26	901	814	59	884	639
27	831	769	60	961	789
28	860	883	61	808	641
29	995	867	62	694	968
30	978	840	63	1,118	1,444
31	932	696	64	807	1,038
32	1,021	711	65	823	619
33	1,008	744	66	724	768
34	1,116	944	67	738	444
35	1,105	851	68	875	864
36	1,233	669	69	1,334	442
37	1,135	769	70	671	445
38	1,216	848	71	737	472
39	1,256	863	72	1,088	
40	1,042	695	73	500	
41	1,007	591	74	495	
42	1,303	674	75	401	
43	974	700	76	963	
44	1,284	579	77	447	
45	1,177	544	78	612	
46	1,304	660	79	1,221	

## RESUMEN DE CIFRAS ESTADÍSTICAS CLAVES SOBRE LA SEGURIDAD SOCIAL EN GUATEMALA

● Porcentaje de la población total con cobertura del IGSS (1995)	16.3
● Ibid, ordenamiento de Guatemala en América Latina (20 países, ordenados de mayor a menor cobertura, 1990 - 95)	14
● Porcentaje de la población total con cobertura de salud (IGSS, MSPAS y sector privado lucrativo 1995)	58.3
● Porcentaje de la PEA cubierta por IGSS (1995)	27
● Ibid, ordenamiento de Guatemala (19 países, de mayor a menor, (1994-95)	12
● Costo proyectado de la cobertura universal (80% de la población total) por el IGSS, en EMA, con base al modelo actual, como porcentaje del PIB (1995)	3.2
● Ibid, 80% de la PEA en IVS	0.8
● Relación de cobertura entre la mejor y la peor rama económica de la PEA cubierta (1995)	8.5:1
● Relación de cobertura entre el mejor y peor Depto. cubierto (1995)	20.5:1
● Cotización salarial total (%) en el IGSS: legal y efectiva	17.5 y 14.5
● Ibid, ordenamiento del IGSS en la región (20 países, de mayor a menor, 1990 - 95) legal y efectiva	14 y 18
● Aumentos de cotización requeridos en los programas de IVS y EMA para mantener el equilibrio (en puntos porcentuales, en 1996 - 2003 ó 2010 y 1996-2005)	0
● Deuda del Estado y sector privado al IGSS (millones Q. corrientes 1995)	2,426
● Porcentaje perdido en el valor real de dicha deuda (1980 - 95)	-88
● Reservas técnicas combinadas del IGSS (millones Q., 1995)	1,977
● Reservas como porcentaje del PIB (1995)	2.3
● Porcentaje de crecimiento en el valor real de dichas reservas 1980 - 95	65.8
● Rendimiento real anual promedio % de las inversiones del IGSS (1980 - 95)	-3.8
● Ibid (1994-1995)	4.8
● Caída porcentual en el valor real de la pensión promedio en el IGSS 1980 - 95	22
● Gastos del IGSS como porcentaje del PIB 1980 y 1995	1 y 1
● Ibid, ordenamiento de Guatemala en la región (18 países, de mayor a menor, 1989)	14
● Edad general de jubilación en IGSS mujer/hombre	60
● Esperanza de vida a la edad de retiro (60 años), 1996	78.9
● Esperanza de vida al nacer (años 1995)	64.8
● Ibid, ordenamiento de Guatemala en la región (20 países de mayor a menor 1995)	18
● Mortalidad infantil (por 1,000, 1995)	48.5
● Ibid, ordenamiento de Guatemala en la región (20 países, de menor a mayor 1993)	14
● Camas de hospital por 1,000 hab. y médicos por 10,000 hab. 1993 - 1995	1.1 y 4.4
● Ibid, ordenamiento de Guatemala en la región 20 países, de mayor a menor 1985	16 y 17
● Índices de ocupación hospitalaria (%) en IGSS y MSPAS (1995)	56.2 y 61.2
● Promedios de días de estancia en E y A en IGSS (1995)	7.3 y 9
● Gastos administrativos como porcentaje del gasto total en el IGSS (1995)	13.7
● Ibid ordenamiento de Guatemala IGSS en la región 17 países, de mayor a menor (1989)	8
● Relación de empleados por 1,000 asegurados en IGSS (1995)	10.9

