

1

LA REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN LOS PAÍSES ANDINOS



CONSEJO CONSULTIVO LABORAL ANDINO

NOTA

Durante la impresión del presente documento, fue aprobada, por el Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores, la Decisión 546: Instrumento Andino de Seguridad Social, que se incluye como anexo.

Depósito legal: 2003-3454

© Consejo Consultivo Laboral Andino - CCLA / Programa Laboral de Desarrollo - PLADES

Documento elaborado por el Dr. Javier Antonio Mujica Petit, por encargo del Programa Laboral de Desarrollo - PLADES, en el marco del Proyecto de Fortalecimiento del Consejo Consultivo Laboral Andino - CCLA.

Producción gráfica: duArtes 242 6285

Primera Edición - Julio 2003

Prólogo

Con el presente documento damos inicio a una serie de documentos de trabajo que se publicarán como parte de las actividades desarrolladas en el marco del Proyecto «Fortalecimiento del Consejo Consultivo Laboral Andino» que ejecuta el Programa Laboral de Desarrollo (PLADES) con el auspicio de la Fundación Paz y Solidaridad - Serafín Aliaga de Comisiones Obreras de España y la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI).

En esta ocasión el especialista en Derecho Laboral y Derechos Humanos Javier Mujica Petit aborda la problemática de la Seguridad Social en los países que conforman la Comunidad Andina, como son Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela a partir de su reflexión de la Seguridad Social como un derecho humano y su incorporación en las diferentes legislaciones nacionales.

Igualmente el autor nos presenta los principales tratados e instrumentos jurídicos internacionales, en particular los Convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT); que han incorporado dicha institución como un elemento clave para la protección básica de los trabajadores.

En sus conclusiones se destaca que el proceso de privatización de la seguridad social iniciado en algunos países de la región ha supuesto para los trabajadores un retroceso dada la mayor desprotección que ello ha generado, a la par de contradecir los principios de la Seguridad Social como un derecho humano.

Dichas reflexiones se enlazan, al momento de su redacción con la posibilidad de contar con un nuevo instrumento regional, y que se ha plasmado en la reciente dación de la Decisión N° 546 Instrumento Andino de Seguridad Social resaltando su necesidad y valía a partir de su carácter de norma obligatoria para los cinco países miembros de la Comunidad Andina de Naciones (CAN).

Para nosotros la publicación de este estudio se inscribe además en la voluntad de contribuir a desarrollar la dimensión social de la Comunidad Andina en particular en el campo de los derechos laborales.

Lima, Julio de 2003



José Chavez Chavez
Presidente
Consejo Consultivo Laboral Andino
CCLA



José Marcos-Sánchez Zegarra
Director Ejecutivo
Programa Laboral de Desarrollo
PLADES

Índice

	Página
I. ANTECEDENTES	
1. La seguridad social en el marco normativo universal y regional de fines del Siglo XX	5
2. La seguridad social en el contexto de las reforma de libre mercado llevadas a cabo en la región	15
II. LA REFORMA EN COLOMBIA	
1. Normatividad internacional y constitucional	23
2. La reforma de la seguridad social en Colombia	24
III. LA REFORMA EN ECUADOR	
1. Normatividad internacional y constitucional	33
2. La reforma de la seguridad social en Ecuador	35
IV. LA REFORMA EN VENEZUELA	
1. Normatividad internacional y constitucional	41
2. La reforma de la seguridad social en Venezuela	43
V. LA REFORMA EN PERÚ	
1. Normatividad internacional y constitucional	47
2. La reforma de la seguridad social en Perú	48
VI. LA REFORMA EN BOLIVIA	
1. Normatividad internacional y constitucional	57
2. La reforma de la seguridad social en Bolivia	58

VII CONCLUSIONES	63
Anexo 1	
Decisión 546: Instrumento Andino de Seguridad Social	65
Anexo 2	
Cuadro 1: Países Andinos. Asalariados que cotizan en la seguridad social, 1990 - 2000	73
Cuadro 2: Cuadro de Ratificación de los principales convenios de la organización Internacional del Trabajo (OIT) en materia de Seguridad Social por los países miembros de la Comunidad Andina	74
Cuadro 3: Tipo de régimen de seguridad social. Hasta el año 2001	75

I *Antecedentes*

1. LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL MARCO NORMATIVO UNIVERSAL Y REGIONAL DE FINES DEL SIGLO XX

1.1 Las normas de ámbito universal

La seguridad social es un derecho humano, y así fue reconocido por las Naciones Unidas en 1948 cuando, al adoptar la **Declaración Universal de los Derechos Humanos** (DUDH), consignó en su artículo 22° que

«Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la Seguridad Social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad».

Entre los antecedentes de este reconocimiento, cabe mencionar a la toma de conciencia sobre las causas y consecuencias de la Segunda Guerra Mundial, que se vio reflejada tanto en la Carta del Atlántico¹ y el «Informe Beveridge» (1941)², como en la Declaración

¹ En cuyo Punto 5 se hace referencia expresa a la voluntad de asegurar a todos... seguridad social y de establecer una paz que dé seguridad a todos los hombres de todos los países de poder llevar una vida en la cual no exista el temor de la necesidad.

de Filadelfia y los trabajos previos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)³, que ubicaron a la seguridad social dentro de un concepto aún más amplio, según el cual los programas de asignaciones familiares, de salud pública, de asistencia social, de empleo y otros, de carácter no contributivo y financiados a través del fisco, deberían pasar a integrar, junto al seguro social, el universo de las políticas de seguridad social. Criterio que reflejaba, en toda su dimensión, la íntima ligazón existente entre las políticas de desarrollo y las de seguridad social⁴.

Desde entonces, las bases fundamentales alrededor de las cuales giraron las modernas nociones de seguridad social, sobre todo a partir de la segunda mitad del siglo pasado, se centraron en la liberación de la necesidad como objetivo general; la *garantía de seguridad económica* a todos los miembros de la comunidad para el acceso a una vida digna; y la *amplitud de instrumentos* aplicables a este fin, aunque con manifiesta preferencia por los seguros sociales y la asistencia social⁵.

Para dar materialidad a estos propósitos, así como a los enunciados formulados en la Declaración Universal de Derechos Humanos, las Naciones Unidas aprobaron en 1966 el **Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales** (PIDESC) que, en su artículo 2.1, refiere que cada uno de los Estados Partes en el Pacto se compromete a adoptar medidas para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos por él reconocidos. Y en el artículo 9° del PIDESC se señaló que

² Seguro social y servicios afines: informe de Lord Beveridge. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid 1989.

³ ACKERMAN, Mario. La Declaración de Filadelfia: una asignatura pendiente. En Revista Derecho Laboral, t. XXXVII, N° 173/174, Montevideo, enero-junio 1994, pg. 67 y ss., esp. 68/69.

⁴ LA SEGURIDAD SOCIAL COMO DERECHO HUMANO, Documento de apoyo a la campaña de ORIT sobre el tema. ANDERSON, Luis; BAEZ, Víctor; TEXEIRA, Carmo - ORIT/CIOSL.

⁵ Ver al efecto la Recomendación N° 67 de la OIT sobre la Seguridad de los medios de vida.

«Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social».

Por otra parte, el **Convenio N° 102 de la OIT (1952)**, también llamado *«Norma Mínima en Seguridad Social»*, permitió ir configurando más cabalmente el concepto de Seguridad Social y sus objetivos. Así, éste indica que

«La Seguridad Social es la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales».

«La Seguridad Social tienen como objetivo proteger a todos los miembros de la sociedad frente a todas las contingencias a que se exponen a lo largo de la vida. Por ejemplo, la salud, vejez, cargas familiares, accidentes de trabajo, invalidez, muerte o desempleo, tienen que ser garantizadas obligatoriamente por el Estado, siendo éste responsable de su cumplimiento, asegurando el carácter redistributivo de la riqueza con justicia social».

El Convenio 102° de la OIT reconoce como principios básicos de la seguridad social a la solidaridad, la universalidad, la integralidad, subsidiariedad, y participación de los asegurados; y abarca dentro de ella nueve ramas principales. A saber:

- ✓ la asistencia médica;
- ✓ las prestaciones monetarias de enfermedad;
- ✓ las prestaciones de desempleo;
- ✓ las prestaciones de vejez;

- ✓ las prestaciones en caso de accidente de trabajo y
- ✓ enfermedades profesionales;
las prestaciones familiares;
- ✓ las prestaciones de maternidad;
- ✓ las prestaciones de invalidez, y
- ✓ las prestaciones de sobrevivientes.

La OIT estableció que los Estados debían aceptar las obligaciones relativas a tres de estas ramas para poder ratificar este convenio, cuyos estándares mínimos definen el alcance de la protección y las prestaciones, incluido el monto de las mismas. El convenio 102° de la OIT, por su parte, sustenta la idea del nivel general de seguridad social que, paulatinamente, debe alcanzarse en todas partes, dado que el régimen puede adaptarse a las condiciones socioeconómicas imperantes en cualquier país, independientemente del grado de desarrollo del mismo⁶. Y aunque no existe una definición unánimemente aceptada respecto a los alcances de la seguridad social,

⁶ Otros Convenios de la OIT que se refieren al desarrollo de estos estándares: El Convenio N° 3 "Protección de la maternidad", 1919; el Convenio N° 8 "Indemnizaciones de desempleo (naufragio)", 1920; el Convenio N° 12 "Indemnización por accidente de trabajo (agricultura)", 1921; el Convenio N° 17 "Indemnización por accidente de trabajo", 1925; el Convenio N° 18 "Enfermedades profesionales", 1925; el Convenio N° 19 "Igualdad de trato (accidentes de trabajo)", 1925; el Convenio N° 24 "Seguro de enfermedad (industria)", 1927; el Convenio N° 25 "Seguro de enfermedad (agricultura)", 1937; el Convenio N° 35 "Seguro de vejez (industria etc)", 1933; el Convenio N° 36 "Seguro de vejez (agricultura)", 1933; el Convenio N° 37 "Seguro de invalidez (industria, etc)", 1933; el Convenio N° 38 "Seguro de invalidez (agricultura)", 1933; el Convenio N° 39 "Seguro de muerte (industria, etc)", 1933; el Convenio N° 40 "Seguro de muerte (agricultura)", 1933; el Convenio N° 42 "Enfermedades profesionales (revisado)", 1934; el Convenio N° 44 "Desempleo", 1934; el Convenio N° 48 "Conversación de los derechos de pensión de los migrantes", 1935; el Convenio N° 55 "Obligaciones del armador en caso de enfermedad o accidente del agente del mar", 1946; el Convenio N° 71 "Pensiones de la gente del mar", 1946; el Convenio N° 103 "Protección de la maternidad (revisado)", 1952; el Convenio N° 118 "Igualdad de trato (seguridad social)", 1962; el Convenio N° 121 "Prestaciones en caso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales", 1964; el Convenio N° 128 "Prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivencia", 1967; el Convenio N° 130 "Asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad", 1969; el Convenio N° 157 "Conversación de los derechos en materia de seguridad social", 1982; el Convenio N° 165 "Seguridad social de la gente del mar (revisado)", 1987; y el Convenio N° 168 "Fomento del empleo y la protección contra el desempleo", 1988.

sobre la base de la enumeración de contingencias contenidas en el Convenio 102° de la OIT y los instrumentos contemplados entre sus antecedentes, particularmente la Recomendación 67° sobre la Seguridad de los medios de vida (1944), la seguridad social puede ser descrita como

la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que de otra manera derivarían de la desaparición o de una fuerte reducción de sus ingresos como consecuencia de la enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad profesional, desempleo, invalidez, vejez o muerte; Y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos⁷.

1.2 Las normas de ámbito regional

Las normas referidas al derecho a la seguridad social han sido también delimitadas en nuestro ámbito regional. Así, la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) ha señalado que

«El hombre, por el sólo hecho de su condición, tiene el derecho de Seguridad Social, concebido como la cobertura integral de sus contingencias y la garantía de los medios para el desarrollo pleno de su personalidad y su integración permanente en la comunidad».

⁷ OIT, Introducción a la Seguridad Social, Ginebra, 1984, pg.3.

Del mismo modo, la mayor parte de instrumentos de integración y protección de los derechos humanos adoptados por los países americanos con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial incluyeron referencias relacionadas tanto con los aspectos de la seguridad social en general, como a los subsidios por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales; la indemnización por lesiones o enfermedades de trabajo; la atención médica; el auxilio funerario; la protección contra la desocupación y la vejez; o el otorgamiento de pensiones de sobrevivencia.

El Art. XVI de la **Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre** (1948)⁸, adoptada en el marco de la Organización de Estados Americanos (OEA)⁹, señala que

«Toda persona tiene derecho a la seguridad social que lo proteja contra las consecuencias de la desocupación, de la vejez y de la incapacidad que, proveniente de cualquier otra causa ajena a su voluntad, la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios de subsistencia».

⁸ Adoptada en la IX Conferencia Internacional Americana, celebrada en 1948 en Bogotá. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, que es previa a la Declaración Universal, efectúa un amplio reconocimiento de los derechos esenciales del hombre y la necesaria generación de circunstancias que le permitan progresar espiritual y materialmente. Reconoce los derechos de asociación y libertad sindical; al trabajo en condiciones dignas; a una remuneración que asegure a toda persona un nivel de vida conveniente; al descanso y a la orientación vocacional; así como - en lo que respecta a la seguridad social - el derecho a la protección contra la desocupación y la vejez.

⁹ La Carta de la OEA fue suscrita en Bogotá en 1948 y reformada posteriormente a través de los Protocolos de Buenos Aires (1976); Cartagena de Indias (1985); Washington (1992) y de Managua (1993). Sus propósitos esenciales son: afianzar la paz y la seguridad en el continente; promover la democracia representativa dentro del respeto al principio de no intervención; asegurar la solución pacífica de las controversias entre los Estados Miembros; organizar la acción solidaria de éstos en caso de agresión; procurar la solución de los problemas políticos, jurídicos y económicos que se susciten entre ellos; promover su desarrollo económico, social y cultural; y alcanzar la efectiva limitación de armamentos convencionales que permita dedicar el mayor número de recursos al desarrollo económico y social de los Estados Miembros.

Por su parte, el Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos¹⁰ en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1988), también conocido como **Protocolo de San Salvador**, menciona en su Art. 9° que la seguridad social debe contribuir a que los/as no capacitados/as obtengan los «medios para llevar una vida digna y decorosa». Y agrega que «cuando se trate de personas que se encuentren trabajando, el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica y el subsidio o jubilación en casos de accidentes de trabajo o enfermedad profesional y, cuando se trate de mujeres, licencia retribuida por maternidad, antes y después del parto».

Es desde este contexto, y no otro, al menos en teoría, que la región Andina se propone como objetivo central del proceso de integración que es guiado por el Acuerdo de Cartagena, la promoción del «desarrollo equilibrado y armónico de los países que forman parte del mismo y acelerar su crecimiento mediante la integración económica para la mejora del nivel de vida de sus habitantes».

Con este objetivo, se han producido un conjunto de reformas institucionales que han ido adecuando, paulatinamente, el proceso de integración regional a las exigencias del nuevo contexto social, económico y político que vive la región y el mundo. Se ha creído conveniente no solo crear lo que hoy conocemos como la **Comunidad Andina de Naciones** y el **Sistema Andino de Integración**, sino también la adopción de instrumentos específicos en materia

¹⁰ La Convención Americana sobre los Derechos Humanos (CADH) fue suscrita en San José de Costa Rica, el 22 de noviembre de 1969, en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos. Entró en vigor el 18 de julio de 1978. Su preámbulo pone de relieve conceptos trascendentales que tienen honda gravitación en los temas laborales. En primer lugar, señala como derrotero la necesidad de consolidar, en el marco de las instituciones democráticas, un régimen de libertad personal y de justicia social fundado en el respeto de los derechos esenciales del hombre; agregando que los derechos esenciales del hombre no nacen del hecho de ser nacional de un determinado Estado, sino del hecho de tener como fundamento los atributos esenciales de la persona humana, lo cual justifica la protección internacional de naturaleza convencional coadyuvante o complementaria que ofrece al derecho interno de los Estados Americanos. Como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la CADH señala que sólo puede realizarse el ideal del ser humano libre, exento del temor y de la miseria, si se crean condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos.

de seguridad social, migración laboral y administración del trabajo que contribuyan a dicho objetivo.

En marzo de 1996, y en el marco de la VIII Cumbre Presidencial Andina celebrada en Trujillo (Perú), se adoptó el **Protocolo Modificador del Acuerdo de Integración Subregional Andino o Acuerdo de Cartagena** que transformó el Pacto Andino en Comunidad Andina y creó una nueva estructura institucional para la integración de la región. La nueva estructura incluyó a los Consejos Consultivos Empresarial y Laboral, y dio pie a la aprobación del **Convenio «Simón Rodríguez»**, así como a los demás Convenios Sociales que se creen o se adscriban posteriormente al Sistema Andino de Integración.

El Convenio Simón Rodríguez fue adoptado con el objeto de adelantar esfuerzos para la armonización de las legislaciones laborales de los países del Grupo Andino. Orientación general, que ha sido reafirmada por los Ministros de Trabajo de los países integrantes del Grupo Andino a través de la suscripción de la **Declaración de Quito**, en la que se señala de manera explícita la necesidad de fortalecer la acción del Acuerdo de Cartagena en los aspectos socio-laborales de la integración, tanto a través de la intervención de los Ministerios de Trabajo de cada país, como de la participación de los trabajadores y de los empleadores de la región.

El Convenio de integración socio-laboral «Simón Rodríguez», suscrito en Caracas el 26 de octubre de 1973; y su Protocolo, suscrito en Cartagena de Indias el 12 de mayo de 1976, constituyen los instrumentos normativos subregionales que recogen las líneas prioritarias de acción en el ámbito de integración socio-laboral de los países andinos.

El artículo 2° del Convenio señala expresamente que su objetivo es adoptar las estrategias y planes de acción que orienten la actividad de los organismos subregionales y nacionales, de modo que las medidas tendientes a alcanzar los objetivos del Acuerdo de Cartagena conduzcan al mejoramiento integral de las condiciones de vida y de trabajo en los países del entonces Grupo Andino.

Su artículo 3°, por otro lado, fija los temas considerados prioritarios para la integración socio-laboral de la subregión:

- a) la armonización de las normas jurídicas laborales y **de seguridad social**;
- b) la adecuada utilización de los recursos humanos y solución del desempleo y subempleo;
- c) **la coordinación de políticas y acciones en el campo de la seguridad social**;
- d) el mejoramiento de la formación profesional;
- e) la movilidad de la mano de obra en la subregión; y,
- f) la participación de los trabajadores y empleadores en los procesos de desarrollo e integración subregional.

Para el adecuado logro de estos objetivos, el artículo 4° del Convenio precisa los siguientes instrumentos:

- a) el establecimiento de mecanismos de coordinación y colaboración subregional para el mejoramiento de las respectivas administraciones de trabajo y **de los sistemas de seguridad social**, de empleo y de la formación profesional;
- b) la ratificación de convenios internacionales de trabajo cuya aplicación facilite la armonización de la legislación laboral y de la seguridad social;
- c) **la adopción de normas básicas sobre seguridad social** y trabajadores migrantes;
- d) el tratamiento especial de los problemas relativos a la migración laboral andina, la planificación de los recursos humanos y del empleo, la formación profesional, **la seguridad social** y otros aspectos socio-laborales; y,
- e) la creación de un organismo encargado de las investigaciones y estudios sobre la materia.

En materia específica de seguridad social los países de la Comunidad Andina se dotaron de un instrumento específico que es el **Instrumento Andino de Seguridad Social o Decisión N° 113**, el mis-

mo que ha sido reglamentado posteriormente por la **Decisión N° 148**.

El **Instrumento Andino de Seguridad Social** (Decisión 113) fue adoptado en Lima en el marco del XVII período extraordinario de sesiones de la Comunidad Andina llevado a cabo el mes de febrero de 1977. El artículo 2° de esta Decisión refiere que su aplicación se extenderá a las legislaciones de los países miembros en los siguientes ámbitos de la seguridad social:

- a) Enfermedad y maternidad;
- b) Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; y,
- c) Invalidez, vejez, muerte y auxilio funerario.

Los artículos 3° y 4° de la misma señalan, a su turno, que sus disposiciones son aplicables a las personas, los miembros de sus familias y los sobrevivientes que estén protegidos por la legislación de seguridad social de cada uno de los países miembros; y que todo País Miembro esta obligado a conceder a las personas de los otros Países Miembros, igual trato que a los nacionales en todas las contingencias antes indicadas.

Aunque las Decisiones N° 113 y 148 debían haber sido aplicadas en todas las legislaciones de los Países Miembros de la Comunidad para los casos de enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, invalidez, vejez, muerte y auxilio funerario, sobre la base del principio de igualdad de trato en todas las contingencias indicadas precedentemente, lamentablemente no solo no se vienen aplicando, sino que los organismos del Convenio encargados del tema de la seguridad social se encuentran paralizados.

En estos momentos, con el apoyo de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), se viene elaborando una propuesta de modificación de la Decisión 113 y de la Decisión 148, con el fin de adecuar la normativa comunitaria al objetivo del Mercado Común y a la actual estructura de los sistemas de seguridad social de los países andinos. En la actualidad, ya existe aprobado un

documento técnico conteniendo los lineamientos para dicha modificación, como resultado del I Taller Subregional sobre Seguridad Social realizado en Cartagena de Indias en abril de 2002.

Del mismo modo, cabe mencionar que, con el apoyo de OIT, los equipos técnicos de los Ministerios de Trabajo de la Comunidad Andina llevaron a cabo, en Quito en febrero de 2002, el Taller Subregional sobre Seguridad y Salud en el Trabajo. Evento en el que se aprobó una primera propuesta técnica de normativa comunitaria, titulada «**Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo**», la misma que es actualmente sometida a consideración de las cancillerías de los países de la región.

Del mismo modo, los Ministerios de Trabajo han acordado la difusión de los Convenios de la OIT N° 155 sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores y 161° sobre los Servicios de Salud en el Trabajo; y como posibles acciones futuras, el desarrollo de programas subregionales en dos áreas principales:

1. La prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
2. El reforzamiento de las competencias regionales para la vigilancia y control de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

2. LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL CONTEXTO DE LAS REFORMA DE LIBRE MERCADO LLEVADAS A CABO EN LA REGIÓN

Como era de esperarse, los drásticos cambios que han sufrido durante las décadas pasadas los paradigmas de desarrollo tradicionalmente implementados en la región han impactado fuertemente en el perfil de las reformas llevadas a cabo en materia de seguridad social. Particularmente en lo que concierne al rol del Estado respecto de ésta y a las condiciones de acceso y disfrute, por los ciudadanos, de lo que las normas internacionales previamente citadas reconocen como derechos humanos universales.

Es sabido que, en términos generales y más allá de su función inmediata, relacionada con el objeto de proteger a todas las personas de la necesidad, los sistemas de seguridad social constituyen - en sí mismos - instrumentos de redistribución de la renta nacional y, al mismo tiempo, de legitimación política y social del sistema económico en el que se desarrollan. Debido a ello, la creciente proliferación de reformas en la seguridad social en los países de América Latina, y sobre todo las que consisten en privatizaciones de los sistemas públicos que se instituyeron a lo largo del siglo pasado, han conllevado enormes repercusiones para las políticas económicas y sociales nacionales de los países involucrados.

Las reformas económicas implementadas en la región - básicamente durante los años 90, aunque Chile es el caso de reformas de contenido neoliberal más temprano, ya que se produjo a principios de los 80 - se han orientado a reducir, a veces radicalmente, la función desempeñada por el Estado en la financiación y cobertura de las prestaciones de la seguridad social; y, especialmente, de su condición primaria de garante del carácter universal de estas prestaciones.

Esta es, probablemente, la consecuencia más grave del modelo adoptado. Y se ha producido a pesar del empeño de los promotores más visibles de las reformas (las agencias financieras internacionales), y de los no tan visibles (los intereses financieros transnacionales y locales interesados en el área de los servicios previsionales y de salud), que sostienen que los cambios producidos no necesariamente conllevan que el Estado abandone total y definitivamente su papel de garante supremo de la protección social.

En efecto, aunque las reformas implementadas han introducido o profundizado las inequidades en el acceso y disfrute de derechos en las distintas áreas cubiertas por los sistemas de seguridad social, los defensores del modelo responden que, incluso en los casos en los que se han llevado a cabo las privatizaciones más radicales, los Estados han continuado garantizando el otorgamiento de unas prestaciones mínimas y supervisando el funcionamiento de la protección social.

Cualquiera que haya sido el alcance de las reformas implementadas, no obstante, y aunque éstas se hayan proyectado indiferentemente hacia el ámbito de la salud y de las pensiones, es evidente que las reformas más espectaculares se han producido, primordialmente, en los sistemas de jubilación. Ello ha implicado una expansión creciente de la función desempeñada por los fondos de pensión privados en las prestaciones de jubilación y seguros por accidente o enfermedad profesional¹¹.

Entre los antecedentes de este proceso cabe mencionar al ampliamente discutido informe que el Banco Mundial editó en 1994 acerca de las políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento¹², bajo el título de «Envejecimiento sin crisis»¹³. Informe que se propuso directamente a los Estados el desmantelamiento de los actuales regímenes públicos para sustituirlos por otros, estructurados sobre la base de tres pilares :

- i. Un primer pilar administrado por el sector público y financiado por impuestos y con prestaciones mínima;
- ii. Un segundo pilar basado en el ahorro personal u ocupacional obligatorio, administrado por el sector privado; y
- iii. Un tercer pilar, similar al segundo, pero opcional.

A diferencia de otros contextos regionales, en los que las reformas implementadas en los sistemas de seguridad social han buscado responder a la necesidad genuina de encarar las particularidades de la evolución demográfica que experimentaron durante los últimas décadas, las reformas pensionarias y en los sistemas de salud aplica-

¹¹ Véase al efecto PLATAFORMA INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, DEMOCRACIA Y DESARROLLO, "El derecho humano a la Seguridad Social y la Privatización de los Sistemas de Pensiones en América Latina: Ganancia para algunos y Desprotección para Todos". CEDAL, Lima, Noviembre 2000.

¹² Ver http://publications.worldbank.org/ecommerce/catalog/product?item_id=196948.

¹³ BEATTIE Roger y MCGILLIVRAY Warren. **REFORMA DE LAS PENSIONES, UNA ESTRATEGIA RIESGOSA: REFLEXIONES ACERCA DEL INFORME DEL BANCO MUNDIAL TITULADO "ENVEJECIMIENTO SIN CRISIS"**. Oficina Internacional del Trabajo y Asociación Internacional de la Seguridad Social. En http://www.redsegsoc.org.uy/1_McGillivray.htm.

das en América Latina parecen reflejar, más bien, el enorme impacto que sobre ellas tienen los parámetros de reformulación de políticas públicas a la luz de los esquemas de liberalización de mercados.

La disminución creciente de trabas al comercio internacional y a las inversiones extranjeras han generado un contexto económico internacional cada vez más competitivo e inestable para América Latina. Situación que se complica cuando se le agregan los rezagos tecnológicos estructurales que caracterizan el sistema productivo de la región; el creciente deterioro de los términos de intercambio comercial extraregional; y el abultado peso de los compromisos financieros internacionales que pesa sobre las economías de los países latinoamericanos.

Es necesario resaltar, a la vez, que muchos de los problemas financieros que soportan las instituciones de la seguridad social en la región provienen, también, de manifiestas deficiencias administrativas y del manejo clientelista, cuando no populista, de las mismas. Muchos de estos regímenes de seguridad social carecen de un manejo ajustado a principios actuariales sólidos, lo que provoca que el nivel de las contribuciones resulte inadecuado para mantener las prestaciones que se han venido pagando tradicionalmente.

Lo anterior ha concurrido con la existencia de sistemas especiales de pensiones para determinadas categorías de trabajadores - como son los que corresponden a ciertas categorías de funcionarios del Estado (por ejemplo parlamentarios, diplomáticos, militares y magistrados) - que suelen generar pensiones que muchas veces superan irrazonablemente sus contribuciones al sistema de pensiones.

Del mismo modo, muchos de los sistemas de pensiones de nuestros países se han visto erosionados por una evasión de pagos generalizada; o el establecimiento de edades mínimas de jubilación demasiado bajas que, sin el financiamiento adecuado, facultan a ciertas categorías de trabajadores - sobre la base de un número determinado de años de trabajo cumplidos, o de una determinada edad - para

jubilarse prematuramente. Problemas financieros todos que, sin duda, se han visto agravados también por las recientes tendencias demográficas que han provocado un rápido envejecimiento de gran parte de la población mundial.

En algunos países de América Latina las tasas de natalidad han disminuido, lo cual no solo ha contribuido al envejecimiento de la población, sino que ha implicado que una proporción considerable de ésta tenga derecho a prestaciones de vejez - con la consiguiente elevación de los gastos destinados a cubrirlas-, al mismo tiempo que disminuyen los trabajadores en actividad que, en defecto del Estado, es el sector de la población que debe correr con los gastos de tales prestaciones.

Con la privatización de los sistemas de pensiones, y en menor grado de salud, los gobiernos no sólo han buscado resolver los problemas financieros de esos sistemas en el largo plazo, sino que - en concurrencia con el interés de grupos de interés transnacional y de ámbito local - han buscado estimular las tasas de ahorro interno para otorgar mayor solidez a los mercados nacionales de capitales y asegurarse una fuente segura de financiación que reduzca su dependencia de los inestables, onerosos y no siempre accesibles capitales extranjeros.

Todo lo anterior ha servido de telón de fondo para que las agencias financieras multilaterales - particularmente el Fondo Monetario Mundial (FMI) y el Banco Mundial - presionen a los gobiernos del área a través de *condicionalidades* aparejadas a la aplicación de programas de ajuste estructural a cambio de préstamos, con el objeto de reformar los sistemas públicos de salud y de pensiones de cara a su privatización, frenando el incremento del gasto público y atenuando la vulnerabilidad de sus economías frente a una escasez repentina de capitales extranjeros.

Estas reformas han tenido graves impactos sobre las organizaciones de salud y los sistemas de pensiones, los que pueden resumirse de la siguiente forma:

- Se ha producido un marcado deterioro social y decaimiento de los índices de desarrollo humano en la región; en un contexto en el que proliferan las expresiones en favor del «capital humano», que, sin embargo, no han ido acompañadas de una específica responsabilidad por el bienestar y el mejoramiento de las personas.
- Se ha producido un cambio en el enfoque de formulación de las políticas públicas en materia social, que son crecientemente guiadas por criterios de evaluación de costos y racionalidad económica antes que por el deber primario de asegurar el respeto de los derechos y libertades fundamentales de todos los(as) ciudadanos(as) cometidos a la jurisdicción de los Estados.
- Se ha impuesto en los servicios públicos la teoría del cliente y la gerencia del mismo con serias implicaciones en las relaciones establecidas entre Estado y sociedad - sobre todo en materia de salud - con aparente pérdida del rol político subyacente y la deshumanización del servicio.
- Las reformas se han implementado en el contexto de elevados y persistentes índices de desempleo, así como de creciente *informalización* de la economía, con graves impactos en las fuentes de financiación de las instituciones de la seguridad social y la generación de enormes bolsones de trabajadores fuera de todo tipo de regulación laboral o prestación social.
- En los servicios públicos se impone crecientemente la teoría del cliente y la gerencia del mismo, con serias implicaciones en las relaciones establecidas - sobre todo en materia de salud - entre Estado y sociedad; y en la deshumanización del servicio.
- Se impone la transformación de los derechos humanos en bienes sujetos al mercado, con el subsiguiente acceso discriminatorio y estratificado a prestaciones que, luego de ser despojadas de su condición de universalidad, quedan referidas exclusivamente a la capacidad contributiva del trabajador.

En materia de salud:

- Se ha producido un marcada reducción del gasto o inversión pública en el sector
- Se han introducido nuevos modelos de autogestión en los hospitales públicos, definidos por la disposición autónoma de la ejecución del presupuesto con participación de las comunidades locales y recursos generados por la propia unidad proveedora de salud (transfiriendo parte o la totalidad del costo de los servicios a los usuarios).
- Se han introducido nuevos criterios de productividad y rendimiento junto al deterioro de las condiciones laborales en el sector.
- Se vienen reemplazando los esquemas de financiamiento a la oferta (universalización de la cobertura) por esquemas de subsidio a la demanda (focalización del gasto).
- Se vienen desarrollando modelos asistenciales centrados en atención hospitalaria cuyos servicios dependen más de la oferta posible que de la demanda existente.
- Se concentra la red asistencial en grandes centros urbanos con notorios desniveles en la cobertura de salud, principalmente en desmedro de la salud rural.
- Se amplía la cobertura de servicios de salud pública sin proporción con el crecimiento de la estructura de servicios, con repercusiones desfavorables en la calidad y nivel de los servicios; el incremento de la carga laboral de los trabajadores de salud; y el incremento de denuncias por negligencia y/o denegación de servicios de salud.
- Se amplía la inequidad en los sistemas privados de salud: buena salud para quienes pagan primas altas y salud de menor calidad para sectores de menor ingreso.

- Se produce un incremento cuantitativo de enfermedades que tienen que ver con el stress y la emergencia de trastornos psicoemocionales vinculados con estilos de vida laboral insegura e inestable.
- Las políticas públicas son enfocadas en problemas psicológicos individuales y no en la prevención y protección de colectivos en alto riesgo: mujeres con trastornos psicológicos ocasionados por personas con las que compartieron espacios al interior de la familia, personas de la tercera edad o expuestas a condiciones de maltrato o marginación en el ámbito familiar o social.

En materia de pensiones:

- Se han implementado reformas en los sistemas públicos de jubilación fundados en la quiebra de los principios de solidaridad intergeneracional, e interna entre sectores de trabajadores de diferente nivel de ingresos.
- Se han elevado las edades de jubilación¹⁴.
- Se tiende a la desaparición del principio de nivelación pensionaria (reposición del nivel de ingresos perdido con la jubilación).
- Se instauran sistemas privados de administración de fondos de pensiones y regímenes contributivos basados en aporte exclusivo del trabajador y capitalización individualizada ♦

¹⁴ Si bien es cierto algunos países, sobre todo de Europa y América Latina, han prolongado el número de años de cotización o de trabajo que se necesitan para pretender a una pensión pública, ha sido mayor el número de países que han optado por elevar la edad mínima para jubilarse. Según estadísticas del Banco Mundial, entre 1992 y 1996 hubo 21 países que elevaron la edad mínima de la jubilación.

II *La reforma en Colombia*

1. NORMATIVIDAD INTERNACIONAL Y CONSTITUCIONAL

Colombia ha adoptado tanto la Declaración Universal como la Declaración Americana de los Derechos Humanos. Ha ratificado, asimismo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención Americana de Derechos Humanos y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, «Protocolo de San Salvador».

Ha ratificado también un amplio espectro de convenios de la Organización Internacional del Trabajo(OIT) sobre seguridad social. Particularmente: los Convenios N° 3 «Protección de la maternidad», 1919; N° 8 «Indemnizaciones de desempleo (naufragio)», 1920; N° 12 «Indemnización por accidente de trabajo (agricultura)», 1921; N° 17 «Indemnización por accidente de trabajo», 1925; N° 18 «Enfermedades profesionales», 1925; N° 19 «Igualdad de trato (accidentes de trabajo)», 1925; N° 24 «Seguro de enfermedad (industria)», 1927; el N° 25 «Seguro de enfermedad (agricultura), 1937; N° 102 «Seguridad Social (norma mínima), 1952 Partes II, V y X; y el N° 130 «Asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad», 1969.

La Constitución de Colombia (1991) establece en su artículo 44° que

«Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la **seguridad social**...»

En su artículo 46° acota que

«El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria.

El Estado les garantizará los servicios de la **seguridad social integral** y el subsidio alimentario en caso de indigencia».

En el artículo 48°, que

«La Seguridad Social es un **servicio público** de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social...»

2. LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA

Como hemos visto, la Constitución de Colombia (1991) define a la seguridad social como un servicio público permanente y como un derecho colectivo que puede ser prestado por el Estado y por los parti-

culares, conforme a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia. Esta definición sirvió de base para la promoción, a través de la Ley N° 100, de la reestructuración administrativa, de gestión y financiera del régimen de seguridad social previamente existente en el país.

El Congreso aprobó en diciembre de 1993 la Ley N° 100 rompiendo el monopolio del sector público en el manejo de las pensiones; y aunque dio pie a que el capital privado irrumpiera en el sector con las *Administradoras de Fondos de Pensiones* (AFP) mantuvo el régimen de prima media del Instituto de Seguridad Social (ISS) y los demás regímenes especiales previamente existentes. Elevó también las cotizaciones; ordenó la liquidación de las cajas y fondos públicos insolventes y la creación de los bonos pensionales y el régimen de transición.

La Ley N° 100 instituyó el «*Sistema General de la Seguridad Social Integral*», cuyo objeto es garantizar los derechos irrenunciables de la persona y de la comunidad para obtener una calidad de vida, acorde con la dignidad humana, mediante la protección de un amplio espectro de contingencias.

El sistema es conformado tanto por el conjunto de las entidades públicas y privadas, normas y procedimientos que lo integran, como por los regímenes generales establecidos para cada una de las prestaciones relacionadas con la seguridad social.

La reforma colombiana se ha llevado a cabo en tres etapas básicamente delimitadas. Una primera, que transcurre desde 1990 y se proyecta hasta 1993, en la que se formularon las políticas e instrumentaron las bases legales correspondientes al proyecto reformador. Una segunda, que se instrumenta a partir de 1993 con la aprobación de la Ley N° 100 y cubre el desarrollo normativo de la reforma, (habiéndose producido más de 500 normas desde entonces como resultado de ese proceso). Y una tercera, de desarrollo y consolidación institucional, que comenzó más recientemente, hace aproximadamente cuatro años y que se prevé tomará varias décadas antes de lograr los efectos esperados.

Como se ha dicho, la característica más notable del nuevo Sistema General de Seguridad Social Integral consiste en la eliminación monopolio del Estado en la prestación de los servicios de la seguridad social y en el establecimiento de un sistema competitivo basado en la participación del sector privado, reservando al ciudadano la elección de la entidad que le prestará la atención en salud o la que le gestionará sus aportes para pensiones.

El nuevo sistema instituyó los siguientes subsistemas: Pensiones, Salud, Riesgos Profesionales y Servicios Sociales de carácter complementario, cuyas características se expresarán a continuación¹⁵.

2.1 Pensiones

El **Sistema General de Pensiones (SGP)** esta encargado de reconocer y abonar las correspondientes a las contingencias de Vejez o Jubilación, Invalidez y Supervivencia. Reconoce y abona, igualmente, las indemnizaciones sustitutivas de pensión y el auxilio funerario. Existe, en forma concurrente, un «**Fondo de Solidaridad Pensional**» que tiene por objeto complementar las aportaciones al Régimen General de Pensiones de los trabajadores asalariados o independientes del sector rural o urbano que carezcan de recursos para efectuar la totalidad de las aportaciones requeridas para la percepción de beneficios.

El SGP esta compuesto por dos regímenes excluyentes entre si: el tradicional, administrado por el **Instituto de Seguridad Social (ISS)**, que es un régimen solidario de prima media con prestaciones definidas, y el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad. En el primero, las aportaciones de los afiliados y sus rendimientos constituyen un fondo común de naturaleza pública, que garantiza el pago a los beneficiarios de la pensión de vejez, de invalidez o de supervi-

¹⁵ Información extraída del Banco de Información de los Sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos, Edición año 2000.

vientes, o una indemnización sustitutiva previamente definida. En el segundo, esta basado en el ahorro personal proveniente de las cotizaciones y de sus respectivos rendimientos financieros. Asimismo, de la garantía estatal de una pensión mínima en el caso en que los recursos logrados con los ahorros no alcancen para solventar una pensión.

Los afiliados, en este último caso, tienen derecho al reconocimiento y abono de las pensiones de vejez, invalidez y supervivientes, así como a las indemnizaciones substitutorias, pero su cuantía dependerá de las aportaciones que hayan logrado producir y, en su caso, de las que hayan hecho los empleadores, y los correspondientes rendimientos financieros que hayan o no logrado producir con tales recursos las administradoras privadas de los fondos de pensiones.

2.2 Salud

Todas las personas pueden acceder a los servicios públicos esenciales de salud que otorga el **Sistema General de Seguridad Social en Salud**, pero en forma diferenciada: una parte de la población, en su condición de afiliada al **Régimen Contributivo**¹⁶; y otra a través del **Régimen Subsidiado**, que incluye a las personas sin capacidad de pago para cubrir la cuantía total de las cotizaciones exigidas con tal efecto.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud rea las condiciones para el acceso a un plan obligatorio de salud dirigido a todos los residentes en el territorio nacional, ofreciendo protección integral a las familias en materia de maternidad y enfermedad, en general, así como en los ámbitos de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, en función del uso y de los niveles de atención y

¹⁶ Personas vinculadas por un contrato de trabajo, los servidores público, los jubilados y los pensionistas, así como los trabajadores independientes con capacidad de pago.

complejidad que se definan. Además esta encargado del pago a los afiliados de los subsidios en dinero por incapacidad derivada de enfermedad común y de licencia por maternidad.

Las **Entidades Promotoras de Salud (EPS)** constituyen el núcleo de gestión básico del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Tienen a su cargo la promoción de la mejora del estado de sus afiliados, garantizando las prestaciones de los servicios de salud definidos en el plan obligatorio de salud, el mismo que debe regirse por los principios de integridad, eficacia y calidad, así como por los de libertad, competencia y eficiencia.

La ley colombiana establece el deber estatal de asegurar a toda la población atención en las situaciones de urgencia de aquellos pacientes afectados por accidentes de trabajo y siniestros catastróficos. Los beneficios otorgados se refieren al pago de la atención hospitalaria y quirúrgica, indemnización por incapacidad permanente y muerte, gastos funerarios y costos de transporte del herido al centro asistencial.

2.3 Riesgos profesionales

El **Sistema General de Riesgos Profesionales** esta integrado por el conjunto de instituciones públicas y privadas, así como de normas y procedimientos, que son destinados a la protección y atención de los trabajadores afectados por enfermedades profesionales y accidentes de trabajo derivados de la actividad laboral que desempeñan. Este sistema solo puede ser gestionado por el Instituto de Seguros Sociales y las entidades aseguradoras de vida que obtengan la autorización respectiva de la Superintendencia de Banca como entidades especializadas en la cobertura de seguros de riesgos profesionales.

2.4 Los servicios sociales complementarios

Existe un programa de auxilio a favor de las personas de edad que se encuentren en la condición de indigentes, en virtud del cual tie-

nen derecho a un apoyo económico de hasta el 50% del valor del Salario Mínimo Legal mensual vigente. El programa se financia con las contribuciones del Estado y de las Entidades Territoriales, y prevé que las municipalidades y distritos dispongan tanto de la infraestructura necesaria para la atención de los ancianos indigentes, como de un Plan Municipal a favor de la Tercera Edad que sea parte del Plan de Desarrollo Municipal o Distrital.

2.5 Organización administrativa del sistema

El Sistema General de Pensiones es supervisado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, que es el encargado de formular, adoptar, dirigir y coordinar las políticas de empleo, trabajo, previsión y **Seguridad Social**, dentro de las directrices aprobadas por el Gobierno colombiano. Al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social se adscriben la Superintendencia del Subsidio Familiar, el Instituto de Seguros Sociales (ISS), la Caja Nacional de Previsión Social (CNPS), el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y el Fondo de Previsión Social del Congreso de la República.

Los regímenes del Sistema General de Pensiones son supervisados por la **Superintendencia Bancaria**, correspondiendo a la **Dirección del Sistema de Seguridad Social en Salud**, adscrita al Ministerio de Salud, la formulación de las políticas, planes, programas y proyectos que orienten los recursos y las acciones del Sistema de Salud, así como las normas científicas y administrativas, **dirigidas a la Seguridad Social**, el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento y la rehabilitación.

Como organismo permanente de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y de concertación entre los diferentes agentes del mismo, funciona el **Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud**. La **Superintendencia Nacional de Salud** tiene a su cargo las actividades de vigilancia y control sobre la calidad de las prestaciones otorgadas por los servicios de salud, asegurando el cumplimiento de las disposiciones sobre eficiencia en la gestión de las Entidades que prestan servicios de salud.

Por su parte, el **Consejo Nacional de Riesgos Profesionales** y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, a través de la **Dirección Técnica de Riesgos Profesionales**, constituyen las entidades públicas encargadas de la dirección, vigilancia y control de la gestión de las Administradoras de Riesgos Profesionales y demás entidades de previsión en este campo. La **Superintendencia Bancaria** se encarga, por su parte, del control y vigilancia de las mismas entidades en cuanto a sus niveles de patrimonio, reservas, inversión y control financiero, sin perjuicio de otras funciones que, de manera general, le han sido asignadas para las labores de inspección y vigilancia respecto a estas entidades.

2.6 Impactos sobre el ejercicio del derecho a la seguridad social

Entre los impactos de naturaleza positiva que se atribuyen al sistema instituido por la reforma en 1993 se citan usualmente: la posibilidad de moverse de un empleo a otro sin causar discontinuidad en la cotización; el establecimiento de pensiones mínimas; la existencia de un esquema de subsidios canalizado a través del Fondo de Solidaridad Pensional y de pensiones de indigencia; la existencia de fondos privados con rendimientos financieros positivos; un sistema de información y vigilancia eficiente a cargo de la Superintendencia Bancaria¹⁷. Se menciona también que, como resultado de estas transformaciones institucionales, la cobertura del SGSSS pasó del 20% al 52% de la población, durante el periodo 1993-1998 y que el gasto total en salud pasó del 7% al 10% del PIB¹⁸.

Los críticos de la reforma, en cambio, señalan que el gasto público en seguridad social otorga mayores beneficios a los trabajadores del sector público y conlleva una quiebra del principio de solidaridad,

¹⁷ URIBE, Consuelo. La reforma pensional y la equidad de género en Colombia, trabajo presentado en la Reunión sobre El Impacto de Género de la Reforma de Pensiones en América Latina, CEPAL, Marzo 10-11, 2003.

¹⁸ Ver CESPEDDES LONDOÑO, Juan Eduardo. En <http://www.businesscol.com/articles/sgss02.htm>.

poniendo fin al respaldo entre generaciones y entre grupos de ingreso al segregar a los afiliados en dos tipos diferentes de regímenes. Se acusa, también, la desfinanciación estatal del componente solidario para el Fondo de Solidaridad Pensionaria (ley de racionalización del gasto de 1996); la escasa proporción de afiliados con respecto a la PEA (existen cerca de 12 millones de personas por fuera del sistema); las exageradas comisiones cobradas por los fondos privados (3.5 % del salario), de las más altas del mundo; la recurrente afectación de derechos adquiridos de las personas que se mantienen en el sistema pensional público o en regímenes especiales; y la necesidad de encontrar un camino que garantice el pago de pensiones mínimas por parte de los fondos privados de pensiones¹⁹.

Se afirma, también, que la ley N° 100 no tenía en realidad el propósito de tratar la salud pública como un bien público y menos aún de fortalecerla, pues su objetivo central eran réditos obtenibles de los servicios personales de salud o servicios de salud privada²⁰.

Uno de los argumentos centrales utilizados para justificar la reforma giraba en torno a las bajas coberturas en salud. Las cifras previas a la reforma señalaban que a principios de los 90 la cobertura del sistema abarcaba se aproximaba al 70 % de la población (35% oficial, 20% seguridad social, 15% sector privado, aproximadamente según datos manejados en el antiguo sistema), con un 30 % de población desprotegida.

Un informe del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) de julio de 1998 registraba un 20,5 % de afiliación al régimen subsidiado (sobre una base poblacional del 41 593 011 personas) y un 40,2 % de afiliados al régimen contributivo para un

¹⁹ ACTUALIDAD PREVISIONAL Diario El Tiempo, Marzo 2001.

²⁰ JARAMILLO I. El futuro de la salud en Colombia. Cuarta Edición. Santafé de Bogotá: FESCOL, FES. Fundación Restrepo Barco, Fundación Corona;1999.

total de 60,7 %. Otro informe, esta vez de la Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP), señaló un decaimiento creciente en las coberturas, en primer lugar con respecto a las cifras previas y, después, dentro del proceso de implementación del nuevo sistema: 54,6 % de cobertura para 1997 (17,5 % subsidiado, 37,1 % contributivo) y 49,1 % en 1998. Cifras que son consistentes con el descenso ocurrido en los niveles de empleo y los efectos de la recesión económica.

La FNSP ha insistido en más de una ocasión sobre las debilidades sociales de la Reforma colombiana, acusando el deterioro de la salud pública a partir de los cambios introducidos en 1993; y, fundamentalmente, la ausencia de una real política de salud pública. Otras críticas refieren que la reforma se dedicó al aseguramiento y al asistencialismo; a la existencia de descontento entre los profesionales de la salud; pobre capacitación en el sistema; desconocimiento de las condiciones epidemiológicas y desorganización del sistema de información; descenso en las coberturas; pocas acciones en promoción, prevención y desarrollo de recursos humanos; bajos índices de certificación de municipios y departamentos; alta correlación de aseguramiento y niveles de riqueza y bajos niveles de afiliación en la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI); grandes inequidades entre regiones colombianas en lo relacionado con el aseguramiento y la asignación de los subsidios, etc ♦

III *La reforma en Ecuador*

1. NORMATIVIDAD INTERNACIONAL Y CONSTITUCIONAL

Ecuador ha suscrito la Declaración Universal de Derechos Humanos y la Declaración Americana sobre Derechos y Deberes del Hombre. Ha ratificado, asimismo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención Americana de Derechos Humanos y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, «Protocolo de San Salvador».

Ha ratificado, también, un amplio número de convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que incluyen, entre otros, los Convenios N° 24, sobre el seguro de enfermedad; el N° 102 sobre la seguridad social (1952); el 103° sobre la protección de la maternidad (1952); el 118° sobre igualdad de trato en seguridad social (1962); el 121° sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, (1964); el 128° sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes, (1967); y el 130° sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, (1969).

La nueva Constitución ecuatoriana, vigente desde 1998, establece como prioridades: el derecho irrenunciable de todos los trabajadores a la Seguridad Social y los principios en los que se manejará para protegerlos ante las diferentes contingencias, como

son la enfermedad, maternidad, vejez, invalidez, muerte, cesantía, riesgos del trabajo²¹.

Así, el artículo 55° señala que

«La seguridad social será **deber del Estado y derecho irrenunciable** de todos sus habitantes. Se prestará con la participación de los sectores público y privado, de conformidad con la ley».

El artículo 56°, por su parte,

«(...) establece el sistema nacional de seguridad social. La seguridad social se regirá por los principios de **solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad y suficiencia**, para la atención de las necesidades individuales y colectivas, en procura del bien común».

Conforme a los artículos 57°, 58°, 60° y 61°

«El seguro general obligatorio cubrirá las contingencias de **enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, cesantía, vejez, invalidez, discapacidad y muerte...**».

²¹ Ver Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en www.iess.org.ec.

«La prestación del seguro general obligatorio será responsabilidad del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social...».

«El seguro social campesino será un régimen especial del seguro general obligatorio para proteger a la población rural y al pescador artesanal del país...».

«Los seguros complementarios estarán orientados a proteger contingencias de seguridad social no cubiertas por el seguro general obligatorio o a mejorar sus prestaciones...».

2. LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN ECUADOR

Los orígenes del sistema del Seguro Social en el Ecuador datan de principios del siglo pasado cuando se dictaron un conjunto de leyes para amparar a los empleados públicos, educadores, telegrafistas y dependientes del poder judicial.

En 1928 se creó la Caja de Pensiones, también llamada Caja de Jubilaciones y Montepío Civil, Retiro y Montepío Militar, Ahorro y Cooperativa. La Ley consagró a la Caja de Pensiones como entidad aseguradora con patrimonio propio, diferenciado de los bienes del Estado, comprendiendo en su ámbito al sector laboral público y privado.

En 1991, el Banco Interamericano de Desarrollo, a través de un informe especial sobre la Seguridad Social, propuso la separación de los seguros de salud y de pensiones y el manejo privado de estos fondos. No obstante, los resultados de la Consulta Popular efectuada en 1995 negaron de plano cualquier participación del sector pri-

vado en el Seguro Social y, en general, de cualquier otra institución en la administración de los recursos de la seguridad social.

Es más, la Asamblea Nacional, reunida en 1998 para reformar la Constitución Política de la República del Ecuador, consagró la permanencia del *Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)* como una institución autónoma, responsable de la prestación del *Seguro General Obligatorio (SGO)*.

Con arreglo a ello, el 30 de noviembre de 2001, se publicó en el Registro Oficial NO. 465, la Ley de Seguridad Social (LSS) definiendo al *Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)*, como una entidad pública descentralizada, dotada de autonomía administrativa, financiera y presupuestaria, con personería jurídica y patrimonio propio, que tiene por objeto indelegable la prestación del *Seguro General Obligatorio (SSO)*.

El SSO quedó conformado por cuatro seguros administrados independientemente. A saber:

- ✓ El Seguro Social Campesino;
- ✓ El Seguro General de Salud Individual y Familiar;
- ✓ El Seguro General de Riesgos de Trabajo; y
- ✓ El Sistema de Pensiones por Vejez, Invalidez y Muerte.

A través de la Ley de Seguridad Social se modificó la estructura orgánica funcional del IESS, independizando los diferentes tipos de seguros administrados por éste; creando órganos especializados de gobierno y control; introduciendo conceptos nuevos para el sistema de pensiones; y facultando la creación de instituciones privadas especializadas en administración e inversión del ahorro previsional.

Así, el sistema de pensiones por vejez, invalidez y muerte, pasó a ser administrado a través de un régimen mixto con dos fondos que combinan variables de solidaridad intergeneracional con esquemas de ahorro individual obligatorio.

Los aportes de los afiliados, dependiendo de su nivel de ingresos, se destinan a los dos fondos mencionados. El primero, destinado a cubrir las obligaciones del IESS con los actuales jubilados (que es lo que define su estatuto de solidaridad intergeneracional); y el segundo, destinado a garantizar la pensión de los actuales afiliados mediante el aporte individual obligatorio a cuentas individuales personalizadas, en las que se acumularán los aportes y el rendimiento de las inversiones realizados con estos recursos.

La Ley de Seguridad Social estableció que los afiliados con remuneraciones superiores a los USD 500 podrían abrir cuentas individuales, y aportar voluntariamente el valor que deseen con el fin de aumentar el valor de sus pensiones cuando se jubilen o para cubrir contingencias que no están cubiertas por el Seguro General Obligatorio.

Tanto el ahorro individual obligatorio como el ahorro individual voluntario podrían ser administrados por empresas privadas creadas para este efecto, que reciben el nombre de *Entidades Depositarias del Ahorro Previsional (EDAP's)*, y deben contar con un patrimonio mínimo de USD 1 millón para poder participar en la licitación que, con tal efecto, convoca la Comisión Técnica de Inversiones del IESS y ganar su adjudicación. Los afiliados que aporten al régimen de jubilación por ahorro individual obligatorio, por su parte, tiene el derecho de elegir la EDAP en la que deseen depositar sus aportes.

Dos instituciones que controlan, cada una en su ámbito, la seguridad social en el Ecuador:

1. La Contraloría General del Estado.
2. La Superintendencia de Bancos y Seguros.

Las reformas introducidas en el IES, que han incluido la modificación de sus Estatutos y Reglamentos, han sido justificadas por la

necesidad de recuperar su equilibrio financiero²². Empero, la magistratura constitucional de Ecuador se ha encargado de hacer algunas presiones a la misma.

En efecto, en mayo de 2002, el Tribunal Constitucional (TC) de Ecuador, máxima autoridad jurídica del país, declaró ilegal el régimen diferenciado de aportaciones que sustentaba los cambios introducidos para instituir un sistema mixto de administración y capitalización de fondos previsionales a cargo de empresas privadas.

Como ha sido dicho, los cambios legales introducidos en 2001 contemplaban la instauración en Ecuador de dos segmentos de aportación: el primero, al sistema de *Jubilación por Solidaridad Intergeneracional* y el segundo al sistema de *Jubilación por Ahorro Individual Obligatorio*, ambos coexistiendo dentro de un solo sistema mixto.

Este esquema, sustentado en un régimen diferenciado de aportaciones que alimentan a dos sistemas de jubilación diferentes, fue declarado inconstitucional por el Tribunal Constitucional que alegó que atentaba contra el «régimen de solidaridad».

El Tribunal Constitucional, no solo declaró inconstitucional el régimen de aportaciones previsto por la nueva ley, sino que también echó por tierra la posibilidad de que operen administradoras de fondos privados de pensiones en Ecuador sin la anuencia del estatal Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), la misma que, bajo la nueva ley tiene, además, la potestad de crearlas directamente.

²² Varios especialistas han advertido que el sistema de Seguridad Social en Ecuador encuentra su mayor debilidad en el financiamiento, pues el Estado adeuda al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) 2.000 millones de dólares. De hecho, sólo para el año 2002 la entidad requería que se le transfirieran 523 millones de dólares para no que no colapsara el sistema. Fuente: Portafolio (Colombia).

La resolución de la magistratura constitucional ecuatoriana generó el rechazo inmediato de varios bloques parlamentarios que consideraron que lo aprobado por el TC dejó sin piso el sistema mixto de pensiones propuesto por el Poder legislativo, llegándose incluso a analizar la posibilidad de instaurar un juicio político a los vocales del tribunal por la decisión proferida.

Cabe señalar que actualmente, el IESS cuenta con un millón de afiliados de los cuales el 53,4% es menor de 40 años; el 22,8 por ciento se ubica entre los 40 y 49 años; y el 23,8% tiene más de 50 años.

Por nivel de ingresos, los afiliados al seguro social ecuatoriano se descomponen de la siguiente manera: con ingresos de hasta US \$ 165 804.621 afiliados que corresponden al 79,4 % del total. Entre US \$ 165 y US \$ 500 se encuentran 174.480 afiliados equivalentes al 17,2% del total, y los que perciben ingresos superiores a los US \$ 500 dólares representan el 3,3%, con 33.724 afiliados²³.

Confirmando la tendencia general, advertida también en otras partes de América Latina respecto al carácter selectivo de la reforma, que se cuida de no abarcar a toda la población sino solo a una parte de ella, en Ecuador se mantienen regímenes de protección social diferenciados para el personal de los institutos armados. Así existe, por un lado, el *Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, (ISSFA)*²⁴, que es una entidad autónoma con personería jurídica encargada de proporcionar seguridad social al personal militar, sus dependientes y derechohabientes, aspirantes a oficiales, tropa y conscriptos, tanto mediante prestaciones y servicios sociales creados por ley como a través del servicio de pago de los pensionistas, a los derechohabientes, excombatientes de campañas militares y des-

²³ Fuente : QUITO, mayo 9 2002. Reuters.

²⁴ Actualmente el ISSFA cuenta con unos 13.000 afiliados.

cendientes de próceres de la independencia, excombatientes de la campaña internacional de 1941 y sus viudas en la forma y condiciones establecidas en la ley y en su propio reglamento. Y, por otro, el **Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL)**, que es un organismo autónomo con finalidad social y sin ánimo de lucro, con personería jurídica y patrimonio propio ♦

IV *La reforma en Venezuela*

1. NORMATIVIDAD INTERNACIONAL Y CONSTITUCIONAL

Venezuela ha suscrito la Declaración Universal de Derechos Humanos y la Declaración Americana sobre Derechos y Deberes del Hombre. Ha ratificado, asimismo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención Americana de Derechos Humanos y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, «Protocolo de San Salvador».

Ha ratificado, también, un amplio número de convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que incluyen, entre otros, los Convenios N° 3 sobre la protección de la maternidad, (1919); el 19 sobre la igualdad de trato en materia de accidentes del trabajo, (1925); el 71 sobre pensiones de la gente del mar, (1946); el 102 sobre la seguridad social (norma mínima), (1952); el 103 (revisado) sobre protección de la maternidad, (1952); el 121 sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, (1964); el 128 Convenio sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes, (1967); y el 130 sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, (1969).

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela establece en su artículo 86º que

«Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social. El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección. Los recursos financieros de la seguridad social no podrán ser destinados a otros fines.

Las cotizaciones obligatorias que realicen los trabajadores y las trabajadoras para cubrir los servicios médicos y asistenciales y demás beneficios de la seguridad social podrán ser administrados sólo con fines sociales bajo la rectoría del Estado.

Los remanentes netos del capital destinado a la salud, la educación y la seguridad social se acumularán a los fines de su distribución y contribución en esos servicios.

El sistema de seguridad social será regulado por una ley orgánica especial».

2. LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN VENEZUELA

Tras desestimar el año 2000 un proyecto de reforma de la seguridad social basado en un esquema de pilares múltiples, en noviembre del 2001 se aprobó en primera discusión la **Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (LOSSS)**, la misma que quedó definitivamente consagrada, en segunda discusión, durante la primera semana de diciembre de 2003.

La Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social representa un avance en la reversión de las políticas neoliberales que - durante las últimas dos décadas - instauraron en el ámbito continental un modelo de seguridad social excluyente no solidario²⁵.

La reforma autorizada contempla un esquema previsional de carácter público que asigna al Estado la condición de ente rector y administrador de los regímenes de seguridad social referidos en la Constitución Bolivariana de Venezuela.

Por un lado, el modelo de salud instituido prevé la integración de los programas y servicios que se sostienen fiscalmente; mientras que, por otro, el esquema de pensiones es administrado en exclusividad por el Estado, rechazándose la participación de entidades lucrativas en esta actividad.

El *Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS)* pasará a ser sustituido progresivamente por la nueva institucionalidad que establece la ley aprobada, de modo que poco a poco irá desapareciendo. La rectoría del nuevo régimen previsional es encargada de defi-

²⁵ Ver al efecto CUBAS, Raúl. Miembro asociado del Programa Venezolano de Educación y Acción (PROVEA), Apuesta nacional por una seguridad social pública y solidaria, en www.derechos.orgve/cosas/2003seguridadsocial.html.

nir la fecha de culminación del proceso de transferencia de competencias y recursos financieros, momento a partir del cual cesará en forma definitiva el IVSS.

La Ley establece que el período de instauración de la nueva institucionalidad no podrá exceder de cinco años (esto es el 2008); estando obligado el Ejecutivo a informar al Parlamento las medidas adoptadas así como los avances y obstáculos de la aplicación del sistema durante los primeros 10 días de cada semestre.

La LOSSS contempla que si para el momento de culminación de las funciones del IVSS existieran deudas pendientes, éstas deberán ser canceladas a la Tesorería Nacional; garantizando el Ejecutivo, durante la etapa de transición, el cumplimiento de las prestaciones.

La Ley asegura que el Estado garantizará la vigencia y el respeto a los derechos adquiridos a través del pago oportuno y completo de las pensiones y jubilaciones a los pensionados del Seguro Social así como a los beneficiados de los regímenes especiales del sector público.

Por otro lado, de conformidad con la LOSSS el sistema reconocerá a todos los afiliados al IVSS las cotizaciones que efectuaron hasta la fecha de entrada en vigor de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social. Asimismo se garantiza a las personas que prestan servicio en el sector público la cuantía de las pensiones y jubilaciones establecidas en sus respectivos regímenes.

La implementación de la ley, no obstante, no será fácil. Según la Oficina de Asesoría Económica del Parlamento, la instrumentación de la reforma generará necesidades financieras importantes al Gobierno Central que pueden hacer su situación financiera insostenible. Esa circunstancia, se sostiene, puede provocar una mayor volatilidad de los precios y afectar, con ello, las posibilidades de mejorar los niveles de actividad económica y bienestar de la sociedad en el largo plazo.

Para los asesores del Congreso venezolano el costo estimado de la reforma es 8,53% en el primer año, pero podría elevarse si la participación de los no contribuyentes o informales se incrementa, situación que debería ser resuelta por el Estado a través del subsidio de sus contribuciones.

Manteniendo las características básicas del actual sistema, la nueva ley desecha la creación de los fondos privados de pensiones y establece que los trabajadores venezolanos cotizarán a un régimen de aseguramiento colectivo administrado por el Estado.

En la misma forma, la ley establece que tanto empleados como patronos tienen el deber de cotizar a un Régimen de Salud que prevé la creación de sistema público nacional mediante el cual se integran todas las estructuras, órganos, programas y servicios que se sostengan total o parcialmente con los recursos fiscales y parafiscales (aportes).

El modelo previsto contempla regímenes prestacionales de empleo, vivienda, salud y seguridad en el trabajo. Adicionalmente se incluye uno de prestación de vejez que dará a las personas mayores una asignación económica en lugar de una pensión igual al salario mínimo.

Bajo el nuevo sistema, los trabajadores informales podrán cotizar al mismo en procura de las prestaciones que éste ofrece, asumiendo el Estado un subsidio equivalente al 50% de la contribución ♦

V *La reforma en Perú*

1. NORMATIVIDAD INTERNACIONAL Y CONSTITUCIONAL

Perú ha suscrito la Declaración Universal de Derechos Humanos y la Declaración Americana sobre Derechos y Deberes del Hombre. Ha ratificado, asimismo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención Americana de Derechos Humanos y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, «Protocolo de San Salvador».

Ha ratificado, también, un amplio número de convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que incluyen, entre otros, los Convenios N° 8 sobre las indemnizaciones de desempleo (naufragio), (1920); el 12 sobre la indemnización por accidentes del trabajo (agricultura), (1921); el 19 sobre la igualdad de trato (accidentes del trabajo), (1925); el 24 sobre el seguro de enfermedad (industria), (1927); el 25 sobre el seguro de enfermedad (agricultura), (1927); el 35 sobre el seguro de vejez (industria, etc.), (1933); el 36 sobre el seguro de vejez (agricultura), (1933); el 37 sobre el seguro de invalidez (industria, etc.), (1933); el 38 sobre el seguro de invalidez (agricultura), (1933); el 39 sobre el seguro de muerte (industria, etc.), (1933); el 40 sobre el seguro de muerte (agricultura), (1933); el 44 sobre el desempleo, (1934); el 55 sobre las obligaciones del armador en caso de enfermedad o accidentes de la gente de mar, (1936); el 56 sobre el seguro de enfermedad de la gente de mar, (1936); el 71 sobre las pensiones de la gente de mar, (1946); y el 102 sobre la seguridad social (norma mínima), (1952).

El vigente sistema de seguridad Social en el Perú se basa en la Constitución Política de 1993 que, en sus artículos 10^o a 12,^o establece el derecho universal de toda persona a la Seguridad Social y el libre acceso de las personas a las prestaciones de salud y pensiones en entidades públicas, privadas o mixtas.

Así, estos artículos señalan que

«El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida».

«El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento».

«Los fondos y las reservas de la seguridad social son intangibles. Los recursos se aplican en la forma y bajo la responsabilidad que señala la ley».

2. LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN PERÚ

El sistema de seguridad social en el Perú existe desde mediados de los años 30. Durante décadas su gestión fue responsabilidad tripartita (empleadores, trabajadores y Estado), a través de la conducción del **Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS)**, a cuyo cargo se encontraban tres distintos regímenes de prestaciones: las correspondientes al **Sistema Nacional de Pensiones (SNP)** que estaba regulado por el Decreto Ley N^o 19990; el **Régimen de Prestaciones de**

Salud (RPS) regulado por el Decreto Ley N° 22482; y finalmente, el *Régimen de Prestaciones por Accidentes de Trabajo y Enfermedades Ocupacionales*, normado por el Decreto Ley N° 18846.

El Sistema Nacional de Pensiones (SNP) afilia a los trabajadores de la actividad pública y privada ingresados a laborar con posterioridad a 1974. Al mismo se suman, para tener una visión general de lo que son los regímenes de pensiones vigentes en el Perú hoy día, el *Régimen de Pensiones de los Servidores Civiles del Estado* (regulado por el Decreto Ley N° 20530), que comprende a los servidores públicos ingresados con anterioridad a esa fecha - o que reingresados posteriormente, quedaron habilitados para acogerse a éste por medio de normas de excepción - y el *Sistema Privado de Pensiones (SPP)* que se instituyó a partir de 1992, sobre los que se tratara más adelante.

Existe un acuerdo general en reconocer que la crisis económica y financiera del sistema se viene acumulando desde mediados de la década de los años 60, momento a partir del que los sucesivos gobiernos comenzaron a utilizar los fondos del sistema para financiar la expansión del gasto público. No obstante ello, la «flexibilización» laboral introducida con los programas de ajuste estructural que se empezaron a aplicar desde mediados de los 70 a instancias del Fondo Monetario Internacional (FMI) y se enfocó en la reducción de los costos laborales para las empresas, trajo como consecuencia que el ejercicio del derecho a la seguridad social fuera gravemente socavado: miles de trabajadores que gozaban de estabilidad laboral fueron despedidos y reemplazados por otros relacionados con las empresas a través de vínculos precarios (contratos temporales o subcontratos a través de intermediarios), o simplemente fuera de planillas. De esta manera, entre 1990 y 1998, más de un millón de trabajadores dejaron de cotizar a la seguridad social.

A inicios de los años 90, y tras consumir un golpe de Estado con el apoyo de las Fuerzas Armadas peruanas, el gobierno peruano encabezado por el hoy prófugo en Japón, ex Presidente Alberto Fujimori, modificó el Sistema Nacional de Pensiones (SNP) a través del Decreto Ley N° 25967 alterando las reglas contenidas en el Decreto

Ley 19990, fuente legal originaria de la que derivan los derechos pensionarios del SNP. Así, se incrementó el número mínimo de años de aportación necesarios para obtener una pensión mínima (expresión utilizada por la ley), elevándolo de 15 y 13 a 20 años (según se tratara de varones o mujeres), y modificó desventajosamente la forma de cálculo de la Remuneración de Referencia (RR) utilizada como base de cálculo de la pensión que corresponde a un trabajador cuando llega a edad de jubilación.

Las nuevas reglas de juego se aplicaron retroactivamente a los casi 50 mil expedientes que en diciembre de 1992 se encontraban en trámite en el IPSS, cancelando abruptamente y por esta vía las posibilidades de goce de una pensión para decenas de miles de trabajadores que se habían acogido -o fueron forzados- a la jubilación en el marco de los masivos programas de racionalización del Estado y despidos aplicados durante 1991 y 1992.

De otra parte, los problemas que ya arrastraba el SNP (tales como la malversación de fondos por los gobiernos de turno, una cuantiosa deuda impaga de los empleadores públicos y privados, una deficiente administración y un pésimo manejo económico-financiero, etc.), se agravaron con la creación del Sistema Privado de Pensiones (SPP) en 1992 y el posterior traslado de más de un millón y medio de trabajadores al nuevo sistema. El SNP cerró el año 1994 con un déficit cercano al 50% de su presupuesto anual lo que puso en entredicho la posibilidad de mejora de las pensiones recibidas por cerca de 350 mil jubilados adscritos a dicho sistema.

En forma paralela, a través del Decreto Ley N° 25897, se instituyó el Sistema Privado de Pensiones (SPP), integrado hoy por cuatro empresas privadas Administradoras de Fondos de Pensiones (AFPS) que afiliaban en 1999 a algo más de 1.5 millones de afiliados con una edad promedio entre 21 y 40 años afectando alrededor del 15% del ingreso mensual de un trabajador.

Los aportes exigidos por el SPP son especialmente altos para la capacidad de ahorro de un mercado de trabajo claramente dominado

por bajas remuneraciones y por empresas en permanente inestabilidad como efecto de la recesión prolongada que afecta especialmente a los sectores de la industria y el comercio. Los niveles de cotización difieren de los niveles de afiliación en una proporción de casi el 50% que es la alta tasa de morosidad vigente, existiendo casi 1500 empresas reportadas como deudoras.

Al existir la impresión generalizada de que el costo de afiliación al sistema privado era mayor que el de mantenerse en el SNP - pese al clima tremendamente desfavorable que se creó para disuadir a los que se quedaran en él- se retrajo la captación de nuevos afiliados. Ante ello el gobierno de Fujimori promulgó en 1995 la Ley N^o 26514 elevando sustancialmente el nivel de los aportes de quienes se mantuvieran en el sistema nacional (SNP) exonerando de aporte al empleador y cargando la integridad de éstos como responsabilidad exclusiva del trabajador.

Hasta fines del año 2002 el SPP no preveía la posibilidad de otorgar a los afiliados que no obtuvieran recursos para financiar una pensión decorosa el beneficio de una «pensión mínima»; a pesar de que en Chile - de donde el nuevo sistema fue importado - un 37% de los trabajadores se ve urgido de recurrir a la pensión mínima que su sistema si contempla para no quedar en la indigencia. Para corregir esta situación, el Congreso peruano instituido luego del establecimiento del estado de Derecho en el Perú (2001) aprobó una nueva ley que instituye la pensión mínima.

El actual esquema de otorgamiento de los Bonos de Reconocimiento (BR) está condicionado de tal forma que en la mayor parte de los casos representa una pérdida de más del 50% de lo que verdaderamente aportó el trabajador al IPSS hasta su traspaso al sistema privado.

Los manejos del fondo de pensiones por las AFPs son en teoría transparentes, pero los afiliados no cuentan en verdad con mecanismos efectivos de participación y control sobre las operaciones de las empresas en que tienen depositados los ahorros que serán sostén de su vejez.

Las empresas incumplen frecuentemente con trasladar a las AFPs los aportes pensionarios, lo que en realidad constituye delito de apropiación ilícita. Sin embargo, el Congreso aprobó en julio de 1994 la Ley 26636 para permitir a las empresas escamotear el cumplimiento de la ley de pensiones, mediante la formulación de una «declaración de pago» que no es otra cosa que un reconocimiento de deuda, sin que, al mismo tiempo, ordenase un plazo para cancelarla. En junio de 1999 se aprobó la Ley 27130 o del Régimen de Programación de los Aportes al Fondo de Pensiones destinada a cohonestar la apropiación ilícita que hicieron las empresas de parte de las remuneraciones de sus trabajadores y que debían haber sido depositados en las AFPs, dando facilidades para que los repongan en forma fraccionada. Sin embargo la ley no obliga a las empresas públicas al pago inmediato de esa deuda con sus trabajadores.

Las comisiones totales (incluyendo la prima de seguro de sobrevivencia e invalidez) se encuentran entre 4.18% y 3.48% del sueldo, lo que representa alrededor de la mitad de lo que el trabajador ahorra para su vejez (que es 8% del sueldo). No por gusto, aunque ahora se contabilizan los afiliados en un millón y medio de personas, los que cotizan -es decir, los verdaderos afiliados que están efectivamente ahorrando para su vejez- no son ni la mitad de esta suma.

En lo que refiere al Régimen de Pensiones y Compensaciones de los Servidores Civiles del Estado, cabe señalar que este fue creado por el Decreto Ley N° 20530 en 1974 y luego incluido en la Constitución Política de 1979 a través de su Octava Disposición General y Transitoria.

Este régimen reconoció en favor de los funcionarios al servicio del Estado, tras un prolongado período de aportes a un fondo administrado por cada institución pública, una pensión homologable con el haber del servidor en actividad de la misma entidad en que cesó el pensionista, que desempeñe igual o análoga función a la ejecutada por éste hasta la fecha de su cese.

Pensión que debe nivelarse cada vez que la remuneración del servidor en actividad sufra un reajuste.

El gobierno peruano quebró el principio de nivelación de estas pensiones al dictar en 1993 el Decreto Legislativo N° 817 que dispuso un procedimiento de «recalificación de derechos», por el que a través de la aplicación retroactiva de los nuevos criterios establecidos, se pretendía desconocer la legalidad de una proporción sustancial de las pensiones ya otorgadas en este régimen, cuyo ámbito incluía entonces a 280 mil jubilados y 50 mil trabajadores públicos en actividad. Vale decir que afectó - si se asumen cinco miembros por familia de cada trabajador o pensionista sujeto a este régimen - a un millón y medio de personas.

El Decreto Legislativo N° 817, violó el principio constitucional de jerarquía de las normas, ya que concedió facultades extraordinarias a la Oficina de Normalización Previsional (ONP) para «recalificar» lo que ya estaba calificado y para declarar la nulidad administrativa de derechos que -como las pensiones- sólo podían retirarse por mérito de una sentencia emanada de órgano jurisdiccional competente, conforme establece el Artículo 174° de la Constitución al referirse a las pensiones militares.

A instancias de una demanda presentada por la Plataforma de Defensa de los Derechos Pensionarios (PPDP), en abril de 1997, el Tribunal Constitucional declaró inconstitucional el procedimiento de revisión y recalificación retroactiva de derechos pensionarios contenido en este Decreto Legislativo y ordenó la restitución del pago de pensiones a los afectados. Sin embargo, nueve semanas después, el Congreso de la República aprobó la Ley N° 26835 insistiendo en otorgar poder a la ONP para declarar la nulidad de los actos de incorporación y reconocimiento de derechos establecidos por el Decreto Ley 20530.

En base a esta ley, aprobada para «revivir» lo que el Tribunal Constitucional derogó antes de ser descabezado, decenas de miles de pensionistas del Decreto Ley 20530, sus viudas o huérfanos, son

actualmente objeto de procedimientos judiciales sumarísimos dirigidos a negarles la pensión que por derecho les corresponde.

Las organizaciones representativas de los pensionistas peruanos volvieron a interponer una acción de inconstitucionalidad ante el TC logrando que éste declarara el año 2001 la inconstitucionalidad de la Ley N^o 26835.

A pesar de haberse restaurado el régimen de gobierno democrático en el Perú, lamentablemente, los pensionistas peruanos han continuado enfrentando el masivo desconocimiento de sus derechos adquiridos en materia pensionaria. Una ley aprobada por el Congreso en octubre de 2001 recortó los derechos de las viudas y huérfanos del Régimen de Pensiones de los Servidores Civiles del Estado al 50% y menos de lo que les era reconocido legalmente en forma previa. En forma paralela, el gobierno aprobó varios decretos supremos que ratifican los «topes» pensionarios introducidos bajo el gobierno del Sr. Fujimori y niegan el derecho de nivelación pensionaria.

La confrontación por la reivindicación de los derechos adquiridos de los pensionistas peruanos, no obstante, no se da sin la firme resistencia de éstos. Así, una sentencia dictada por la Corte Interamericana de Derechos Humanos de febrero de 2003 ha condenado al Estado peruano por violar los derechos de cinco pensionistas²⁶, condenándolo a indemnizar a las víctimas e investigar y sancionar a los culpables. La sentencia de la Corte ha generado un precedente crucial para el tratamiento de otros cientos, sino miles de pensionistas de Perú y el resto de Latinoamérica, que se encuentran análoga situación y esperan una decisión similar en la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

Respecto a la cobertura de prestaciones de salud, es importante mencionar que durante el régimen del ex Presidente Fujimori se

²⁶ Ver sentencia del caso Cinco Pensionistas en www.corteidh.or.cr

dictó en mayo de 1997 una «*Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud*», (Ley N° 26790), en virtud de la cual se introdujeron entidades privadas encargadas de atender parte de esta cobertura a través de *Empresas Prestadoras de Salud (EPS)*.

Las EPS se encargan de proveer paquetes de atención con características visiblemente discriminatorias, ya que no van de acuerdo con las necesidades genéricas de atención de la salud ofrecidos por el sistema público, a cargo del Seguro Social en Salud (que reemplazó al liquidado Instituto Peruano de Seguridad Social - IPSS).

La «Ley de Modernización de la Salud» instituyó una Superintendencia de EPS que es actualmente financiada con recursos del Tesoro Público ♦

VI *La reforma en Bolivia*

1. NORMATIVIDAD INTERNACIONAL Y CONSTITUCIONAL

Bolivia ha suscrito la Declaración Universal de Derechos Humanos y la Declaración Americana sobre Derechos y Deberes del Hombre. Ha ratificado, asimismo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención Americana de Derechos Humanos y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, «Protocolo de San Salvador».

Ha ratificado, también, un amplio número de convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que incluyen, entre otros, los Convenios N° 27 sobre la indemnización por accidentes del trabajo, (1925); el sobre la igualdad de trato (accidentes del trabajo), (1925); el sobre la seguridad social (norma mínima), (1952); el 103 sobre la protección de la maternidad (revisado), (1952); el 118 sobre la igualdad de trato (seguridad social), (1962); el 121 sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, (1964); el 128 sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes, (1967); y el 130 sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, (1969).

El sistema de Seguridad Social boliviano está consagrado en el artículo 158º de la Constitución Política boliviana, que determina lo siguiente:

«II. El Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población; asegurará la continuidad de sus medios de subsistencia y rehabilitación de las personas inutilizadas; propenderá asimismo al mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar.

II. Los regímenes de seguridad social se inspirarán en los principios de universalidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad y eficacia, cubriendo las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez, muerte, paro forzoso, asignaciones familiares y vivienda de interés social».

2. LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN BOLIVIA

Los programas previsionales en Bolivia se inician con las Leyes de 22 de septiembre de 1831, que crea el Fondo de Jubilaciones en favor de los funcionarios del Estado; la Ley de 24 de septiembre de 1924, sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, dictada en favor de los sectores fabril y minero; y la Ley de 11 de diciembre de 1951, del Seguro Social Obligatorio que incorporó, gradual y progresivamente, las prestaciones en forma geográfica²⁷.

El programa de Seguridad Social integral (SSI) se aplicó a partir de la promulgación del Código de Seguridad Social (de 14 de diciembre de 1956), bajo los principios señalados en la Constitución Política del Estado vigente entonces, cubriendo los riesgos de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales de corto y largo plazo, invalidez, vejez, muerte, asignaciones familiares y vivienda popular, bajo el sistema tripartito de aportaciones de los trabajado-

²⁷ La descripción de los regímenes de seguridad social vigentes en Bolivia ha sido extraída del informe "Bolivia: La previsión y su historia". http://www.finteramericana.org/historia/hist_bolivia.htm.

res, de los empleadores y del Estado, según los distintos Seguros. Las Fuerzas Armadas tienen un régimen propio regulado por el Decreto Supremo N° 11901, de 21 de octubre de 1974, estando cubiertas las contingencias antes citadas, e incluyendo, además, regímenes especiales como cesantía, seguro dotal mixto y capital educacional.

El régimen de pensiones de invalidez, vejez, muerte y riesgos profesionales a largo plazo se halla dividido en un régimen básico y unos regímenes complementarios o facultativos (36 instituciones), estos últimos creados sectorialmente con aportaciones diferenciales, de acuerdo a las cargas actuariales de cada una de ellas.

Mediante Ley N° 1732, de 29 de noviembre de 1996, se puso en vigencia la *Ley de Pensiones*, basada en principios de Capitalización Individual a cargo de *administradoras privadas de fondos de pensiones (AFPs)*, sustituyendo así al régimen de pensiones de la Seguridad Social. El nuevo sistema entró en vigor el 1° de mayo de 1997 y todas las personas que, en la fecha indicada, se encontraban trabajando en régimen de dependencia laboral, adscritas o no al Sistema de Reparto, quedaron automáticamente afiliados a este nuevo sistema.

La reforma del sistema tiene dos componentes: El primero, a cargo del *Seguro Social Obligatorio (SSO)*, de largo plazo, que comprende las prestaciones de jubilación, de invalidez, muerte y riesgos profesionales; y el segundo, mediante la administración de las acciones de propiedad del Estado en las empresas capitalizadas, transferidas en beneficio de los ciudadanos bolivianos, destinadas a financiar el pago de una anualidad vitalicia, denominada «*Bono de Solidaridad*» (*Bonosol*) y el pago de gastos funerarios.

La financiación del SSO en el nuevo régimen se basa en el sistema contributivo, con aportaciones exclusivamente laborales. Independientemente, la población en general, con edades iguales o superiores a los 65 años, es beneficiaria del Bonosol, basado en el sistema no contributivo.

El sistema de Seguridad Social boliviano es obligatorio para todas las personas, nacionales o extranjeras, que trabajen en el territorio de la República y presten servicios remunerados a otra persona, natural o jurídica, mediante designación, contrato de trabajo o de aprendizaje, sean éstos de carácter privado o público, expreso o presunto.

El sistema se estructura en *seguros de salud y regímenes de pensiones*. El primero, administrado por las Cajas, Nacional de Salud -que agrupa el 87% de la población asegurada-, Petrolera, Ferroviaria, de las Corporaciones, de Caminos, ocho Cajas integrales pertenecientes a las Universidades y la Corporación del Seguro Social Militar. Los segundos se hallan conformados por dos Administradoras de Fondos de Pensiones (AFPs) y la Unidad de Recaudaciones, denominada en la actualidad «Dirección Nacional de Pensiones», que heredó el activo y el pasivo del Ex-Fondo de Pensiones Básicas y 36 Fondos complementarios y facultativos, existentes antes de la promulgación de la nueva Ley de Pensiones.

La supervisión del área de salud es ejercida por el **Ministerio de Salud y Previsión Social**, mientras que el control y la fiscalización están a cargo del **Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES)**. En el área de pensiones, el control y la fiscalización están a cargo de la **Superintendencia de Pensiones**.

La gestión y administración de las prestaciones está a cargo de seis instituciones para los regímenes de salud; dos Administradoras de Fondos de Pensiones para el nuevo régimen de pensiones y la Dirección Nacional de Pensiones, para la administración del régimen de reparto, en proceso de extinción.

Según un informe del Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional²⁸ (OIT) el sistema

²⁸ Consultar Cinterfor (OIT): webmaster@cinterfor.org.uy

boliviano de seguridad social se encuentra manifiestamente afectado por una pronunciada crisis. Aunque en el plano formal constituye una prioridad en el paquete de medidas de política social de los últimos gobiernos, su privatización parcial, la resistencia de los asegurados y la pobreza de las propuestas elaboradas para el cambio - dice el documento del CINTERFOR - lo único que han producido es «un híbrido institucional sin políticas y clara direccionalidad».

Al instituirse un sistema de acceso a las prestaciones jubilatorias ligado a la capacidad de acumulación individual de recursos, la nueva legislación ha generado un sistema de estratificación en el disfrute de los derechos; y rompió con los principios de universalidad, solidaridad, unidad de gestión, oportunidad y eficacia que gobernaban hasta entonces los sistemas de seguridad social vigentes.

En opinión del CINTERFOR, la drástica reestructuración neoliberal de la economía boliviana, las condiciones del empleo existentes en Bolivia, el crecimiento exponencial de la población informal y del empleo por cuenta propia, así como la misma situación política y de gestión del sistema de seguridad social vigente tenido como consecuencia una reducción substantiva de su peso específico dentro de la esfera de las políticas sociales nacionales.

Un estudio del *Instituto Boliviano de Seguridad Social (IBSS)* en asociación con CEDLA-ILDIS²⁹, citado por el CINTERFOR-OIT, por otro lado, sitúa a la población protegida entre titulares (el trabajador inscrito) y dependientes (la familia compuesta por cónyuge, hijos y otros que dependen de su salario para su subsistencia) en alrededor del millón de personas protegidas por el sistema, lo que supone que solo entre el 13 y el 20 % de la población total se encuentra protegida por la seguridad social.

²⁹ IBSS, Memoria Gestión 1992 y CEDLA-ILDIS, Informe Social Bolivia, p. 108.

En el caso del *Régimen de Asignaciones familiares* tras pasar a ser controlado por los empleadores, éstas se redujeron solo a las prestaciones que tienen que ver con la contingencia de natalidad.

El *Régimen de Seguridad Laboral* se ha reducido a la entrega de pensiones por accidentes de trabajo y, desde una perspectiva institucional, no es sino una extensión del régimen general de pensiones. No desarrolla programas para la prevención de accidentes de trabajo, ni para el control de la calidad de las condiciones de empleo³⁰.

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Ministerio de Salud firmaron un acuerdo en el 2001 para el financiamiento de estudios técnicos de reingeniería de la Caja Nacional de Salud (CNS) y del Sistema de Seguridad Social (SSS). Con arreglo a este acuerdo, la misión técnica del BID concluyó el diseño del perfil de reestructuración previendo la inmediata realización de siete estudios técnicos sobre cuya base se sustentaría el proceso de reformas a la CNS y al sistema de seguridad social «*a corto plazo*».

Aunque el acuerdo preveía que 2003 sería el año de las reformas estructurales al sistema de seguro social a corto plazo y que varias de las cajas existentes tendrían que desaparecer por su incapacidad para responder a las necesidades del servicio nacional de salud, los sucesos políticos que conmovieron a la sociedad boliviana en los meses pasados han impedido que tales planes hayan podido consumarse ♦

³⁰ Según el informe del CINTERFOR citado, existe en Bolivia el Instituto Nacional de Higiene del Trabajo (INHT) que, siendo dependiente de la Secretaría de Salud, no coordina labores con el Sistema de Seguridad Social.

VII *Conclusiones*

La reforma de los Sistemas Públicos de Seguridad Social para remplazarlos por modelos de corte privatizador, ha conllevado para los(as) trabajadores(as) y la sociedad en su conjunto un retroceso enorme en tanto han profundizado la desprotección social.

Los modelos de gestión lucrativa de la seguridad privada contradicen el principio de que la Seguridad Social es un Derecho Humano y un elemento esencial del desarrollo humano y la integración social.

Las reformas implementadas en los países de la sub-región Andina se han caracterizado por:

- La reducción del papel del Estado como garante primario del goce del derecho humano a la Seguridad Social;
- La mercantilización de los sistemas de salud, pensiones y riesgos del trabajo, ha reducido la responsabilidad social del empresariado en su financiamiento trasladando el peso de su mantenimiento a los, ya de por sí deteriorados, recursos de los trabajadores;
- La imposición de sistemas duales en los que las personas con mayores recursos se vinculan a los sistemas privados y los pobres a los sistemas públicos, impacta negativamente en el encaramiento de las enfermedades de alto costo y en el proceso de envejecimiento, lo que no solo genera un sistema de acceso estratificado a prestaciones que deberían corresponder a derechos de naturaleza universal, sino que conlleva como resultado la pérdida de la solidaridad y los vínculos de cohesión social.

- La reducción de la cobertura de los derechos integrales de la seguridad social.
- Un alto costo de transición en su implementación, bajo responsabilidad de los Estados, que al presionar sobre el déficit fiscal puede desestabilizar sus economías.
- La prevalencia de altas cuotas de administración en beneficio de los inversionistas nacionales e internacionales que intervienen en la administración privada de los programas de pensiones, de salud y de riesgos del trabajo, pero que operan en detrimento de la protección de los trabajadores en materia de vejez, salud, riesgos de trabajo y enfermedades profesionales.
- Mayores niveles de desprotección para las mujeres.
- La violación de los Convenios de la OIT N° 102, N° 128 y un vasto número de recomendaciones y resoluciones proferidas en el seno de esta organización sobre la materia.
- La violación de los principios rectores de la seguridad social, a saber: solidaridad, universalidad, integralidad, participación tripartita e igualitaria y control social.
- El incumplimiento de Convenios, Declaraciones y Protocolos en materia de derechos humanos que han sido formalmente ratificados por los países de la región.

Decisión 546:***Instrumento Andino de Seguridad Social***

Publicado en la Gaceta Oficial 938

EL CONSEJO ANDINO DE MINISTROS DE RELACIONES EXTERIORES

VISTOS: Los artículos 1, 3, 12, 16 y 30 del Acuerdo de Cartagena, en su texto codificado a través de la Decisión 406; el Tratado del Tribunal de Justicia de la Comunidad Andina; la Decisión 503 del Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores; las Decisiones 40, 439, 441 y 510 de la Comisión; el Reglamento del Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores aprobado mediante Decisión 407; y el Reglamento de la Comisión de la Comunidad Andina aprobado mediante Decisiones 471 y 508;

CONSIDERANDO:

Que es necesario garantizar la adecuada protección social de los migrantes laborales y sus beneficiarios para que, como consecuencia de la migración, no vean mermados sus derechos sociales;

Que es un factor fundamental para la conformación y desarrollo del Mercado Común Andino preservar el derecho de los migrantes laborales a percibir prestaciones de seguridad social y garantizar la conservación de sus derechos adquiridos, en la totalización de los períodos de seguro;

Que es necesario adoptar un instrumento andino de seguridad social aplicable para los migrantes laborales a nivel andino independientemente de su nacionalidad. No obstante, los Países Miembros deben mantener su plena libertad para establecer sus propias políticas nacionales en materia de seguridad social aplicables a los migrantes de terceros países, teniendo en cuenta el principio de reciprocidad establecido en el Instrumento Andino de Migración Laboral;

Que, en consecuencia, se reconocerán a los migrantes laborales a nivel andino, así como a sus beneficiarios, en cualquiera de los Países Miembros, los mismos derechos y obligaciones en materia de seguridad social que a los nacionales de esos países;

Que es obligación de los Países Miembros fomentar el empleo digno, mejorar y racionalizar la inversión por concepto de prestaciones sanitarias, procurando por el buen uso de los servicios, el mejoramiento de la institucionalidad, la administración del sistema y un sistema de pensiones confiable y seguro;

Que es necesario establecer un marco de referencia en materia de seguridad social a nivel andino, basado en principios y compromisos de cooperación básicos, aplicables a los regímenes de seguridad social;

Que dicho marco de referencia deberá ser interpretado y aplicado de conformidad con las legislaciones de seguridad social vigentes en cada uno de los Países Miembros, en la forma, condiciones, beneficios y extensión establecidas en ellas;

Que es indispensable mantener una adecuada armonía entre la normativa comunitaria andina de seguridad social y de migración laboral;

Que el Consejo Asesor de Ministros de Trabajo, luego de las consultas pertinentes a las distintas instancias del Sistema Andino de Integración vinculadas al tema sociolaboral, ha estudiado y recomendado la conveniencia de adoptar una Decisión que consagre los principios enunciados en los considerandos precedentes;

Que el Consejo Consultivo Laboral Andino, a través de la Opinión 009 de junio de 2000 emitida ante el Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores y la Secretaría General de la Comunidad Andina, ha manifestado su respaldo a la revisión integral de las Decisiones 113 «Instrumento Andino de Seguridad Social» y 148 «Reglamento del Instrumento Andino de Seguridad Social», de manera que se pueda propender a la plena vigencia de los beneficios fundamentales de la seguridad social para los migrantes laborales de los Países Miembros;

Que la Secretaría General ha presentado la Propuesta 96 Rev 1 de aprobación del Instrumento Andino de Seguridad Social, sustitutoria de la Decisión 113.

DECIDE:

Aprobar el siguiente «Instrumento Andino de Seguridad Social»

TÍTULO I

Disposiciones Generales

Artículo 1.- La presente Decisión tiene como objetivos:

- a) Garantizar a los migrantes laborales, así como a sus beneficiarios, la plena aplicación del principio de igualdad de trato o trato nacional dentro de la Subregión, y la eliminación de toda forma de discriminación;
- b) Garantizar el derecho de los migrantes laborales y sus beneficiarios a percibir las prestaciones de seguridad social durante su residencia en otro País Miembro;
- c) Garantizar a los migrantes laborales la conservación de los derechos adquiridos y la continuidad entre las afiliaciones a los sistemas de seguridad social de los Países Miembros; y
- d) Reconocer el derecho a percibir las prestaciones sanitarias y económicas que correspondan, durante la residencia o estada del migrante laboral y sus beneficiarios en el territorio de otro País Miembro, de conformidad con la legislación del País receptor.

Artículo 2.- A los fines de esta Decisión, las expresiones que se indican a continuación tendrán los significados que para cada una de ellas se señalan.

- a) Prestaciones Sanitarias: comprende los servicios médicos de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, así como servicios terapéuticos y farmacéuticos, conducentes a conservar o restablecer la salud en los casos de enfermedad común o profesional, maternidad y accidente cualquiera que fuera su causa.
- b) Autoridad Competente: el o los organismos gubernamentales que en cada País Miembro, conforme a su legislación interna, tengan competencia sobre los regímenes de seguridad social.
- c) Beneficiarios: personas definidas o admitidas como tales de conformidad con la legislación de cada uno de los Países Miembros.

- d) Emergencia médica: aquella alteración del estado de salud, repentina, que pone en riesgo la vida del migrante laboral o de sus beneficiarios y que requiere de atención inmediata.
- e) Urgencia médica: alteración del estado de salud que no pone en primera instancia en riesgo la vida del migrante laboral o de sus beneficiarios, pero que de no recibir atención oportuna puede complicarse o dejar secuelas anatómicas y/o funcionales permanentes y ocasionalmente la muerte.
- f) Institución Competente: los organismos e instituciones que en cada País Miembro se encargan de la administración y supervisión de los regímenes de seguridad social.
- g) Institución de Enlace: entidad de coordinación entre los organismos que intervengan en la aplicación de la presente Decisión. Los Países Miembros designarán y se comunicarán sus respectivas Instituciones de Enlace.
- h) Legislación: leyes, reglamentos y demás disposiciones sobre seguridad social vigentes en el territorio de cada uno de los Países Miembros.
- i) País Miembro: cada uno de los Países que integran la Comunidad Andina.
- j) Período de Seguro: todo período de cotizaciones y/o aportes obligatorios o voluntarios para las prestaciones sanitarias y económicas, reconocido como tal por la legislación bajo la cual se haya cumplido, así como cualquier período considerado por dicha legislación como equivalente a un período de seguro.
- k) Prestaciones económicas: cualquier prestación en efectivo, renta, subsidio o indemnización previstos por las legislaciones, incluido cualquier complemento, suplemento o revalorización, por causa de maternidad, incapacidad temporal, lactancia, jubilación, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, invalidez o muerte.
- l) Migrante Laboral: toda persona que se haya trasladado del territorio de un País Miembro a otro, independientemente de su nacionalidad o de su condición de trabajador dependiente o independiente.
- m) Territorio: ámbito geográfico de aplicación de la legislación nacional en cada uno de los Países Miembros.
- n) País de origen: país de procedencia del migrante laboral.
- o) País receptor: cualquiera de los Países Miembros que acoja a los migrantes laborales.
- p) Seguridad social: sistema de protección social dirigido a los migrantes laborales y sus beneficiarios, cuya cobertura comprende prestaciones sanitarias y prestaciones económicas, financiadas mediante aportes o cotizaciones.
- q) Aportes y/o cotizaciones: aquellas que los migrantes laborales entregan de manera obligatoria o voluntaria para la obtención de prestaciones sanitarias y económicas, bajo las consideraciones contempladas en la legislación aplicable de cada País Miembro.

Los demás términos o expresiones utilizadas en la presente Decisión tienen el significado que les atribuye la legislación aplicable.

TÍTULO II

Ámbito de aplicación personal

Artículo 3.- Las disposiciones de la presente Decisión serán aplicables a los migrantes laborales, así como a sus beneficiarios, que estén en aptitud de ejercer algún derecho en materia de seguridad social, conforme al Título IV.

Todo País Miembro concederá a los migrantes laborales y a sus beneficiarios del resto de Países Miembros, igual trato que a sus nacionales en todas las prestaciones de la seguridad social.

TÍTULO III

Ámbito de aplicación material

Artículo 4.- La presente Decisión será aplicada de conformidad con la legislación de seguridad social general y especial, referente a las prestaciones sanitarias y económicas, existentes en los Países Miembros, en la forma, condiciones, beneficios y extensión aquí establecidas.

Cada País Miembro concederá las prestaciones sanitarias y económicas de acuerdo con su propia legislación. Las normas sobre prescripción y caducidad vigentes en cada País Miembro serán aplicadas según lo dispuesto en este artículo. Asimismo, la presente Decisión se aplicará a la legislación que en el futuro complemente o modifique la enumerada en el apartado precedente.

TÍTULO IV

Determinación de la legislación aplicable

Artículo 5.- El migrante laboral estará sometido a la legislación de seguridad social del País Miembro en cuyo territorio efectúe sus actividad laboral aportes y/o cotizaciones y/o sus aporte y cotizaciones de acuerdo a la legislación del país donde se encuentre.

Artículo 6.- El principio establecido en el artículo anterior tiene las siguientes excepciones:

- a) El personal itinerante al servicio de empresas de transporte aéreo que desempeñe su actividad en el territorio de dos o más Países Miembros, estará sujeto a la legislación del País Miembro en cuyo territorio tenga la empresa su sede principal.
- b) El trabajador por cuenta ajena que ejerza su actividad a bordo de un buque estará sometido a la legislación del País Miembro cuya bandera enarbole el buque.
- c) Los miembros del personal de las Misiones Diplomáticas, de las Oficinas Consulares y los funcionarios de los organismos internacionales se regirán por las normas que les sean aplicables.
- d) Los funcionarios públicos de un País Miembro, distintos a los que se refiere el apartado anterior, que se hallen destinados en el territorio de otro País Miembro, quedarán sometidos a la legislación del País Miembro a la que pertenece la Administración de la que dependen.
- e) El personal administrativo y técnico y los miembros del personal de servicio de las Misiones Diplomáticas y Oficinas Consulares de cada uno de los Países Miembros que sean nacionales del País Miembro acreditante, quedarán sometidos a la legislación de su País, conforme a lo establecido en las Convenciones vigentes sobre el particular.
- f) Las personas enviadas, por uno de los Países Miembros en misiones de cooperación, al territorio de otro País Miembro, quedarán sometidas a la seguridad social del país que las envía, salvo que en los acuerdos de cooperación se disponga otra cosa.

El Reglamento del presente Instrumento mencionará los casos que, en interés de determinados migrantes laborales, se podrán modificar las excepciones previstas en los apartados anteriores.

TÍTULO V

Disposiciones sobre prestaciones sanitarias

Artículo 7.- Las prestaciones sanitarias, incluidas las de emergencia y urgencia médica, serán otorgadas al migrante laboral, así como a sus beneficiarios que se trasladen con él, de conformidad con la legislación del País receptor.

Las prestaciones mencionadas anteriormente podrán ser otorgadas por parte de cualquier otro País Miembro a los beneficiarios que no se trasladen junto con el migrante laboral, con base en los mecanismos previstos en el Reglamento del presente Instrumento.

Las prestaciones sanitarias en el País receptor requeridas por el migrante laboral que continúe realizando sus aportes o cotizaciones en otro País Miembro le serán proporcionadas por el País receptor con cargo a reembolso por parte del País Miembro donde continúe efectuando sus aportes o cotizaciones, de acuerdo al procedimiento establecido en el Reglamento del presente Instrumento y la legislación nacional pertinente.

TÍTULO VI

Totalización de períodos de seguro

Artículo 8.- Los períodos de seguro cotizados por el migrante laboral en un País Miembro se sumarán a los períodos de seguro cotizados en los demás Países Miembros, a fin de asegurar el cumplimiento de las condiciones de acceso para la concesión de las prestaciones sanitarias o económicas, en la forma y en las condiciones establecidas en el Reglamento del presente Instrumento, el que establecerá también los mecanismos de pago de las prestaciones.

En caso que el migrante laboral o sus beneficiarios no hubieran adquirido el derecho a las prestaciones de acuerdo a las disposiciones del primer párrafo de este artículo, le serán también computables los aportes realizados en otro país extracomunitario que hubiera celebrado convenios bilaterales o multilaterales de seguridad social con alguno de los Países Miembros en los que se prevea el cómputo recíproco de períodos de seguro con cualquiera de los Países Miembros donde haya estado asegurado.

Cuando coincida un periodo de seguro obligatorio o legalmente reconocido como tal con un período voluntario o facultativo, se tendrá en cuenta sólo el período de seguro obligatorio o legalmente reconocido como tal.

Los períodos de seguro, aportados o cotizados antes de la vigencia de la presente Decisión serán considerados, cuando sea necesario, para su totalización, siempre que aquéllos no hubieran sido utilizados anteriormente en el reconocimiento de prestaciones económicas en otro País Miembro.

Si para el reconocimiento de las prestaciones sanitarias se exigiera haber cumplido un período previo de cotización, se tendrán en cuenta los períodos establecidos en la legislación de cada País Miembro, previa certificación de la Institución Competente en el país de origen.

TÍTULO VII

Disposiciones aplicables a regímenes de pensiones, de reparto, capitalización individual y mixtos

Artículo 9.- La presente Decisión será aplicable a los migrantes laborales afiliados a un régimen de pensiones de reparto, capitalización individual o mixtos, establecido o por establecerse por alguno de los Países Miembros para la obtención de las prestaciones económicas por vejez o jubilación, invalidez o muerte, de conformidad con la legislación interna de cada País Miembro.

Los Países Miembros que posean regímenes de capitalización individual podrán establecer mecanismos de transferencia de capital acumulado en las cuentas individuales.

En los países en los que existan las administradoras de fondos de pensiones de capitalización individual y las empresas aseguradoras podrán establecer mecanismos de compensación para saldar las cuentas que mantengan entre sí, siempre y cuando no contravengan lo dispuesto por la legislación nacional correspondiente.

TÍTULO VIII

Evaluación de la Incapacidad

Artículo 10.- Los exámenes de salud solicitados por la Institución Competente de un País Miembro, para fines de evaluación de la incapacidad laboral temporal, permanente e invalidez de los migrantes laborales que se encuentren en el territorio de otro País Miembro, serán realizados por la Institución Competente de este último y correrán por cuenta de la Institución Competente que los solicite, de acuerdo al procedimiento establecido en el Reglamento del presente Instrumento y la legislación nacional pertinente.

TÍTULO IX

Disposiciones Finales

Artículo 11.- Las prestaciones económicas serán pagadas por las Instituciones Competentes de los Países Miembros en moneda de curso legal en cualquiera de ellos o en divisas, de acuerdo a la legislación interna de cada País.

Las Instituciones Competentes de los Países Miembros establecerán mecanismos de transferencia de fondos para el pago de las prestaciones económicas del migrante laboral o de sus beneficiarios que residan en el territorio de otro país.

Artículo 12.- Las prestaciones económicas reconocidas de acuerdo con el régimen de uno o de otro País Miembro no serán objeto de reducción, suspensión o extinción, exclusivamente por el hecho de que el migrante laboral o sus beneficiarios residan en otro País Miembro, sin perjuicio de los gastos por transferencia o tributos que ello implique.

Artículo 13.- Los documentos que se requieran para los fines de la presente Decisión no necesitarán visado o legalización de autoridades diplomáticas, consulares, de registro público o autoridad pública

alguna, siempre que se hayan tramitado con la intervención de una Institución Competente o Institución de Enlace, según el procedimiento que establezca el Reglamento de la presente Decisión.

Artículo 14.- Las solicitudes y documentos que inicien o continúen un trámite o procedimiento administrativo, presentados ante la Institución Competente de cualquier País Miembro donde el interesado acredite períodos de seguro, surtirán efecto como si se hubieran presentado ante la Institución Competente correspondiente de los otros Países Miembros.

Artículo 15.- Los recursos que corresponda interponer ante una Autoridad o Institución Competente de cualquier País Miembro donde el interesado acredite períodos de seguro o cotización o tenga su residencia, se tendrán por interpuestos en tiempo hábil, aún cuando se presenten ante la correspondiente Institución del otro País Miembro, siempre que su presentación se efectúe dentro del plazo establecido por la legislación del País Miembro ante el cual deban sustanciarse los recursos.

Artículo 16.- Las disposiciones de la presente Decisión no confieren el derecho a beneficiarse, en virtud de un mismo período de seguro, de varias prestaciones de la misma naturaleza, sin perjuicio de lo dispuesto al efecto por las legislaciones nacionales.

Artículo 17.- La presente Decisión no dará lugar al otorgamiento de prestaciones sanitarias y económicas generadas con anterioridad a la fecha de su entrada en vigor.

Artículo 18.- Se crea el Comité Andino de Autoridades en Seguridad Social, cuya composición será definida por el Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores mediante Decisión, a propuesta del Consejo Asesor de Ministros de Trabajo de la Comunidad Andina, y que tendrá las siguientes funciones principales:

- a) Coadyuvar a la aplicación de la presente Decisión, de su Reglamento Administrativo y demás instrumentos complementarios;
- b) Asesorar a las Autoridades Competentes y emitir opinión técnica no vinculante sobre los temas referidos al «Instrumento Andino de Seguridad Social» ante el Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores, la Comisión o la Secretaría General de la Comunidad Andina;
- c) Proponer las eventuales modificaciones, ampliaciones y normas complementarias del presente «Instrumento Andino de Seguridad Social»;
- d) Facilitar criterios técnicos que permitan superar las eventuales discrepancias que pudiesen surgir sobre la interpretación o aplicación de la presente Decisión. No obstante, de persistir las mismas, se podrá recurrir a los mecanismos previstos en el Tratado del Tribunal de Justicia de la Comunidad Andina.

El Comité se reunirá al menos una vez por año, o cuando lo solicite su Presidencia, el Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores, la Secretaría General de la Comunidad Andina, o, por lo menos, dos Países Miembros.

El Comité actuará de conformidad con lo dispuesto en la normativa comunitaria aplicable, incluyendo lo previsto en el Reglamento de la Comisión de la Comunidad Andina.

Artículo 19.- Las controversias que puedan surgir entre los migrantes laborales, sus beneficiarios o las Instituciones Competentes por la aplicación de la presente Decisión, se tramitarán de conformidad con lo establecido por la legislación correspondiente del País receptor.

Conforme a lo dispuesto en el Tratado del Tribunal de Justicia de la Comunidad Andina, las Instituciones Competentes, por derecho propio o a solicitud de los particulares interesados, podrán acudir directamente ante la Secretaría General de la Comunidad Andina, con el fin de poner en su conocimiento los casos de incumplimiento de las normas previstas en la presente Decisión.

Artículo 20.- Las Autoridades Competentes de los Países Miembros, con el apoyo del Comité Andino de Autoridades en Seguridad Social, efectuarán entre sí las coordinaciones necesarias para la efectiva aplicación de esta Decisión.

Artículo 21.- Los Países Miembros, y en particular las empresas bajo el régimen de capitalización individual, podrán suscribir acuerdos de cooperación en materia de seguridad social que faciliten el cumplimiento de lo dispuesto en la presente Decisión.

Artículo 22.- Los Países Miembros se obligan a adoptar las medidas que sean necesarias para asegurar el cumplimiento de la presente Decisión.

Artículo 23.- La presente Decisión deroga a las Decisiones 113, mediante la cual se aprobó el «Instrumento Andino de Seguridad Social», y 148, mediante la cual se aprobó el «Reglamento del Instrumento Andino de Seguridad Social» y entrará en vigencia a partir de su publicación en la Gaceta Oficial del Acuerdo de Cartagena.

Disposiciones Transitorias

Primera: La presente Decisión será aplicada de conformidad con las disposiciones de su Reglamento, el cual será aprobado a más tardar 6 meses después de su adopción, mediante Resolución de la Secretaría General de la Comunidad Andina, previa opinión del Consejo Asesor de Ministros de Trabajo y del Comité Andino de Autoridades en Seguridad Social, y en consulta con el Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores.

Segunda: En el caso específico de la República Bolivariana de Venezuela y de sus nacionales, la presente Decisión se aplicará:

1. A más tardar el 31 de diciembre de 2006, tratándose de los migrantes laborales que ya se encuentren en territorio venezolano para tal fecha;
2. Con sujeción al cumplimiento del programa de liberalización especial para su caso aprobado en las disposiciones transitorias del Instrumento Andino de Migración Laboral, cuando se trate de los migrantes laborales que migren a territorio venezolano con posterioridad a la entrada en vigor de la presente Decisión.

Dada en Quirama, Antioquia, Colombia, a los veinticinco días del mes de junio de dos mil tres.

CUADRO 1

Países Andinos: Asalariados que cotizan
en la seguridad social, 1990 - 2000

Países	Años	Sexo	Total
Región Andina	1998	Total	50.7
		Hombre	49.3
		Mujer	42.6
Colombia	1990	Total	62.6
		Hombre	60.4
		Mujer	66.1
	1998	Total	67.1
		Hombre	65.4
		Mujer	69.2
	2000 ^a	Total	66.1
		Hombre	65.8
		Mujer	66.4
Ecuador	1990	Total	55.1
		Hombre	55.5
		Mujer	54.2
	1998	Total	46.6
		Hombre	44.9
		Mujer	49.5
	2000 ^a	Total	39.2
		Hombre	38.3
Perú ^b	1990	Total	53.6
		Hombre	55.1
		Mujer	51.0
	1995 ^a	Total	55.1
		Hombre	54.7
		Mujer	55.9
	1998	Total	42.6
		Hombre	42.8
		Mujer	42.1
	2000 ^a	Total	50.0
		Hombre	51.0
		Mujer	48.5

Venezuela	1990	Total	55.4
		Hombre	53.7
		Mujer	58.4
	1995 ^a	Total	70.6
		Hombre	64.9
		Mujer	81.7
	1998	Total	47.3
		Hombre	45.8
		Mujer	49.6
	2000 ^b	Total	69.9
		Hombre	66.9
		Mujer	74.5

Fuente: Panorama Laboral 1999, cuadro 7-a. P. 63, 64
a Panorama Laboral 2001 - b Corresponde a Lima Metropolitana.

CUADRO 2

CUADRO DE RATIFICACION DE LOS PRINCIPALES CONVENIOS DE LA ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT) EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL POR LOS PAISES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA

Países	Principales Convenios OIT en materia de Seguridad Social				
	N° 102 (a)	N° 121 (b)	N°128 (c)	N° 130 (d)	N° 157 (e)
Bolivia	X	X	X	X	
Colombia					
Ecuador	X	X	X	X	
Perú	X				
Venezuela	X	X	X	X	

X = Ratificado

- (a) Convenio sobre la Seguridad Social, 1952.
- (b) Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, 1964.
- (c) Convenio sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes, 1967.
- (d) Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969.
- (e) Convenio sobre la conservación de derechos en materia de seguridad social, 1982.

CUADRO 3

Tipo de régimen de seguridad social. Hasta el año 2001

Países	¿Realizó reforma estructural?	Tipo de reforma	Año de la reforma
Bolivia	Sí	Sustitutivo	1996
Colombia	Sí	Paralelo	1993
Ecuador	No		
Perú	Sí	Paralelo	1997
Venezuela	No		

Fuente: Elaborado en base a información de la Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS).