

# La naturaleza de la seguridad social y su situación en América Latina, ante la primera pandemia global

*Ana Soja*

Conferencia virtual introductoria en Diálogo Nacional sobre la seguridad social en Guatemala, organizado por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, convocado desde Ciudad de Guatemala, 2 diciembre 2020

# Fundamento del aseguramiento universal, solidario y redistributivo

- Todas las personas enfrentan una miríada de riesgos -enfermedades, restricciones para satisfacer necesidades de cuidado, episodios de desempleo y subempleo, pérdida o radical disminución de ingresos en la vejez- que en diversa medida escapan a su control: sentido del aseguramiento
- La capacidad del mercado para cubrirlos es muy limitada, por la **prevalencia de la incertidumbre y por orientación al lucro**: precios y coberturas de pólizas se ajustan al riesgo individual (Arrow, 1963; Sojo, 2017a, pp. 47-54)
- El aseguramiento solidario guarda analogía con el ahorro (Ehrlich y Becker, 2000, p. 171). Muchos beneficios que las personas reciben han sido pagados por ellas en otro período de su vida (Brittan, 1990): redistribución intrapersonal a lo largo del ciclo de vida (Falkingham and Hills, 1995). El Estado de bienestar actúa como un “banco de ahorros” (Barr)
- La incertidumbre inherente a los riesgos puede facilitar la solidaridad incluso por parte de quienes tienen mayores ingresos. La calidad es un elemento determinante: desafío político de forjar nuevas alianzas redistributivas, para avanzar hacia convergencia de beneficios, mejor calidad y suficiencia

# El derecho a la salud: algunas aristas

- “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, Preámbulo de constitución de la OMS, firmada en 1948
- “Las inequidades en materia de salud constituyen diferencias innecesarias, evitables e injustas” (Margaret Whitehead, 1991)
- Los derechos sociales estipulan para el conjunto de la sociedad estándares imperativos y definen situaciones inadmisibles. El cumplimiento se relaciona con la disposición de recursos, pero los Estados deben demostrar esfuerzos para satisfacer estas obligaciones (Abramovich y Curtis, 2002; CEPAL, 2007)
- La protección social de la salud debe velar por la singularidad y la excepcionalidad de este bien. La salud es un bien *sui generis*, tanto por su valor intrínseco como instrumental: es crítica porque afecta el bienestar de las personas y es un prerrequisito básico para la capacidad de agencia (Sen) de las personas: para realizar proyectos, llevar a cabo actividades y lograr objetivos alternativos en la vida que ellas valoran. Las desigualdades afectan y limitan la libertad positiva de las personas y la igualdad de oportunidades y reducen el pleno alcance de la agencia humana (Sojo, 2017)

# Ingresos dignos tras la vida laboral como derecho social

El objetivo primordial de un sistema de pensiones es proveer seguridad del ingreso en la vejez, lo cual reúne al menos cuatro elementos (Barr y Diamond, 2008) :

- homogenizar el consumo a lo largo del ciclo de vida,
- aseguramiento,
- auxilio a la pobreza,
- redistribución

Estos objetivos usualmente no puedan alcanzarse cabalmente al mismo tiempo; las políticas deben tratar de optimizarlos transversalmente; es decir, ni minimizarlos ni maximizarlos de manera aislada (Ib., p. 21).

Las pensiones deben proteger contra el riesgo de la pérdida o la radical disminución de ingresos en la vejez. La capacidad de ahorro contributiva está determinada por el nivel de ingresos a lo largo de la vida activa, la continuidad del empleo, los episodios de desempleo y subempleo y el cumplimiento del pago de las cotizaciones respectivas. Para homogeneizar o nivelar el ingreso mediante la maximización y la protección de los ingresos tras la vida activa, los sistemas de pensiones cuando están organizadas por fondos deben brindar las mejores tasas de reemplazo que resulten viables en un contexto de optimización de las inversiones; cuando no se organizan mediante fondos, como en el caso del sistema de reparto, deben hacerlo mediante la garantía de los recursos destinados a tal fin, conforme a parámetros establecidos.

# Algunas precisiones sobre la suficiencia de las pensiones

---

- Las pensiones deben reflejar los esfuerzos de ahorro realizados a lo largo de la vida del asegurado: el criterio de equivalencia debe garantizar que, a niveles semejantes de esfuerzo, las protecciones que se obtengan sean similares o proporcionales (CEPAL, 2000, pág. 78).
- Como en un sistema contributivo la equivalencia debe vincular las contribuciones efectuadas y las tasas de reemplazo, puede postularse la razonabilidad de los beneficios que deben brindarse; es decir, la proporcionalidad entre el ahorro realizado a lo largo de la vida activa y el monto de las pensiones (Sojo, 2014).

# Régimen de bienestar\* en un espacio cosmopolita: recursos y derechos, en una estructura de producción y protección de riesgos

## ESTADO

Decisiones estatales vinculantes y fundadas autoridad.  
Fallas, asimetrías de información y selección adversa son constitutivas mercados;  
criterios de solidaridad y diferenciación riesgos

Distribución e intensidad riesgo

## DERECHO A LA SALUD

Dispositivos para compartir, minimizar, moderar, compensar riesgo,  
estructuras descentralizadas de producción riesgo

Generan parámetros agregados: constreñimientos estructurales

## MERCADO

## FAMILIA Y COMUNIDAD

Amenazas y riesgos globales:  
cálculo, protección, regulación  
y compensación (Beck)

Pandemias

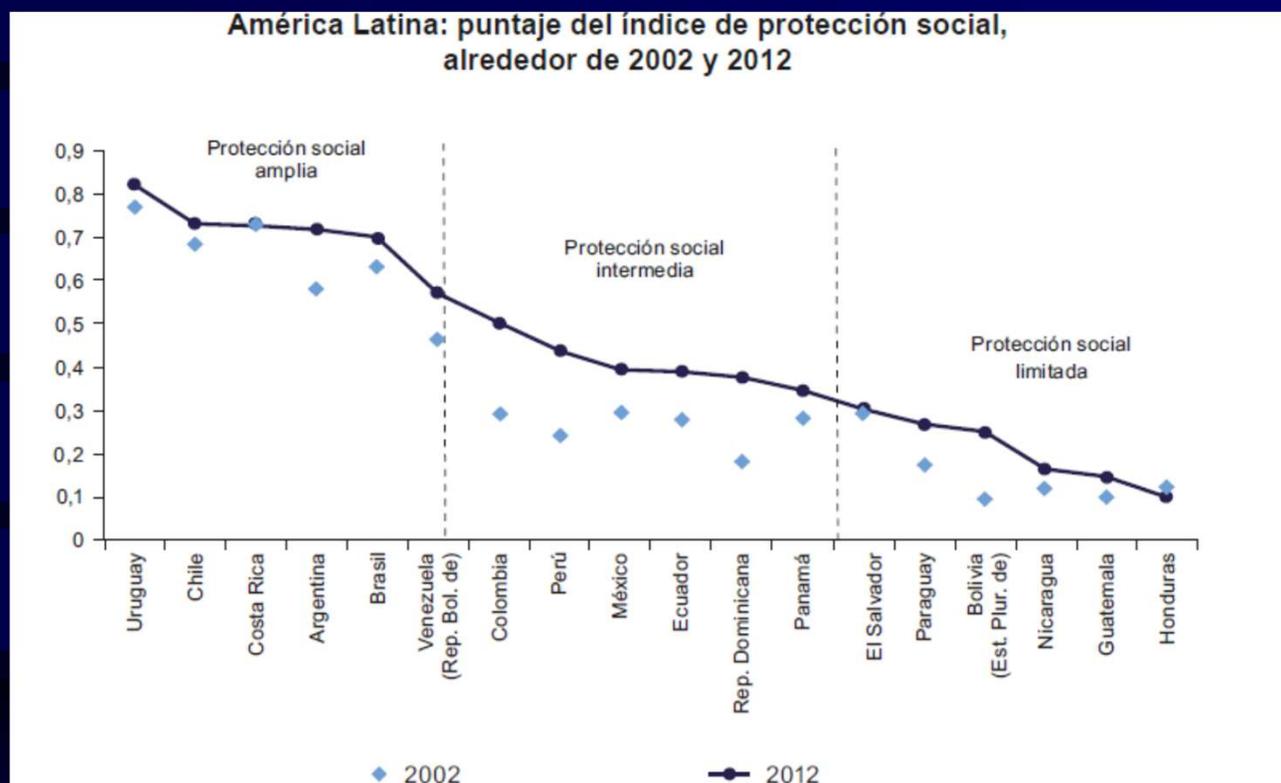
Salto cualitativo de la interdependencia:  
implica nueva relación entre Estado  
nación y espacio cosmopolita

\* Según Esping-Andersen

# Desigualdades de afiliación (Sojo, 2017)

---

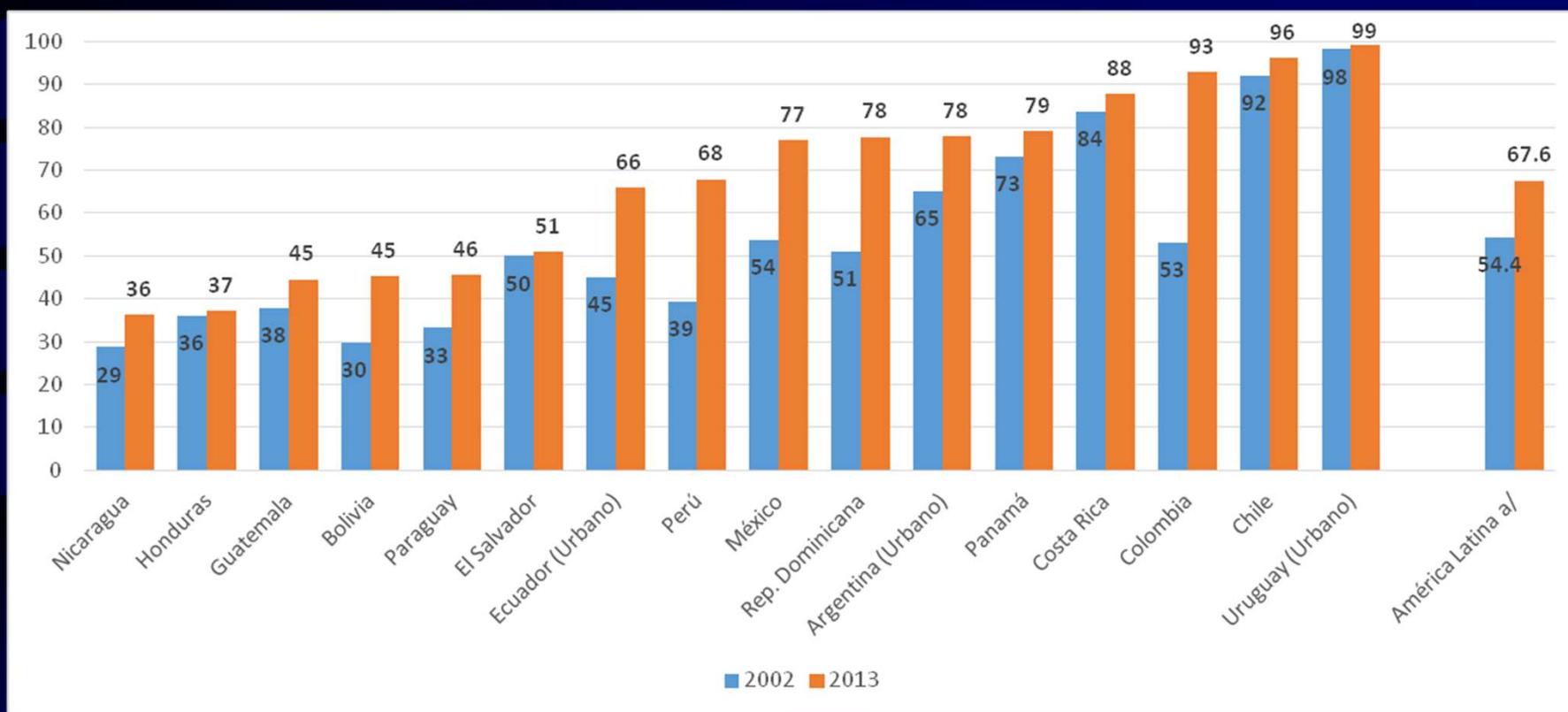
# Protección social es muy heterogénea en la región



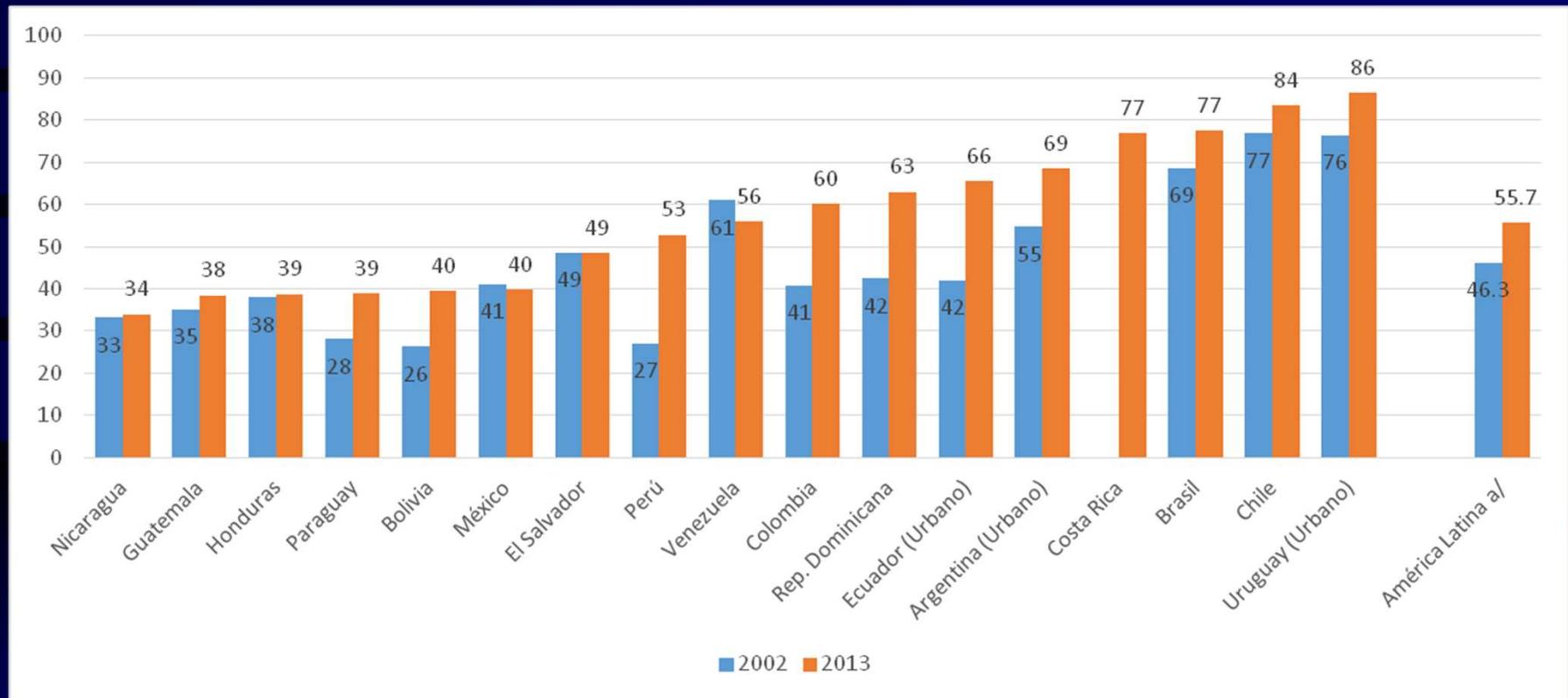
Fuente: J.A. Ocampo y N. Gómez-Arteaga, "Social protection systems in Latin America: an assessment", *ESS (Extension of Social Security) Working Paper*, N° 52, gráfico 1, Ginebra, Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe, 2016.

Los indicadores son: cobertura de pensiones contributivas, afiliación de asalariados a sistemas de pensiones y a sistemas de salud, brecha del acceso a pensiones de asalariados y no asalariados, brecha del acceso a sistemas de salud de asalariados y no asalariados, acceso de hogares pobres a algún tipo de programa social, cobertura de asistencia social del quintil más pobre, gasto en protección social como porcentaje del PIB y gasto social en salud como porcentaje del PIB.

## 16 PAISES: AFILIACION ASALARIADOS A SISTEMAS SALUD, EN %, CA. 2002 Y 2013



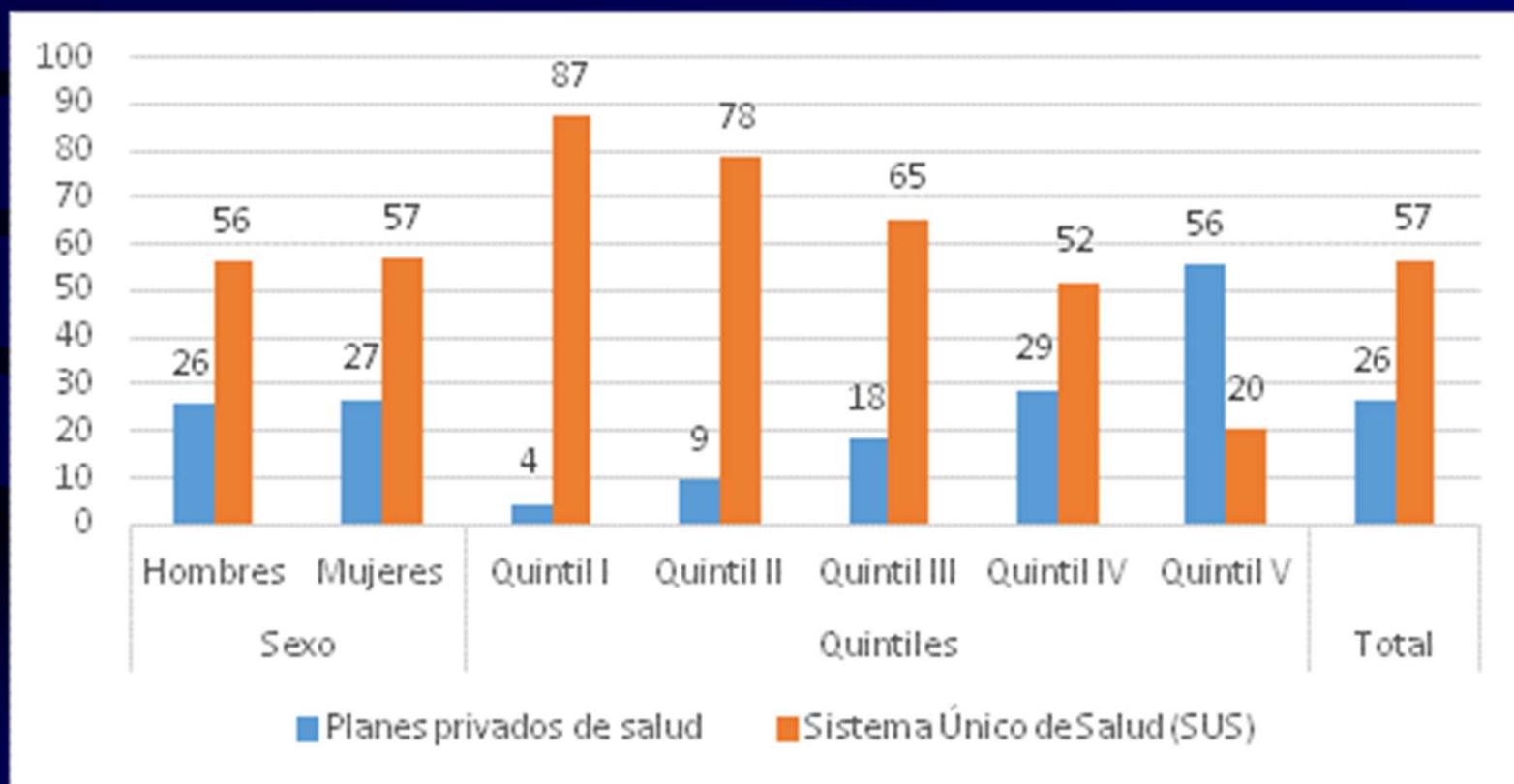
## 17 PAISES: AFILIACIÓN ASALARIADOS A SISTEMAS PENSIONES CA. 2002 Y 2013



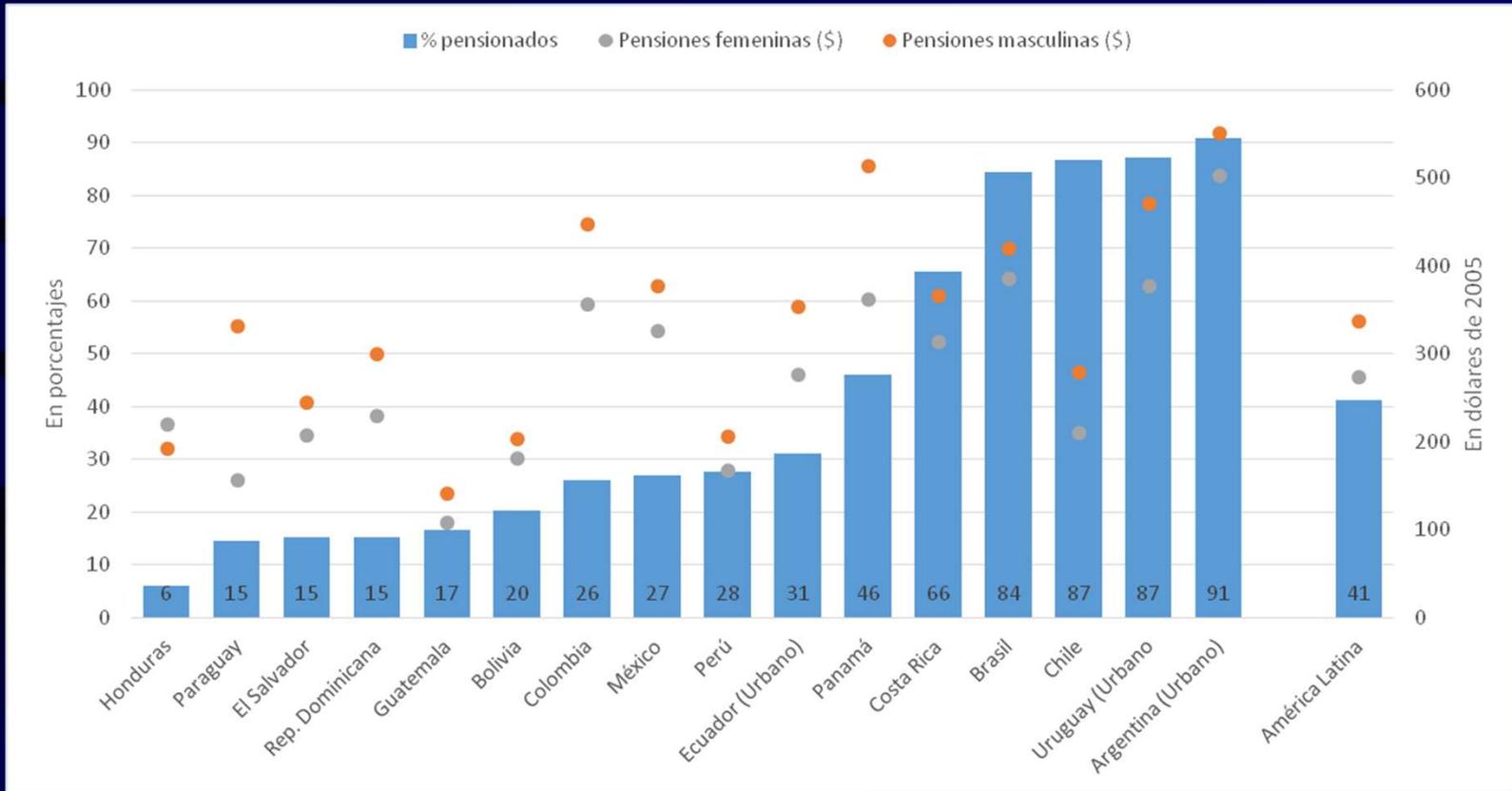
# Estratificaciones de los sistemas (Sojo, 2017)

---

## Brasil: población atendida por servicios de salud en las dos últimas semanas, cobertura mediante el SUS o por plan privado salud , por quintil, 2008



# 16 PAISES: PERSONAS 65 Y MAS QUE RECIBEN PENSIONES CONTRIBUTIVAS, MONTO PROMEDIO MENSUAL EN \$ PPP DE 2005, POR SEXO, CA. 2013



## 6 PAISES: PERSONAS 65 Y MAS QUE RECIBEN PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS, PROMEDIO MENSUAL EN \$ 2005, POR SEXO, CA. 2013



Combinaciones público privadas dualistas articuladas  
por el lucro y desigualdad (Sojo, 2017)

---

# Los sistemas contributivos dualistas articulados por el lucro no proveen una protección social adecuada y originan altos costos fiscales

## SISTEMA PENSIONES

- Las pensiones contributivas debieran reflejar el ahorro realizado a lo largo de la vida laboral para garantizar que, a niveles semejantes de esfuerzo, se obtendrán protecciones similares o proporcionales: vínculo historia contributiva y tasas de reemplazo
- Las pensiones no proveen seguridad del ingreso en la vejez cuando las tasas de reemplazo son bajas
- Racionalidad del lucro: altas comisiones AFP desconectadas de los rendimientos financieros, altos costos de transacción de empresas externalizadas, exposición riesgos financieros, bajas tasas interés de un selectivo grupo de bancos y grandes empresas
- El sistema ejerce presiones sobre el pilar no contributivo, que le es funcional en tanto disminuye presiones por incumplimiento objetivos y por insuficiencia pensiones

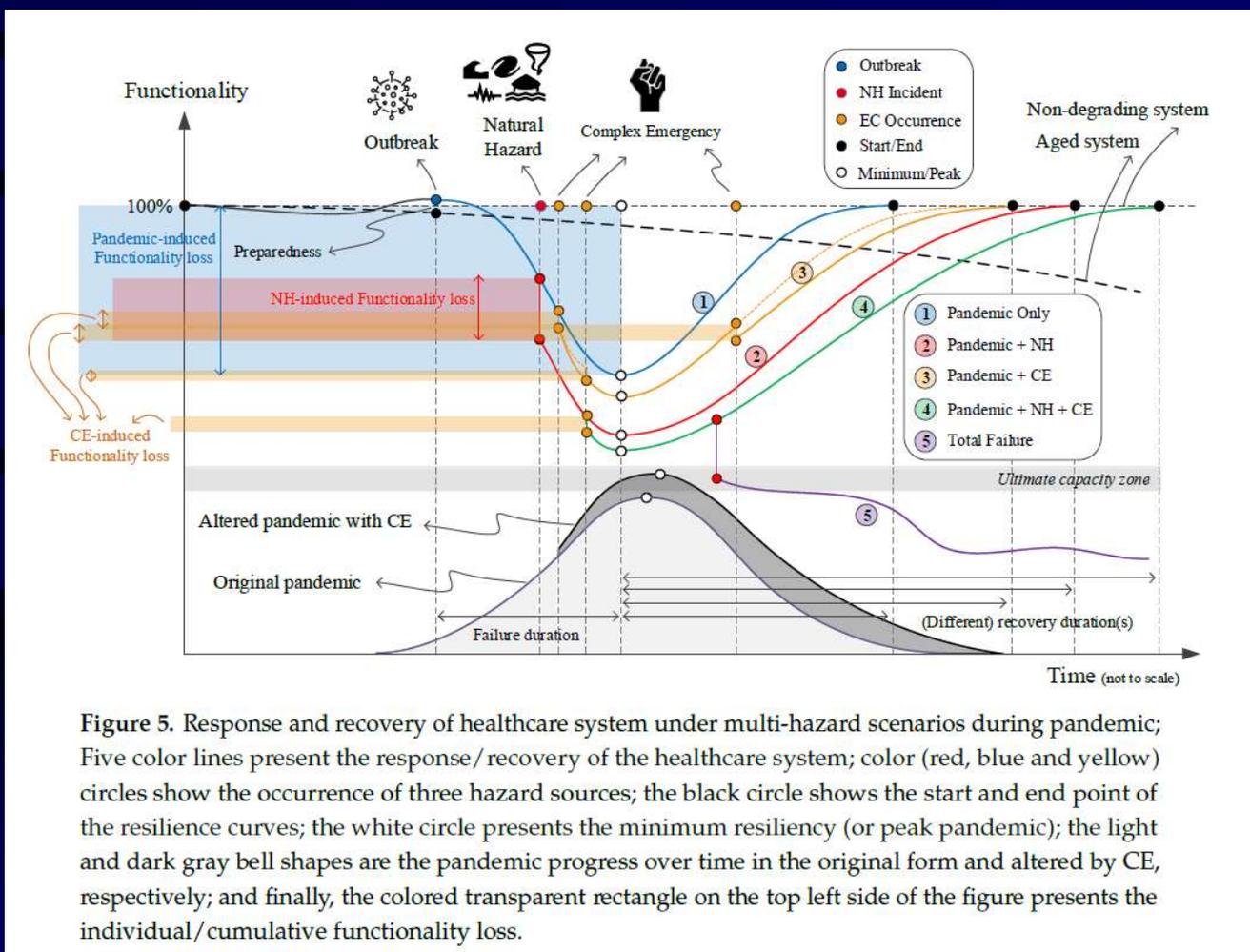
## SISTEMA DE SALUD

- El sistema articulado por el lucro individualiza y selecciona por riesgos, a los que asigna precios: crea desigualdades en salud que son “innecesarias, evitables e injustas” (MW)
- La diferencia entre el precio de la prima y las prestaciones es captado por el lucro. Las prestaciones se brindan con altos umbrales de ganancia. Generalmente gastos de bolsillo, copagos
- Los “buenos riesgos” solventes generan altas ganancias al sistema, junto con los “malos riesgos” que pagan altas pólizas o altos gastos de bolsillo (catastróficos): beneficiarios cautivos. Los “malos riesgos” insolventes sistemáticamente se expulsan al sector público (reaseguro)
- Los “buenos riesgos” no tienen “capacidad de ahorro” dentro del sistema: se coarta la intertemporalidad del aseguramiento
- Dualismo coarta redistribución y limita la sustentabilidad del sistema
- Los subsidios cruzados desde sector público tienen un alto costo fiscal

Desigualdades en salud ante la primera  
pandemia global, siglo XXI (Sojo, 2020)

---

# Sistemas de salud en escenarios de riesgos múltiples durante una pandemia: formas potenciales de pérdida de funcionalidad, y capacidad de respuesta y duración de la recuperación

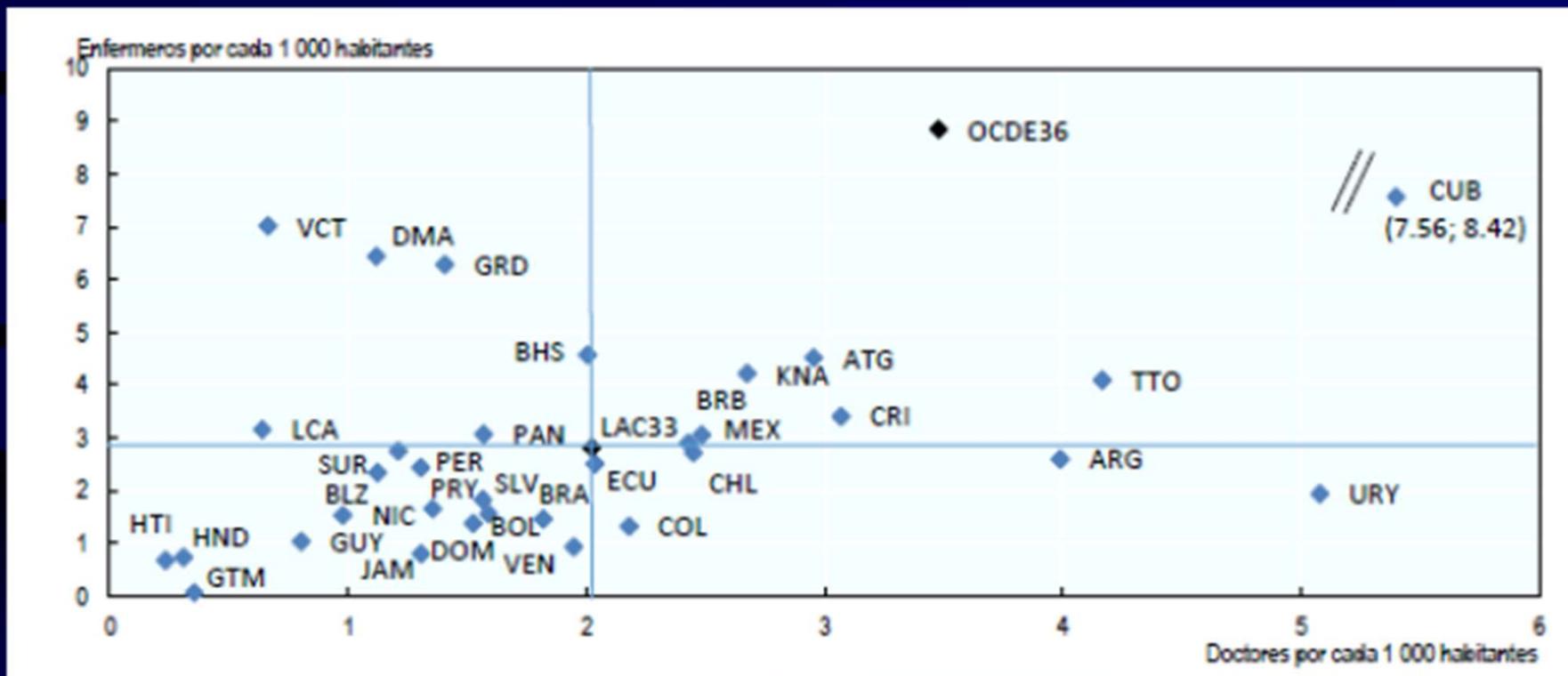


Fuente: Figure 5, Hariri-Ardebili (2020)

# Desigualdades en dotación de personal y de equipamiento pre-pandemia Covid 19

---

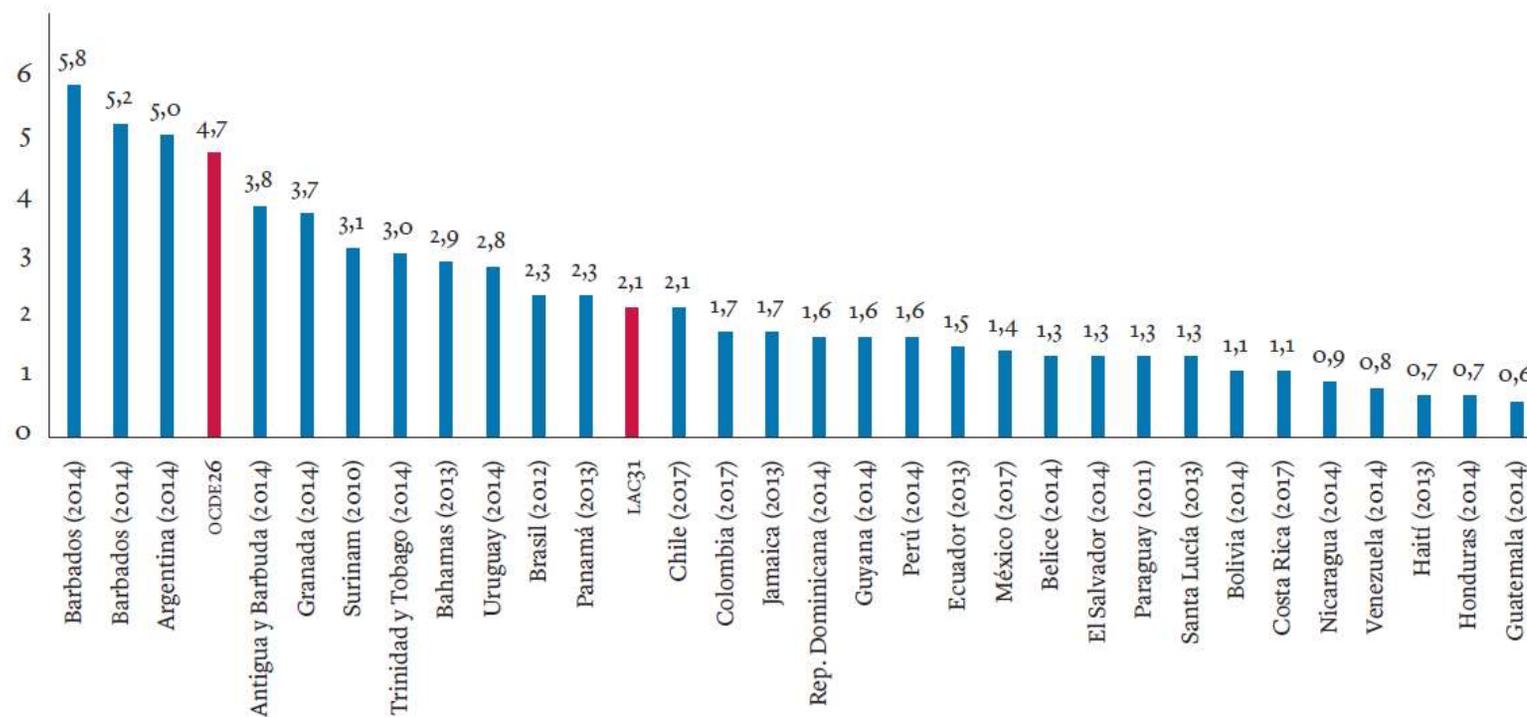
## América Latina y el Caribe (33 países) y promedio OCDE: número de médicos y enfermeras, ca. 2017 o último año disponible



Fuente: Figura 2, OECD/The World Bank (2020)

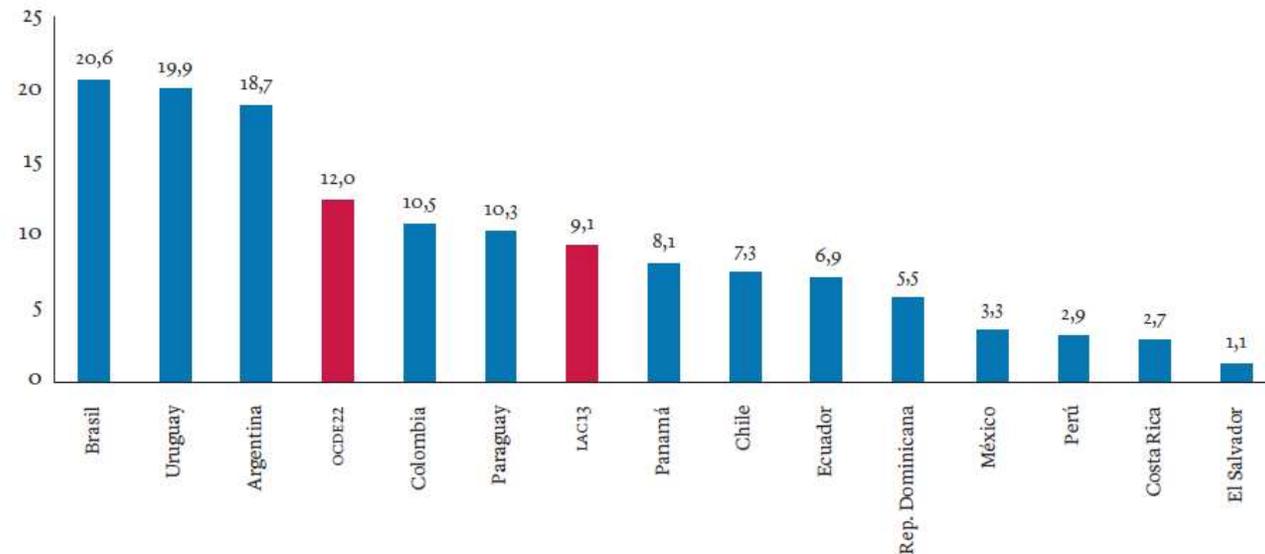
### GRÁFICO 11. América Latina y el Caribe y promedio OCDE

Número de camas hospitalarias, ca. 2017 o último año disponible



Fuente: Figura 3, OECD/The World Bank (2020).

**GRÁFICO 12. Países seleccionados de América Latina y promedio OCDE**  
Camas de cuidados intensivos por 100.000 habitantes, 2020 o último año disponible



Nota: Puede haber diferencias en la definición de cuidados intensivos que afectan la comparabilidad de los datos. Los datos se refieren a camas UCI de adultos en Perú. Los datos incluyen solo camas públicas de UCI en Costa Rica, República Dominicana, Perú, El Salvador y Uruguay, y tanto públicas como privadas en los otros países. Se recopiló información para reflejar la situación de las camas UCI antes de las medidas de emergencia debido a la pandemia COVID-19.

Fuente: Fiscalía General de la Nación REPS Colombia 2020; Ministerio de Salud Argentina 2020; RUSNIS-Ministerio de Salud del Perú 2020; DATASUS Brasil 2020; Sociedad Chilena de Medicina Intensiva 2020; Ministerio de Salud de México 2020; Diario La Nación, informado por Leticia Pintos; División de Terapias del Ministerio de Salud de Paraguay 2020; Ministerio de Salud de Uruguay 2018; Diario Delfino, reportado por el Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS) 2020; Ministerio de Salud del Ecuador 2018; Diario El Salvador, reportado por Milton Brizuela, presidente del Colegio Médico de El Salvador 2020; Diario Acento, reportado por el Servicio Nacional de Salud (SNS) - Ministerio de Salud de la República Dominicana 2020; Instituto Nacional de Estadística y Censo de Panamá 2018.

Fuente: Figura 4, OECD/The World Bank (2020).

# Sistemas de salud del mundo debilitados para escenarios pandémicos

- Aún en países ricos, la peste sorprendió perplejos a numerosos sistemas de salud, sin dotación de equipos adecuados, incluso para proteger a la primera línea hospitalaria y para brindar la escala de atenciones indispensables a pacientes graves y de lenta recuperación
- Se hubiese requerido una fuerte inversión en infraestructura sanitaria, reestructuraciones de la dotación de personal, diseño y gestión de módulos flexibles de atención para diversos escenarios pandémicos, y una visión acerca de las interacciones transnacionales y de los gobiernos nacionales con los subnacionales y locales.
- Sistemas de salud habían sido debilitados por diversos factores
  1. sobreajustes del financiamiento debido a crisis económicas y políticas;
  2. implantación de idearios neoliberales que propugnaban una mercantilización de los riesgos de salud y el quebrantamiento de la solidaridad y la universalidad como principios rectores;
  3. dualización del mercado laboral y debilitamiento de los sistemas contributivos; prestaciones no contributivas con prestaciones muy limitadas;
  4. en escasos casos, desmesuradas remuneraciones y otros pagos al personal de salud que coartaban mejoras de infraestructura y un uso equilibrado de los recursos.

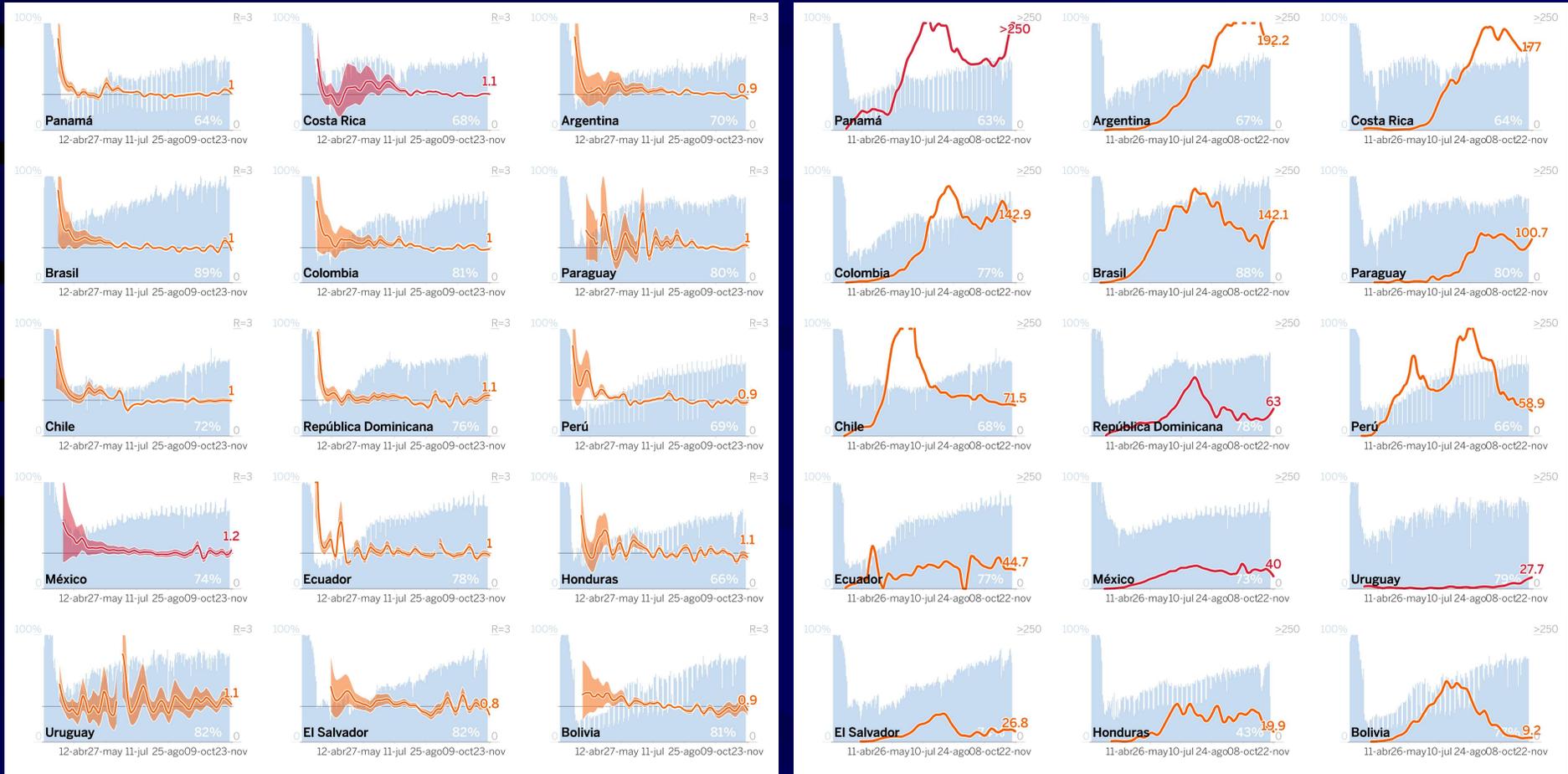
# Problemas de gobernanza sistémica para combatir el Covid 19

- Crisis políticas, incluso en los países más desarrollados, y debilitamiento y transformaciones de los partidos políticos tradicionales, en presencia de un fortalecimiento de la ultraderecha y del populismo
- Procrastinación de políticas e intervenciones pese a la identificación de riesgos y amenazas y sus graves consecuencias, impiden prepararse para las exigencias de lo desconocido y organizar estrategias sistémicas a partir de la experiencia y del conocimiento acumulado en materia epidemiológica y sanitaria
- Tras el brote, larga fase de subestimación del virus, que tuvo matices en diversas latitudes y en el marco de diversos sistemas políticos.
  1. China inicialmente afirma que era un virus nuevo de origen animal, pero no transmisible entre personas
  2. Días antes del estallido de la crisis sanitaria en Italia, se consideraba “bajo” su riesgo de propagación en Europa
  3. Negacionismo populista de líderes negativos, que temen sufrir un debilitamiento político debido a la pandemia y que buscan rehuir sus responsabilidades respecto de los efectos económicos de la pandemia, y comparten un desafecto por la gobernanza global en salud

# Las características del COVID-19 estrechan las ventanas de intervención

- muy contagioso, y se transmite por el aire y por superficies
- alta mortalidad
- períodos de incubación van desde cortos hasta medianos
- la propagación puede ser asintomática, presintomática, o ya declarada la enfermedad
- largos períodos de capacidad de contagio
- períodos de hospitalización y de recuperación variables, que pueden ser muy largos en los casos graves
- el virus acusa una gama de morbilidad muy amplia: desde casos asintomáticos o con síntomas leves, síntomas graduales o agudos y abruptos, hasta graves cuadros desatados por la reacción defensiva del sistema inmune, que pueden afectar órganos muy diversos: pulmones, riñones, cerebro, sistema óseo muscular. Incluso se analiza si el virus puede ser neurotóxico, en términos de romper la barrera hematoencefálica
- De allí que tras la recuperación del virus emerja una fuerte carga de morbilidad de enfermedades no transmisibles, eventualmente crónicas, cuyo carácter y duración apenas están siendo conocidos

# América Latina: actividad (según movilidad), ritmo contagio y casos COVID 19 por millón, 11 abril- 22 noviembre 2020



Fuente: El País, 23 noviembre 2020

## América Latina (20 países) : casos, muertes e incidencia COVID 19, desde inicio de la pandemia a partir de marzo 2020

País	Muertes	✓ por millón	Casos	por millón	Muertes diarias	t_230
Perú	35.595	1.113	949.670	29.687		45
Argentina	37.122	834	1.374.631	30.894		323
Brasil	169.485	809	6.087.608	29.062		466
México	101.926	808	1.049.358	8.316		433
Chile	15.106	807	542.080	28.943		42
Bolivia	8.916	785	144.034	12.687		6
Ecuador	13.225	774	185.944	10.884		27
Colombia	35.479	715	1.254.979	25.277		171
Panamá	2.973	712	155.658	37.267		11
Costa Rica	1.641	328	132.295	26.462		13
Honduras	2.869	299	105.211	10.974		7
Paraguay	1.665	239	77.072	11.080		8
Guatemala	4.092	237	118.722	6.883		NA
República Dominicana	2.311	218	138.829	13.064		3
El Salvador	1.081	168	37.562	5.850		NA
Venezuela	873	30	100.143	3.469		3
Nicaragua	159	25	5.725	886		NA
Haití	232	21	9.224	829		NA
Uruguay	71	21	4.763	1.381		1
Cuba	132	12	7.879	695		0

Fuente: El País, 23 noviembre 2020

# Panorama internacional: muertes registradas vs. proyectadas, recuentos semanales o mensuales



Fuente: NYT, 1 diciembre 2020

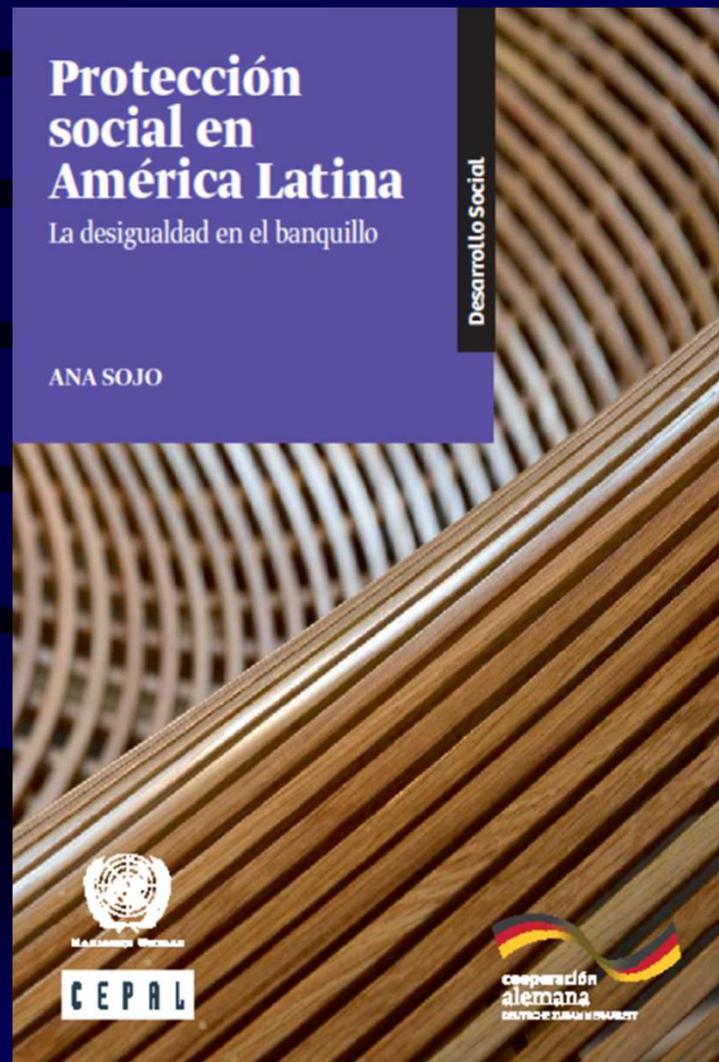
# Complejidades para enfrentar el virus y sus secuelas

- El liderazgo político y su influencia en las políticas de los gobiernos nacionales
  - infraestructuras sanitarias disponibles
  - la capacidad de la vigilancia epidemiológica
  - la desigualdad estructural que permea los sistemas de salud: cuanto más estratificados y segmentados los sistemas de salud y menores sus coberturas, más débil la vigilancia epidemiológica y reducida la capacidad de prestar atenciones curativas y de rehabilitación
1. las combinaciones público-privadas dualistas articuladas por la maximización del beneficio privado, en detrimento de las funciones de aseguramiento y rompen con los principios de la seguridad social, como es el caso emblemático de las ISAPRES en Chile
  2. importancia de Sistema único de salud en Brasil (SUS), de la creación del FONASA en el Uruguay, del horizonte de convergencia entre el régimen contributivo y el subsidiado en Colombia, y la búsqueda de una convergencia de beneficios de la cobertura contributiva y no contributiva en Costa Rica, que están incorporadas dentro de la misma institucionalidad
- Interacción con las desigualdades socioeconómicas
  - La crisis económica mediante la caída de los ingresos fiscales y de los recursos contributivos dificulta financiamiento de los sistemas de salud, precisamente cuando se incrementan las necesidades Los países no han podido controlar los brotes y rebrotes del virus: se dan diversos picos de contagio a lo largo de sus territorios
  - Los países enfrentan con dificultad el control de brotes y rebrotes del virus: se dan diversos picos de contagio a lo largo de sus territorios; en algunos, alta mortalidad

# Otorgar centralidad a la vigilancia epidemiológica y la salud pública: un imperativo

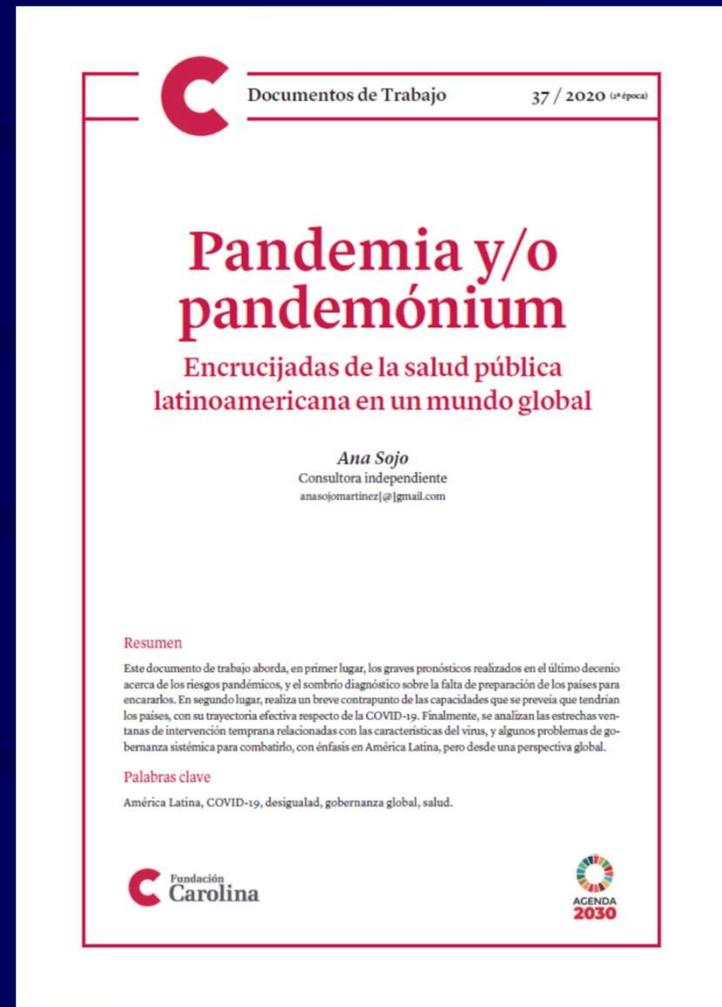
- el mundo global ha ingresado a una nueva era epidemiológica signada por la virtualidad de pandemias: reforzamiento de capacidad de previsión, alerta y acción ante estos riesgos
- fortalecer una vigilancia epidemiológica integrada de manera sistémica, lo cual plantea retos de coordinación interinstitucional, reasignación de recursos, fortaleza de *task-forces* que alimenten procesos de toma de decisiones actualizados y flexibles
- reformas concomitantes que permitan un enraizamiento institucional de la salud pública acorde con los nuevos desafíos de los riesgos sanitarios globales
- fortalecer la relevancia de la atención primaria de salud en cuanto a su capacidad de percibir y actuar ante riesgos epidemiológicos singulares debido a especificidades poblacionales, a vulnerabilidades específicas y al involucramiento local y comunal
- Se debe reforzar la coordinación entre los diversos niveles territoriales y con ello una revisión de las atribuciones, recursos y rendición de cuentas de las entidades subnacionales a cargo

## Referencias bibliográficas



Libre descarga en

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/41105-proteccion-social-america-latina-la-desigualdad-banquillo>



[https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2020/07/DT\\_FC\\_37.pdf](https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2020/07/DT_FC_37.pdf)