

Pensamiento neoliberal y financiamiento de la seguridad social en Chile 1981-2023

Neoliberal thinking and social security finance in Chile, 1981-2023

Andras Uthoff*

Integrante del Consejo Consultivo Previsional

RESUMEN

La irrupción del pensamiento neoliberal en las reformas al financiamiento de la seguridad social en Chile ha sido tremendamente aleccionadora. Hizo transparente la dificultad de conciliar su racionalidad económica, con aquella racionalidad ética de la seguridad social. Así lo demuestran los resultados que, en calidad de terceros agentes, han tenido las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFPs) en el área de las pensiones y, las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) en el tema de la salud. Bajo la racionalidad económica del modelo neoliberal en el cumplimiento de sus funciones de protección, de agente y de acceso, las AFP terminaron segmentando a los pensionados según su capacidad individual de ahorro, y las ISAPRES descremando a los afiliados según riesgos, ingreso, edad y género.

A la postre se generaron dos industrias altamente lucrativas que reponen su capital en breve tiempo, pero a la vez excluyen de protección en salud y pensiones a más del 80 % de la población. Lejos del logro del acceso universal asequible a beneficios dignos, como lo sugiere la función de la Seguridad Social.

Paradójicamente, la experiencia neoliberal chilena en el plano de la Seguridad Social nos enseña que solo se sustenta si el Estado se hace cargo de ofrecer un piso básico de protección social al 80 % de la población. Neoliberalismo para unos pocos ya privilegiados y un piso de protección para el resto.

Palabras clave: Seguridad Social, Financiamiento de políticas sociales, Pensamiento neoliberal, Organización industrial, Economía de la Salud, Sistemas de Pensiones.

ABSTRACT

The irruption of neoliberal thinking on the financing of Social Security reforms in Chile, has been significantly sobering. It made totally clear that, reconciling neoliberal economic rationality with social security ethical rationality, is hard to meet.

This is shown by the results obtained in their capacity of third agents by both, the individual saving account managers (AFP - Administradoras de Fondos de Pensiones) in the field of retirement income and the individual health insurance (ISAPRES -

*andrasut@gmail.com

instituciones de Salud Previsional) in the case of health. Under the economic rationale of the neoliberal model when performing their threefold functions (protection, agent and access), the AFP ended cream skimming the old age population by their individual savings capacity and the ISAPRES the whole population, by risks, income and gender.

At last, the neoliberal experience on social security in Chile, ended creating two powerful and profitable industries, capable of recovering their capital in few years, but excluding more than 80 % of their target population. Far from allowing universal and asequible access to dignified benefits, as its expected from Social Security.

Paradoxically, the neoliberal experience in Social Security in Chile teaches us, that it is only feasible if the State remains in charge of financing and providing a minimum floor of social protection for 80 % of the population. Neoliberalism for a few already wealthy and State supported minimum floor for the large majority.

Keywords: Social Security, Social Policy Financing, Neoliberal Thinking, Industrial Organization, Health Economics, Pension Systems

INTRODUCCIÓN

La Seguridad Social es un mecanismo de protección de una sociedad. Se guía bajo principios con el objeto de proporcionar acceso a todos sus ciudadanos a la prevención, mitigación y el reparo de las consecuencias de riesgos que se pueden experimentar a lo largo de su ciclo de vida. Forma parte de las políticas públicas de protección social. Como tal requiere de un cuidadoso diseño de actividades que pueden ser realizadas por un servicio estatal, o delegadas a instituciones privadas o mixtas, provisto cumplan con su marco normativo.

Su diseño varía según los riesgos que se deseen cubrir, los ciudadanos que se desea proteger, las fuentes para financiar sus costos, la forma de gestionar ese financiamiento y el carácter público y/o privado de su gestión.

Este trabajo ilustra las luces y sombras de las transformaciones a la seguridad social en salud y pensiones en Chile durante los 50 años desde el golpe militar en Chile. En concreto describe las dificultades que el pensamiento neoliberal tiene para elaborar contratos que logren la conciliación entre las racionalidades económicas del mercado y aquellas morales de la seguridad social.

ORÍGENES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La seguridad social surge en Alemania en 1883 a raíz de la preocupación de su canciller Otto von Bismarck¹ por el bienestar de los trabajadores y sus familias. Su diseño se ocupa de asegurar que los trabajadores puedan acceder a la atención sanitaria necesaria a través de organizaciones privadas. Establece como obligatorio que, tanto empresarios como trabajadores paguen cuotas que van directamente a las empresas que gestionan los servicios médicos. Se crea así un seguro colectivo, acotado para trabajadores dependientes, quienes junto a sus empleadores pagan una prima, que permite a los proveedores privados financiar el costo de los servicios de salud que proveen para estos trabajadores. El riesgo queda limitado a la pérdida de ingreso por temas de salud, la cobertura es solo para los trabajadores que cotizan (dependientes) y sus familias, el

financiamiento proviene de cotizaciones (primas) aportadas por trabajadores y empleadores, el financiamiento se gestiona como un seguro colectivo (acceso de todos los afiliados a un plan único de salud), y se utiliza para financiar proveedores privados de prevención y atención sanitaria.

Su principal modificación ocurre en 1942 a raíz de la necesidad en Inglaterra de expandir la cobertura de los servicios de salud cubiertos por el Plan de Seguridad Social. William Henry Beveridge, es encargado por el gobierno para esa tarea y uno de los responsables de la creación de los planes sociales avanzados en beneficio de la ciudadanía. Su informe, *Social Insurance and Allied Services*² (conocido como el “Primer informe Beveridge”), proporcionó las bases teóricas de reflexión para la instauración del Estado de Bienestar por parte del gobierno laborista posterior a la Segunda Guerra Mundial. Si bien se ocupó del acceso a otros riesgos, privilegió siempre el financiamiento provisto por el Estado, para cubrir a todos los ciudadanos. Con relación a los riesgos vinculados a los servicios de salud la gestión financiera se realiza en la elaboración del presupuesto de la nación y los servicios son provistos por el National Health Service (Servicio Nacional de Salud). Por lo tanto, la cobertura universal es proporcionada por el gobierno dado que la salud es considerada un derecho humano, cualquier ciudadano tiene cobertura y acceso a la atención médica, el financiamiento proviene y se gestiona mediante el presupuesto de la nación, y la provisión mediante el Servicio Nacional de Salud, es pública.

Posteriormente, con la Declaración Universal de los Derechos Humanos³, se amplía el universo de riesgos cuya prevención y mejora deben ser consideradas como derechos humanos básicos. Como consecuencia, la seguridad social paso a tener como finalidad *“garantizar el derecho de la ciudadanía (individuos y los hogares) de acceder a la prevención en salud, la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en casos de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia”*.

LA IMPORTANCIA DE LA EXPERIENCIA CHILENA EN EL DEBATE SOBRE SEGURIDAD SOCIAL A PARTIR DE 1973

Previo a 1973, el diseño de la Seguridad Social en Chile se encontraba altamente diseminado en una variedad de instituciones, con modelos híbridos (seguros y transferencias del Estado) y que cubrían múltiples riesgos. Denominadas Cajas de Previsión, estas recaudaban contribuciones de trabajadores y empleadores para financiar la prevención y la reparación de las consecuencias de un conjunto de riesgos a que sus afiliados estaban expuestos. El Estado disponía de servicios estatales para los ciudadanos que no disponían de esta cobertura. Sin embargo, los planes de cada Caja incluían acciones que implicaban diferentes formas de gestión de riesgos, y cuando las cajas experimentaban déficits, requerían de aportes estatales para su financiamiento (Arellano, 1988).

Con la irrupción del gobierno militar en 1973 y la posterior captura de su diseño de políticas por los economistas neoliberales, se reabrió el debate acerca de los roles y ventajas del mercado, tema que también permeó a la seguridad social. Se comenzó cuestionando la gestión financiera conjunta de riesgos a través de múltiples Cajas y la creciente necesidad de recursos del Estado para su financiamiento. Se argumentó que en un diseño con múltiples Cajas operando con diferentes reglas y una gestión financiera de prima media escalonada surgían a lo menos siete problemas que afectaban el desarrollo del país: (I) se reforzaba la segmentación del mercado limitando la movilidad de la mano de obra entre alternativas ocupacionales afiliadas a distintas Cajas; (II) se generaban déficits por causa de que su financiamiento se obtenía de un pequeño número de trabajadores formales y la gestión se hacía por el mecanismo de reparto (presupuesto) y la garantía de beneficios (beneficios definidos); (III) se acentuaban aún más estas tendencias deficitarias debido a la fuerte evasión y elusión de las contribuciones al sistema y las presiones demográficas; (IV) se acentuaban también por cuanto se invertían mal las reservas de las diferentes Cajas ya que no eran protegidos del riesgo político de utilizarlos con propósitos ajenos a su inversión financiera a largo plazo; (V) se limitaba la expansión de la

cobertura total del sistema contributivo, debido a la dificultad de una mayoría de trabajadores de cumplir con las cada vez más exigentes condiciones de elegibilidad; (VI) se desincentivaba la participación del sistema al existir una débil vinculación entre los beneficios que se reciben en calidad de pensionado y las contribuciones efectuadas durante la vida activa del afiliado, y (VII) se consideraban a los gastos de administración como altos e ineficientes debido a que estos debían replicarse en cada Caja (Uthoff, 1995).

No fue sino hasta 1981 que, a través de los Decreto con Fuerza de Ley 3⁴ y el Decreto Ley 3500⁵, se reforma el sistema con el propósito de superar esos problemas. Dentro de la lógica neoliberal se separan los riesgos de salud (Ministerio de Salud, 1981) y de pensiones (MTPS 1980) y se reincorpora el rol del sector privado en la gestión de la provisión de servicios para prevenir y remediar sus consecuencias. Los decretos establecen un diseño basado en una serie de contratos entre privados, donde el mercado y la justicia asumen un rol fundamental para el arbitraje, a la vez que responsabilizan al ciudadano por su éxito o fracaso en la protección suya y de su familia ante los riesgos del ciclo de vida.

Ambos decretos se ocupan de crear las condiciones de mercado para los contratos. Establecen diseños separados según el tipo de riesgo, siendo fundamentales aquellos de reponer ingresos: (I) en los casos de vejez, invalidez y muerte (sistema de pensiones); y (II) en los casos de problemas de salud (sistema de salud). Establece las condiciones de oferta y demanda entre los ciudadanos y los administradores privados de los instrumentos específicos que se utilizaran para los diferentes riesgos, y también establece las condiciones de regulación de la industria de instituciones de salud previsual (ISAPRES) y de la industria de administradores de fondos de pensiones (AFPs). En esta óptica, se crean superintendencias encargadas de regular y supervisar dos industrias: (I) aquella de las instituciones de salud previsual; y, (II) aquellas de las administradoras de fondos de pensiones. Este énfasis en la organización industrial de ISAPRES y AFPs, generó un descuido del propósito de la seguridad social. Asumía que la sola regulación y supervisión de la competencia entre ellas, aseguraría el acceso asequible universal de sus afiliados a beneficios dignos.

En particular, la reforma de pensiones permitió, bajo condiciones muy especiales⁶, transferir la casi totalidad del ahorro previsional al mercado financiero, permitiendo aumentar su profundidad y desarrollo. Con esa evidencia empírica, los organismos internacionales (Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial, Banco Interamericano para el desarrollo) promovieron en los años noventa y como condicionalidad de los programas de ajuste al pago de la crisis de la deuda, reformas estructurales en los países de América Latina y en las economías de transición de Europa Oriental.

Durante los diez últimos años del régimen militar y los primeros quince años del retorno a la democracia, periodo que comprende desde 1981 a 2006, el diseño chileno de seguridad social ha sido utilizado como evidencia por parte de la revolución neoliberal para atacar la visión de los Estados de Bienestar que impulsaban regímenes de protección social extensiva y universal. Sin embargo, las dificultades de los países en democracia, por crear las condiciones macroeconómicas y políticas para realizar una transición similar a Chile, hicieron fracasar la mayoría de estas experiencias. Según el Departamento de Protección social de la Organización Internacional del Trabajo, entre 1981 y 2014, treinta países privatizaron total o parcialmente sus sistemas de pensiones públicas obligatorias; en 2018, dieciocho países habían revertido las privatizaciones⁷.

El fracaso de los sistemas de pensiones privadas obligatorias para mejorar la seguridad de ingresos en la vejez a causa de su bajo desempeño en términos de cobertura, niveles de beneficios, costos administrativos, costos de transición, e impactos sociales y fiscales negativos, entre otros, reabrió el debate entre el enfoque de derechos del Estado de Bienestar, y aquel de contratos del mercado en el diseño de la Seguridad Social. Este debate se ha tomado el escenario para la definición de políticas y reformas. Un debate importante toda vez que existe evidencia en varios países de las negativas consecuencias políticas y del daño económico de los malos diseños de la seguridad social.

Lo importante en este debate es el surgimiento de políticas que han fortalecido y adaptado al Estado de bienestar para hacerse cargo de los crecientes desafíos económicos, sociales y ambientales del mundo actual y del futuro.

MERCADO Y SEGURIDAD SOCIAL EN CHILE 1981- 2023

El auge y la caída del reconocimiento internacional a las reformas realizadas en seguimiento a la revolución neoliberal en Chile debieran ser motivo para rescatar la claridad moral y económica con que se deben diseñar las políticas para los desafíos del siglo XXI, en particular aquellas de seguridad social. Existe evidencia que en el ámbito de las políticas sociales los mercados fallan y la regulación apropiada para corregirlas es difícil de alcanzar. Para el logro de la seguridad social inclusiva, los países con economías en desarrollo y sociedades muy desiguales como la chilena y otras requieren de una mente abierta y dejar de lado los ideologismos para satisfacer los requerimientos de un enfoque de derecho.

Desde esta perspectiva es importante analizar la experiencia chilena con detención. La decisión de delegar en un tercer agente (las ISAPRES en el caso de salud y las AFP en el caso de pensiones), la responsabilidad del Estado por la seguridad social implica preguntarse tres cosas:

(1) ¿cómo es la estructura del mercado para la compra de servicios de salud, y para el financiamiento de las pensiones?;

(2) ¿cuál es la racionalidad con que operan estos agentes en esos mercados?;

(3) ¿están dadas las condiciones para que con los contratos en esos mercados supuestamente “competitivos” se logre el acceso universal y asequible de la ciudadanía a los servicios de salud y a las pensiones en forma digna?

Un cuidadoso análisis de las respuestas a cada una de estas interrogantes permite comprender que la racionalidad moral de la seguridad social no es compatible con la racionalidad económica de mercados competitivos en estas áreas. Los diseños de los sistemas deben superar estas incompatibilidades.

EL CASO DE LAS ISAPRES

En el caso de los riesgos asociados a enfermedades y cuidados de salud, el método en torno al cual organizar los contratos es el seguro. Un seguro es una forma de protección que se ofrece a los ciudadanos

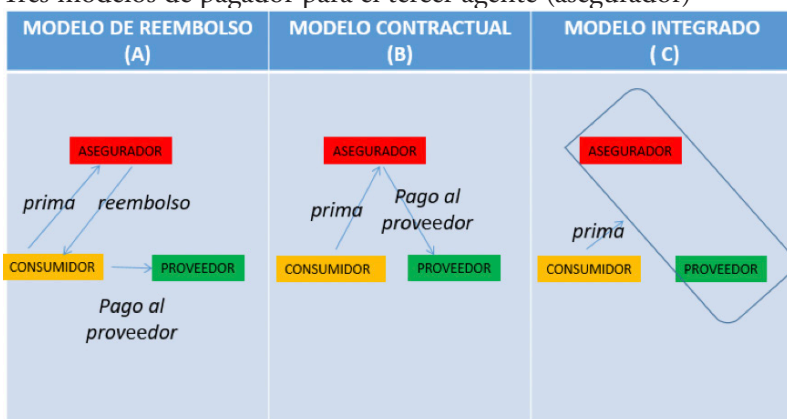
contra el riesgo (pérdida de ingreso por razones sanitarias) mediante un mecanismo actuarial (método) que puede ser organizado por el patrocinador (el Estado). En este caso hablamos de un seguro de salud, que es la forma de organizar la protección ante privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por enfermedades y necesidades médicas. Habitualmente está asociado a una prima o cotización.

En el caso chileno y por el DL 3 de 1981, el Estado ha creado la figura de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) como terceros agentes para organizar su funcionamiento. Estas deben intermediar entre los ciudadanos y los prestadores de servicios por enfermedades y necesidades médicas. Su objetivo: promover el acceso asequible de toda la ciudadanía a los servicios de los prestadores.

Las diferentes formas de relacionarse económica y financieramente entre los ciudadanos, los aseguradores y los proveedores son muy diversas. Tres de ellas aparecen en el Gráfico 1. Las tres existen en Chile. El modelo de reembolso donde el asegurador permite que el afiliado pague al proveedor y luego este le reembolsa; el modelo contractual donde es la propia aseguradora que paga al proveedor; y el modelo integrado, donde el asegurador y proveedor son la misma agencia y comparten presupuesto.

Gráfico 1

Tres modelos de pagador para el tercer agente (asegurador)



Fuente: Elaborado por autor a partir de apuntes de van der Veen

Desde una perspectiva económica y en cualquiera de las estructuras, el asegurador debe cumplir tres funciones fundamentales⁸. En primer lugar, aquella de aseguramiento, ofreciendo protección a los afiliados ante la eventualidad de pérdidas de ingreso por enfermedades y necesidades médicas. En segundo lugar, aquella de agencia para reducir posibles comportamientos oportunistas, como el riesgo moral que implica que una de las partes busque su propio beneficio a costa de que la otra no pueda observar o estar informada de su conducta (e, g, cobrar sobre precios por los servicios). En esa función el asegurador debiera proveer de información acerca del cuidado de la salud, que prevengan acciones que conducen a mayores gastos. Igualmente puede comprar en forma prudente servicios de cuidado de salud en representación del paciente. Finalmente, aquella función de acceso que se relaciona con garantizar la provisión de servicios de salud dignos para todos.

En cada caso, la racionalidad del asegurador en el cumplimiento de estas tres funciones se desarrolla en un contexto con tres características. La exposición de los ciudadanos a riesgos e incertidumbre, es decir, a la eventual pérdida de bienestar a causa de mermas en el ingreso como consecuencia de un hecho fortuito (incierto) ocasionadas por enfermedades y necesidades médicas. La existencia de asimetría de información entre los agentes y la cual ocurre cuando dentro de una negociación de un contrato uno de los partícipes tiene mayor conocimiento que su contraparte respecto al objeto de la transacción. Y, la existencia también de externalidades por el hecho de existir preferencias altruistas, enfermedades contagiosas, y la búsqueda de paz social como objetivos en el área de salud.

Entro de esta lógica neoliberal y contexto el gobierno militar opto por un nuevo diseño de la seguridad social. Por el lado de la oferta creo como tercer agente a instituciones que ofrecen seguros privados e individuales de salud (las ISAPRES). Por el lado de la demanda obligó al ciudadano a comprar un seguro mediante el pago de una prima a lo menos igual al 7 % de su ingreso laboral. De esta forma, el asegurador le vende por ese pago (o prima) un Plan de

salud a través del cual se determina la forma como el asegurado y sus familiares pueden acceder a los proveedores privados de salud. El diseño asume que una industria competitiva de instituciones de salud previsional generaría las condiciones de eficiencia y equidad para que todos accedieran a un Plan digno de salud.

Sin embargo, lejos de generarse tales condiciones, y en ausencia de una regulación apropiada, la industria de ISAPRES estuvo expuesta con la misma fuerza a incentivos para tener mayores ganancias realizando un descreme entre los ciudadanos. Primero implementaron la clasificación de riesgos, ajustando la prima de cada plan según el riesgo individual y, lejos de ofrecer un solo Plan de Salud, ofrecieron más de 40.000 planes cuyas coberturas variaban según la capacidad de pago del afiliado determinado por el 7 % de su ingreso laboral. Segundo, implementaron la segmentación de riesgos, ajustando el plan para atraer solo a determinados grupos de riesgo y cobrarles una prima en conformidad. Tercero, realizaron la selección de riesgos, afiliando exclusivamente a quienes cuyos riesgos se ajustan al Plan.

La fuerza de los incentivos al descreme ha impedido el acceso universal asequible a prestaciones de salud dignas y ha hecho fracasar el diseño neoliberal. La evidencia (ver Gráfico 2, Cuadros 1 y 2) es que la simple promoción de un mercado competitivo de aseguradores de salud, sin la adecuada regulación ha generado una tendencia al descreme, alejándose de las condiciones de eficiencia y equidad necesarias para cumplir con el objetivo de la seguridad social. Al discriminar entre sus ciudadanos el acceso a los servicios de salud, Chile enfrenta un serio problema de paz social. Este aspecto de equidad se relaciona con la justicia, constituyendo un tema de debate en la sociedad debido a sus connotaciones subjetivas y morales.

De hecho, el Estado ha debido venir en apoyo de la ciudadanía mediante un Fondo Nacional de Salud (FONASA), y hoy se reconocen cuatro categorías de ciudadanos atendidos por la modalidad FONASA (Véase Gráfico 2).

(I) Los ciudadanos que acceden vía Tramo A son personas carentes de recursos y causantes de subsidio familiar (Ley 18.020). Su plan considera Copago Cero en las atenciones de salud en la Red Pública en la Modalidad de Atención Institucional (MAI) y no tienen acceso a compra de bonos, pues son carentes de recursos.

(II) Los ciudadanos que acceden vía Tramo B, son personas que perciben un ingreso imponible mensual menor o igual a \$440.000. Su Plan considera copago cero en las atenciones de salud en la Red Pública en la Modalidad de Atención Institucional (MAI); y acceden a la compra de bonos en establecimientos privados en convenio con FONASA (Modalidad Libre Elección/MLE)

(III) Los ciudadanos que acceden vía Tramo C,⁹ son personas que perciben un ingreso imponible mensual mayor a \$440.000.- y menor o igual a \$642.400. Su Plan considera Copago Cero en las atenciones de salud en la Red Pública en la Modalidad de Atención Institucional (MAI) y acceso a compra de bonos en establecimientos privados en convenio con FONASA (Modalidad Libre Elección/MLE)

(IV) Los ciudadanos que acceden vía Tramo D¹⁰, son personas que perciben Personas que perciben un ingreso imponible mensual mayor a \$642.400. Su plan considera Cero en las atenciones de salud en la Red Pública en la Modalidad de Atención Institucional (MAI); y acceso a compra de bonos en establecimientos privados en convenio con FONASA (Modalidad Libre Elección/MLE)

Gráfico 2
Modelo dual chileno

SISTEMA PUBLICO	SEGURIDAD SOCIAL CONTRIBUTIVA		SISTEMA PRIVADO	OTROS
	ALTO RIESGO (SEGÚN FACTORES DE EDAD SEXO INGRESO Y MORBILIDAD)	BAJO RIESGO (SEGÚN FACTORES DE EDAD SEXO INGRESO Y MORBILIDAD)	PERSONAS CON RECURSO Y SIN SEGURO	F.F.A.A. y del orden Ninguno (particular) Otro Sistema No sabe
FONASA		ISAPRES		
A Sin ingresos: Beneficiarios de Pensiones, Asistencias y Cuentas	B hasta \$ 440.000.-	C Desde \$ 440.000 y hasta \$ 642.000.-	D Desde \$ 642.000	MAS DE 43000 PLANES DIFERENCIADOS Y DIFICILES DE COMPARAR
Beneficiarios TRAMO A	3.061.800	(19,61%)		
Beneficiarios TRAMO B	6.155.357	(3,42%)		
Beneficiarios TRAMO C	2.544.949	(16,30%)		
Beneficiarios TRAMO D	3.851.478	(24,67%)		

Fuente elaborado por el autor

Bajo un mercado de ISAPRES, supuestamente competitivo, pero mal regulado, el descreme producto de la selección de riesgos ha generado la necesidad de un mayor aseguramiento público. El Cuadro 1 ilustra cómo esta situación se vio acentuada durante los años de pandemia y, sin embargo, persiste posterior a ella. Los afiliados a ISAPRES y otros se han trasladado al sistema público (FONASA). Los mayores aumentos de beneficiarios de FONASA se han visto en los Tramos B (por mejoras en la situación de pobreza extrema) y D (por traslado desde ISAPRES y Otros).

Esta tendencia hace transparente la necesidad de recursos públicos para mejorar la cobertura a los servicios de salud. FONASA, se financia con una combinación de recursos provenientes de un aporte fiscal y las cotizaciones correspondientes al 7 % del ingreso imponible de los trabajadores afiliados.

Cuadro 1
Número de beneficiarios según sistema de aseguramiento

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Sistema															
ISAPRES															
Abiertas	2.667.087	2.663.463	2.715.809	2.818.597	2.961.070	3.104.957	3.211.101	3.314.427	3.334.530	3.302.824	3.315.906	3.345.512	3.255.847	3.249.997	3.076.622
Cerradas	113.309	113.109	109.809	107.376	103.649	101.355	97.826	96.060	93.135	90.838	88.990	85.614	83.379	80.257	75.263
Total	2780396	2776572	2825618	2925973	3064719	3206312	3308927	3410487	3427665	3393662	3404896	3.431.126	3.339.226	3.330.254	3.151.885
Sistema															
17	16	16	16	17	17	18	18	19	19	18	18	18	17	17	16
FONASA															
Tramo A	3.860.964	4.295.202	4.543.228	3.896.333	3.232.924	3.195.979	3.296.208	3.271.448	3.253.065	3.305.849	3.398.467	3.272.101	3.108.099	2.999.241	3061800
Tramo B	4.073.877	3.975.419	4.101.041	4.906.318	4.746.623	4.863.373	4.746.623	4.242.317	4.546.228	4.595.737	5.015.793	5.261.006	5.921.159	6.001.917	6153557
Tramo C	2.063.197	2.044.919	2.234.282	2.239.772	2.308.190	2.307.435	2.340.025	2.090.189	2.090.189	2.653.641	2.296.457	2.408.784	2.490.305	2.370.547	2544949
Tramo D	2.071.950	2.167.940	2.971.097	2.998.068	3.083.647	3.117.759	3.402.394	3.709.207	3.371.248	3.531.938	3.899.086	3.622.965	3.622.965	3.862.109	3851478
Total	12248257	12504226	12731506	13202753	13377082	13451188	13468265	13256173	13598639	13926475	14242655	14.841.577	15.142.528	15.233.814	15613584
FONASA	73	74	74	76	76	76	75	73	74	75	75	77	78	78	80
Otros															
Total	1753157	1690657	1603711	1221437	1096388	1067817	1133539	1432486	1256596,5	1265161,5	1281759,5	933985	912187	1028359	849569
Otros	10	10	9	7	6	6	6	8	7	7	7	5	5	5	4
Población	16781810	16971455	17160835	17350163	17538189	17725317	17912731	18099146	18282900,5	18585298,5	18929310,5	19.206.688	19.393.941	19.592.428	19.615.038
Total															

Según el Cuadro 2 los ingresos el año 2022 fueron de MM\$ 11.819.554 correspondientes a 4,3% del PIB de 2022¹¹. De este total percibido, el 80% corresponde a aporte fiscal; un 17% a la recaudación de cotizaciones; y el 3% de otras fuentes de financiamiento (Fondo Tratamiento de Alto Costo, CAPREDENA, Sistema de Protección a la Infancia, recuperación préstamos médicos, entre otros). El aporte fiscal directo a FONASA representa un 2,8 % del PIB chileno.

Los ingresos de 2022 mostraron un crecimiento de M\$1.629.127.702 respecto al volumen de recursos establecidos inicialmente en la Ley de Presupuestos 2022; principalmente producto del aumento del aporte fiscal y del monto de cotizaciones recaudadas.

Cuadro 2
Financiamiento de FONASA en 2022

	Presupuesto Inicial 2022	Presupuesto Vigente a octubre 2022	Ejecución acumulada a octubre 2022	Presupuesto Vigente a diciembre 2022	Ejecución acumulada a diciembre 2022
Aporte Fiscal	7.599.228.239	9.756.094.413	7.829.780.632	10.489.327.158	9.422.424.477
Cotizaciones	1.693.027.138	1.169.853.799	1.680.565.749	1.169.853.799	2.036.863.153
Otros	898.171.477	524.068.584	301.434.095	521.885.458	360.266.926
Total (1)	10.190.426.854	11.450.016.796	9.811.780.476	12.181.066.415	11.819.554.556

Fuente: División Gestión Financiera Fonasa.

Nota 1: Incluye Programa 50.

Luego de cuarenta años de funcionamiento bajo el esquema neoliberal, donde las ISAPRES actúan como terceros agentes, el sistema lejos de establecer un **modelo único** se ha desarrollado como un **modelo dual**. Precisa de un fondo público para quienes no acceden al sistema privado por ser desplazados por ingreso y riesgos. Menos del 20 % de la población está cubierta por el sistema de ISAPRES mientras que cerca de 75 % accede a los servicios de salud, mediante el Fondo Nacional de Salud (FONASA).

EL CASO DE LAS AFP.

En este caso el método en torno al cual organizar los contratos es el ahorro. Un ahorro es la parte que no se usa en el consumo del dinero

que ingresa, es la porción que no se gasta y que se acumula para la eventualidad de un gasto excepcional. Se realiza exclusivamente para la protección que se ofrece a los ciudadanos contra el riesgo/ evento (pérdida de ingreso por razones de vejez, invalidez y sobrevivencia) mediante un mecanismo actuarial (método) que puede ser organizado por el patrocinador (el Estado). Es un ahorro previsional, la forma de organizar el ahorro para el objetivo exclusivo de la protección ante privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por vejez, invalidez y sobrevivencia al receptor principal de ingreso. Habitualmente está asociado a una cuota o cotización. Puede realizarse en las formas de un contrato individual o colectivo.

En el caso chileno y por el DL 3500 de 1980, el Estado ha creado las AFP como terceros agentes para organizar su funcionamiento. Ellos actúan entre los ciudadanos y las instituciones de intermediación financiera con el objetivo de promover el acceso asequible, de toda la ciudadanía, a un nivel de ahorro y su capitalización suficiente para autofinanciar una pensión digna. Pero mediante contratos de ahorro individuales.

Las formas como los ciudadanos, los administradores de fondos y las instituciones de intermediación financieras se relacionan económica y financieramente, son dos (Gráfico 3). En ambos, el administrador transfiere al afiliado los riesgos de lagunas previsionales y financieros en la fase de acumulación. Sin embargo, en el modelo de renta vitalicia permite que se entienda con los intermediadores financieros para la determinación de una pensión para toda la vida en la fase de des acumulación luego de pensionado, transfiriéndoles los riesgos de sobrevivencia y financieros al intermediario financiero. En el modelo de retiro programado, en cambio, el afiliado opta por asumir los riesgos de longevidad y financieros manteniendo sus ahorros con el administrador.

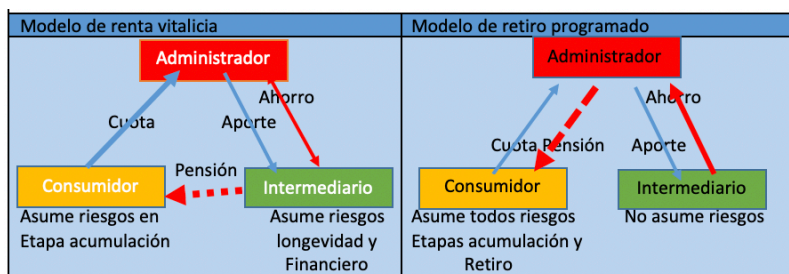
En este mercado, el administrador también cumple tres funciones fundamentales¹². En primer lugar, aquellas de resguardo y capitalización del ahorro, ofreciendo un mecanismo de acumulación de ahorro de los afiliados ante la eventualidad de pérdidas de ingreso

por invalidez¹³, vejez y sobrevivencia del perceptor principal de ingresos. En segundo lugar, las funciones de agencia para reducir posibles comportamientos oportunistas, proveer información acerca de la importancia del ahorro previsional, y realizar la inversión en forma prudente de los fondos de pensiones en representación del afiliado. Finalmente, aquella función de acceso para garantizar el financiamiento para que todos logren pensiones dignas.

En cada caso, la racionalidad del administrador en el cumplimiento de estas tres funciones debe dar cuenta de un contexto con tres características. La exposición de los ciudadanos a la miopía, es decir, su incapacidad de anticipar la pérdida de bienestar a causa de hechos ciertos pero lejanos como la vejez. La existencia de asimetría de información entre los agentes que realizan los contratos. Y la exposición del afiliado a riesgos ajenos al control de los agentes.

Gráfico 3

Dos modelos de financiar pensiones en cuentas individuales



Fuente: Elaborado por el autor

Dentro de esta lógica neoliberal y contexto, el gobierno militar creó como tercer agente en este mercado a las AFP. Instituciones que ofrecen administrar fondos de pensiones en cuentas individuales de ahorro. El ciudadano está obligado a contratar una de ellas mediante el pago de una comisión por sobre el 10 % de su ingreso laboral que entrega como cuota de ahorro previsional¹⁴. El administrador ofrece un plan prudente de inversiones, cuyo rédito determina el ahorro individual del afiliado para financiar su pensión. Se asumía que una industria competitiva de administradores de fondos de pensiones

generaría las condiciones de eficiencia y equidad para que todos accedieran a pensiones dignas.

Sin embargo, lejos de generarse tales condiciones, y en ausencia de una regulación apropiada, la industria de AFP estuvo en condiciones de obtener ganancias independientemente de la calidad de los beneficios entre los ciudadanos. Primero, se implementó la regla de beneficios por contribuciones definidas y, lejos de ofrecer beneficios definidos, estos quedaron determinados exclusivamente según la capacidad de ahorro individual por parte del afiliado determinada por el 10 % de su ingreso laboral y la frecuencia con que lo aportaba. Segundo, se implementó la propiedad del ahorro, mediante la administración de este en cuentas individuales y responsabilizando al afiliado por los riesgos a los cuales se exponía durante su acumulación. Tercero, se seleccionaron los ahorros estableciendo reglas actuarialmente equivalentes al nivel de cada afiliado, para que la capacidad de ahorro individual determine el nivel de la pensión.

El diseño chileno de la seguridad social en pensiones también ha fracasado. La simple promoción de un mercado competitivo de administradores de cuentas individuales de ahorro previsional, sin la adecuada regulación ha generado una tendencia igualmente al desceme. Al establecerse contratos donde el acceso a la pensión depende de la capacidad individual de ahorro, la gran mayoría queda excluida del acceso a pensiones dignas. Chile enfrenta un serio problema. El diseño reproduce las desigualdades de ingreso de las edades activas durante la etapa de la jubilación.

Nuevamente el Estado ha debido salir en apoyo de la ciudadanía y hoy, a partir de elaboraciones de la Comisión Marcel, el diseño neoliberal original se ha modificado mediante un pilar solidario¹⁵ de beneficios definidos no contributivos del tipo Beveridge. Su propósito es reducir la pobreza en la vejez. Luego de diversas modificaciones indicadas en la nota al pie n°15, este pilar entrega el siguiente beneficio bajo las siguientes condiciones de elegibilidad y en los montos indicados:

1. Una Pensión Garantizada Universal (PGU) que entrega y

financia 100% el Estado para apoyar a todas las personas de 65 años y más que se encuentren trabajando y/o que ya estén pensionadas en cualquier régimen previsional, es decir, reciben una pensión de retiro programado en una administradora de fondos de pensiones (AFP) o una renta vitalicia de una compañía de seguros de vida (CSV). Para eso deberán ingresar una solicitud. Se excluye, sin embargo, a las personas que cotizan o están pensionadas en los regímenes de Capredena y Dipreca, aunque sean titulares o beneficiarias de pensión de sobrevivencia.

2. Para acceder a la PGU, los dos primeros requisitos son
 - a. haber cumplido 65 años y
 - b. pertenecer al 90% de menores ingresos de la población.
3. Luego, se suman los siguientes requisitos:
 - a. Acreditar residencia en Chile por un período mínimo de 20 años continuos o discontinuos, los cuales se contarán desde que la persona que pide la PGU haya cumplido 20 años. Esa persona debe acreditar, al menos, cuatro años de residencia en los últimos cinco años inmediatamente anteriores a la fecha en que solicita el beneficio.
 - b. Tener una pensión base menor a \$1.114.446

Dado que la PGU es un beneficio financiado totalmente por el Estado para un universo importante de personas, la ley establece que a mayor monto percibido como pensión base, menor monto es el beneficio de PGU. Desde el 1 de febrero de 2023, el monto de la PGU es de \$206.173 mensuales. Asimismo, para quienes tengan una pensión base menor o igual a \$702.101 mensuales el monto de la PGU será de \$206.173, mientras que para quienes tengan una pensión base mayor a \$702.101, pero menor a \$1.114.446, el monto de la PGU será variable.

En los hechos, luego de cuarenta años de funcionamiento bajo el diseño de las AFP, el diseño neoliberal original del sistema obligatorio lejos de establecer un modelo contributivo único se ha desarrollado como un modelo de dos pilares: uno contributivo de capitalización

en cuentas individuales y otro no contributivo de beneficio definido. El diseño del actual pilar solidario reconoce que solo el 10 % de su población está cubierta exclusivamente por el sistema de AFP y el otro 90 % necesita acceder al pilar solidario para complementar su pensión autofinanciada en el pilar contributivo. Este complemento se financia con aportes fiscales, y opera en la forma de transferencias desde el presupuesto de la nación.

Los resultados del diseño original han sido alarmantes y han servido de guía para las diferentes comisiones presidenciales de reforma al sistema.

En la Comisión Marcel (2006) se abordó el problema de cobertura identificado por Bernstein et al (2005). Sobre la base de proyecciones de pensiones para el caso de Chile se estimó que apenas un 5 % de los afiliados alcanzaría los requisitos para utilizar la garantía estatal de pensión mínima en el año 2025, la cual se otorgaba a los afiliados que tenían más de 240 meses de cotizaciones. Otro porcentaje importante de los afiliados obtendrían pensiones de vejez inferiores a la pensión mínima (en torno al 50 % en el año 2025), y que no tendrían acceso a esa garantía estatal. Por ende, la Comisión se avocó al diseño del pilar solidario para paliar esta situación.

En la Comisión Bravo (2015) se relevó el tema de la calidad o suficiencia de las pensiones. Se estimaron las tasas de reemplazo respecto a medidas de consumo mínimo. Se compararon las pensiones pagadas por el Sistema de Pensiones entre los años 2007 y 2014, incluyendo el monto de APS¹⁶ cuando corresponda, con la línea de la pobreza y el salario mínimo del año respectivo. Resultando que el 79% de las pensiones era entonces inferiores al salario mínimo y el 44% menores a la línea de la pobreza.

Desde entonces, el diseño del sistema se ha venido cuestionado para mejorar tanto su cobertura como la suficiencia de las pensiones. En esa ocasión se plantearon tres alternativas para mejorar el diseño, las que se conocen como:

1. La propuesta A que sugiere fortalecer el Sistema de Pensiones Solidarias e incrementar la igualdad de género, objetivos

deseables por sí mismos; además, apunta a mantener el componente de ahorro del sistema, lo que le permitirá mantener sus promesas en materia de pensiones

2. La propuesta B que sugiere transformar el actual esquema de pensiones solidarias en un seguro social que pasará a ser la parte central del Sistema de Pensiones con financiamiento tripartito.
3. La propuesta C que sugiere reemplazar el sistema actual, convirtiéndolo en un esquema de reparto y asume que los afiliados actuales del sistema de AFP son transferidos a este, junto a sus contribuciones y fondos, a cambio de una pensión.

Con posterioridad a la entrega del Informe Final de la Comisión, diferentes gobiernos han intentado reformas con distintos diseños sin lograr alcanzar acuerdos en el Congreso para su aprobación. La única excepción ha sido la modificación del pilar solidario, ampliando la cobertura de beneficiarios y la suficiencia de sus beneficios (actualmente la PGU). Las fuerzas de mercado y la consecuente selección de las pensiones según la capacidad de ahorro de cada afiliado han requerido ir en ayuda del 75 % de los adultos mayores para mejorar el acceso universal a pensiones más dignas.

Paradójicamente la sobrevivencia del diseño neoliberal de seguridad social en pensiones requiere de un aporte fiscal creciente. En 2022 se asignaron \$4.466.443 millones con este propósito, equivalentes a 1,7 % del PIB.

Cuadro 3
Evolución de beneficiarios del pilar solidario

Año	Población			Beneficiarios			Cobertura		Producto Interno Bruto (PIB)	Gasto Anual Total	Gasto Anual Total (%PIB)
	Total	18 a 64	65+	Totales	Invalidez	Vejez	Invalidez	Vejez			
	Número al cierre de cada año			Número a diciembre de cada año			Porcentajes				
	1	2	3	4	5	6	7	8			
							(S)/(2)	(6)/(3)	9	10	Porcentaje
2008	16,746,832	10,591,511	1,591,234	558,081	195,151	362,930	1,84%	22,81%	\$ 93,867,121	\$193,997	0,21%
2009	16,920,062	10,762,351	1,641,377	857,777	220,971	636,806	2,05%	38,80%	\$96,138,477	\$526,613	0,55%
2010	17,088,262	10,924,460	1,688,789	1,011,095	233,761	777,334	2,14%	46,03%	\$110,777,867	\$704,922	0,64%
2011	17,258,884	11,079,851	1,743,923	1,081,613	239,706	841,907	2,16%	48,28%	\$121,509,299	\$817,808	0,67%
2012	17,424,658	11,226,478	1,801,102	1,181,029	235,018	946,011	2,09%	52,52%	\$129,973,394	\$908,798	0,70%
2013	17,595,191	11,362,366	1,867,013	1,228,908	241,257	987,651	2,12%	52,90%	\$137,309,192	\$964,066	0,70%
2014	17,779,025	11,502,832	1,934,714	1,281,628	244,227	1,037,401	2,12%	53,62%	\$ 147,951,290	\$1,032,556	0,70%
2015	17,961,223	11,631,429	2,009,818	1,330,908	244,905	1,086,003	2,11%	54,03%	\$158,622,903	\$1,121,322	0,71%
2016	18,206,536	11,807,027	2,090,409	1,370,609	246,204	1,124,405	2,09%	53,79%	\$168,764,688	\$1,209,629	0,72%
2017	18,530,618	12,044,845	2,175,533	1,420,338	246,745	1,173,593	2,05%	53,95%	\$179,314,910	\$1,411,308	0,79%
2018	18,872,283	12,291,683	2,263,346	1,507,592	249,813	1,257,779	2,03%	55,57%	\$189,434,867	\$1,517,084	0,80%
2019	19,206,688	12,528,551	2,353,884	1,571,384	250,289	1,321,095	2,00%	56,12%	\$195,752,228	\$1,688,838	0,86%
2020	19,393,941	12,649,782	2,430,887	1,695,934	253,870	1,442,064	2,01%	59,32%	\$201,428,894	\$2,438,971	1,21%
2021	19,592,428	12,765,723	2,513,030	1,827,963	266,837	1,561,126	2,09%	62,12%	\$240,371,473	\$2,976,808	1,24%
2022	19,615,038	12,727,432	2,596,128	2,218,178	278,282	1,939,896	2,19%	74,72%	\$262,593,356	\$4,466,443	1,70%

Nota: La serie de PIB corresponde al gasto de PIB a precios corrientes, referencia 2018, de las series empalmadas del Banco Central. Fuente: SP (información actualizada al 07-02-2023), Banco Central (información actualizada al 20-03-2023) y CELADE (Revisión 2022).

Fuente. Informe 2022 Consejo Consultivo Previsional

EL DISEÑO ACTUAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y SU FUTURO

Desde 1981 la irrupción de una revolución neoliberal en el manejo de las políticas públicas, impuesta en apoyo al régimen militar, ha perfilado el diseño de la seguridad social y ha desatado fuerzas contrarias a sus principios. El desceme de la ciudadanía según sexo, edad, ingreso y riesgos médicos y la clasificación de pensionados según su capacidad individual de ahorro a lo largo de su ciclo de vida.

Sucesivos decretos la *transformaron en dos series de contratos*: (I) los de adquisición de seguros individuales para lidiar con los riesgos inciertos de enfermedades, invalidez y sobrevivencia del perceptor principal de ingreso; y, (II) los de administración de fondos previsionales para lidiar con los riesgos ciertos de la vejez.

Es fundamental comprender las interacciones entre las racionalidades morales y económicas detrás de estos contratos individuales de ahorro¹⁷ y de seguros¹⁸. Terceros agentes privados actúan en representación de los afiliados en la compra de servicios a los proveedores de servicios salud y a los proveedores de servicios de intermediación financiera. Estos agentes se encargan de las funciones de **protección** (asegurar la provisión de prevención y remedio ante los riesgos), de **agencia** (realizando la compra prudente de los servicios)¹⁹ y de **acceso** (garantizando el acceso universal a las prestaciones). En el caso de los riesgos de salud los terceros agentes son las ISAPRES, y en el caso de los riesgos asociados a la vejez son las AFP.

Bajo la lógica neoliberal, la competencia entre agentes proveería una oferta eficiente de Planes de seguros y/o de administración de fondos previsionales. Al firmar contratos individuales, los propios afiliados se transformaban en los únicos responsables del éxito o fracaso en la protección suya y de su familia ante los riesgos del ciclo de vida. Al escoger entre agentes, el afiliado estaría en definitiva determinando la calidad de los beneficios recibidos.

La pregunta que surge entonces es si acaso desde la perspectiva moral y económica:

¿Ha Constituido la experiencia chilena una que vale la pena de no modificar y replicar en materia de Seguridad Social?

Existen a lo menos dos razones fundamentales por las cuales la experiencia chilena no es recomendable y, por las cuales, aún se debate en Chile el tipo de modificación que se le debe hacer a su actual diseño.

La primera, es que la irrupción de la lógica de mercado de contratos individuales en reemplazo del Estado es contraria a la solidaridad necesaria para promover el acceso universal asequible a prestaciones dignas.

La segunda, es que, entre las funciones habitualmente ejecutadas por el Estado y que se asignaron a los terceros agentes, se excluyó aquella de patrocinar el Sistema. Es decir, aquella de velar por la marcha total del sistema.

Ambas carencias han tenido consecuencias desastrosas en materia de seguridad social en Chile.

IRRUPCIÓN DEL MERCADO, AUSENCIA DE SOLIDARIDAD Y DESCREME

La irrupción de mercados competitivos en la provisión de protección a la ciudadanía mediante la oferta de seguros y de administración de fondos de pensiones ha gatillado enormes fuerzas por descremar a la población, teniendo como resultado la exclusión de una gran proporción de ciudadanos de una protección digna.

En el caso de la oferta de seguros individuales de salud la tendencia ha sido a clasificar las primas según el riesgo individual; y en el caso de la administración de fondos de pensiones se ha tendido a clasificar las pensiones según la capacidad de ahorro del individuo (el principio de equivalencia).

De hecho, el principio de equivalencia garantiza la solvencia cuando el tercer agente (el asegurador o el administrador de fondos) equilibra cada contrato a nivel individual.

Uno de los principales problemas de estos mercados de seguros y de administradores de fondos competitivos no bien regulados es la incompatibilidad que se genera entre los principios de equivalencia y de solidaridad. El principio de solidaridad implica que los individuos de altos riesgos reciben un subsidio cruzado de aquellos de bajos riesgos para mejorar su acceso a la cobertura.

En el caso del diseño de la protección en salud mediante las ISAPRES, los riesgos están asociados a la edad, sexo y perfil epidemiológico de la persona. La capacidad de pagar la prima esta a su vez determinada por el nivel de ingreso imponible del afiliado. La evidencia muestra que bajo el diseño del DL3 de 1981 y posteriores modificaciones, la industria de ISAPRES careció de la regulación y supervisión apropiada y estuvo en condiciones de clasificar, segmentar y seleccionar a la población por riesgos e ingreso. Como consecuencia dejo a más del 75 % de la población sin cobertura privada. A la postre el Estado ha debido asumir la protección del resto de los ciudadanos, mediante el Fondo Nacional de Salud y una lógica diferente de ajustar las primas con los riesgos, que incluye solidaridad. El financiamiento de esta proviene tanto de las cotizaciones de los ciudadanos afiliados a FONASA y de aporte fiscales. En la actualidad el fisco aporta recursos a FONASA por el equivalente a 2,8 % del PIB chileno. A pesar de esta ayuda fiscal, el FONASA carece de la capacidad de proveer protección digna a todos, y no dispone de las cotizaciones actualmente en las ISAPRES.

En el caso del diseño de la protección previsional mediante las AFPs, la capacidad de ahorro del afiliado esta fundamentalmente determinada por el nivel de ingreso de los afiliados y los riesgos financieros y económicos que afectan el proceso de capitalización, y los riesgos de longevidad que afectan su etapa de jubilación. La evidencia muestra que bajo el diseño del DL 3500 la industria de AFP careció de la regulación y supervisión apropiada y estuvo en condiciones de transferir al afiliado todos los riesgos clasificando, segmentando y seleccionando a la población por su capacidad de ahorro individual. Como consecuencia dejo a más del 79% de las pensiones autofinanciadas a niveles inferiores al salario mínimo y el 44% menores a la línea de la pobreza. A la postre el Estado ha debido asumir la protección del resto de los ciudadanos, mediante la creación de un pilar Solidario y una lógica diferente de ajustar las pensiones con los riesgos, que incluye solidaridad. El financiamiento de este pilar proviene exclusivamente de aporte fiscales. En la actualidad el fisco aporta recursos al pilar solidario por el equivalente a 1,7 % del PIB chileno.

AUSENCIA DE UN PATROCINADOR

Los terceros agentes (AFP e ISAPRES) que se crearon a raíz de los DL 3500 (1980) y DL 3 (1981) tuvieron como responsabilidades explícitas aquellas de proteger, de actuar como agencia y de promover el acceso al sistema. Con tales propósitos desarrollaron mecanismos de protección (ahorro y seguros); compraron en representación de los afiliados servicios de salud y financieros (incluidos en los planes de salud y en la gestión de fondos); y tomaron contacto con los ciudadanos (abriendo sucursales en todo el país).

Sin embargo, en su obsesión por eliminar al Estado, la irrupción de la revolución neoliberal olvido delegar la función de patrocinador del sistema. Este debiera encargarse de la evaluación de la marcha total del sistema. En cambio, las industrias de AFP e ISAPRES se mostraban satisfechas con sus ganancias y el poder económico que ganaban. El afiliado quedaba abandonado en su calidad de consumidor de servicios bajo total asimetría de información. El Estado creó superintendencias que se dedicaron por años a supervisar y regular la industria sin una ocupación por la seguridad social, como tal.

La mejor evidencia de lo anterior ha sido el lapidario informe hecho por expertos internacionales en administración de fondos de pensiones que visitaron el país con ocasión de un seminario de las AFP en Chile en 2018 (ICPM)²⁰. Sus conclusiones dicen relación con problemas que reflejan la falta de un patrocinador del sistema de protección social (en este caso en pensiones) al concluir que el sistema adolece de cuatro fallas.

Primero, nunca nadie se ocupó de revisar el sistema y este **opera con parámetros obsoletos**. Destacan que el sistema de contribuciones definidas opera (I) con grandes lagunas previsionales entre sus afiliados; (II) con una tendencia a la baja de las tasas de retorno a los fondos de pensiones; y (III) con aumentos en la esperanza de vida de los chilenos. Bajo esas condiciones no es posible que sus afiliados autofinancien pensiones dignas, con un 10 % de cotizaciones y las actuales edades legales de retiro (60 años las mujeres y 65 los hombres). Lo único que cabe esperar es que las

pensiones sigan deteriorándose en comparación con los niveles de ingreso durante la vida activa (tasa de reemplazo) como ha estado ocurriendo.

Segundo, jamás se ha abordado con la seriedad necesaria el que el sistema guarda **una muy débil relación con el mercado de trabajo chileno**. La obligatoriedad de cotizar al sistema actual se ejerce en forma relativamente eficiente para el sector formal del mercado de trabajo chileno. No obstante, señalan, existen muchas opciones de evadir la contribución, particularmente en los empleos informales y precarios; en los cuales gran parte de los chilenos en edades activas ejercen su actividad económica. Esto afecta la calidad de las pensiones de quienes laboran en esos empleos.

Tercero, a pesar de su promoción, el sistema **carece de legitimidad**. No dispone de una regulación que equilibre la cancha entre la industria y sus afiliados (los consumidores de sus servicios). La legislación ha omitido el importante hecho de que no existe en Chile una institución independiente que vele por el mejor interés de los afiliados. Esto resulta insólito desde una perspectiva internacional, pues en el mundo las instituciones previsionales se encuentran estrechamente vinculadas a los intereses de los cotizantes, a través de una entidad pública o el mercado de trabajo. Los fondos de pensiones son a menudo de propiedad directa o asociada a las organizaciones de los trabajadores y empleadores; y la representación de estos miembros entre los proveedores de pensiones es muy fuerte y muchas veces obligatoria. En el caso chileno, en cambio, tal representación es prácticamente inexistente.

Cuarto, nadie ha tomado seriamente en cuenta que las malas pensiones de la generación actualmente jubilada responden a que al sistema **le falta una pieza**. Está compuesto por: I) un pilar solidario (la PGU, financiada a través de impuestos generales), el cual provee de un piso de protección para el alivio de la pobreza; y II) un pilar contributivo (de capitalización individual del 10% aportado por el trabajador) para suavizar el consumo entre la etapa activa y pasiva de los afiliados. Estos están bien definidos, pero no constituyen un sistema completo que le dé cobertura suficiente (apropiada) al

total de la población jubilada. Existe a lo menos una generación de trabajadores que ya superaron su etapa contributiva y que nunca podrán mejorar su situación. Se hace necesario un nuevo pilar. El objetivo de este es compensar en forma explícita a los trabajadores con bajos ahorros o pensiones. Este componente es bastante común en varios sistemas extranjeros: a) su financiamiento utiliza la mancomunidad de capacidades de ahorro; b) su administración requiere de un adecuado manejo actuarial para asegurar la expansión de la cobertura de las actuales y futuras generaciones; y c) sus beneficios demandan del diseño de subsidios para compensar las diferentes capacidades de ahorro entre generaciones y alternativas ocupacionales. Puede considerarse el eslabón perdido o la pieza fundamental que está aún ausente en el contrato de previsión social que Chile necesita.

CONCLUSIONES

La irrupción ideológica de la revolución neoliberal en el diseño de las políticas de seguridad social muestra como un mercado no bien regulado conduce al descreme y exclusión de gran parte de la población. Hoy vemos que para que su diseño subsista para una minoría es necesario que el Estado se haga cargo de los desplazados. Un diseño que termina siendo de mercado para unos pocos y de Estado para la mayoría. Un diseño que en lugar de proteger contra riesgos reproduce las desigualdades de la vida diaria en la protección social que debiera mitigarlas. Un diseño que conduce a la división y el descontento social.

Entre las tareas pendientes para Chile en esta materia, dos son fundamentales.

Primero, preguntarnos si la lógica económica de la competencia permite **reconciliar los principios de equivalencia y solidaridad** en mercados de seguros y ahorro individuales. Si lo permitiera, requeriríamos regular la cotización, garantizar la libre afiliación, y asegurar prestaciones específicas dignas. Una “TRINIDAD” difícil de lograr. Demanda: (I) el diseño de una forma implícita de subsidios cruzados entre individuos de bajos y altos riesgos; (II) la

existencia de un excedente de información de parte del regulador que le permita diseñar un mecanismo de solidaridad compatible con los criterios de equivalencia.²¹

Segundo, fortalecer las racionalidades morales y económicas **reconociendo al Estado su rol como patrocinador**. Debe ser capaz de identificar el impacto de la crisis de su actual diseño entre grupos de ciudadanos según generaciones, sexo y vulnerabilidad; ajustar su diseño a la estructura del actual mercado de trabajo; actuar en favor de los afiliados; construir piezas que le puedan faltar. No existe un modelo a copiar, el patrocinador deberá buscar voluntades y compromiso políticos para alcanzar éxito. Sin embargo, para crear un proceso de reforma es preciso abandonar investiduras ideológicas y de intereses económicos extremos.

REFERENCIAS

- ARELLANO, José Pablo, “La seguridad social en un régimen de reparto Chile: 1924-1980R”, cap. II, en José Pablo ARELLANO (1988), *Políticas sociales y desarrollo. Chile, 1924-1984*, Santiago: CIEPLAN.
- BERNSTEIN, Solange, Guillermo LARRAÍN y Francisco PINO (2005) *Cobertura, densidad y pensiones en Chile: Proyecciones a 20 años plazo*. Serie Documentos de Trabajo N°12 Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones. Santiago, Chile.
- BRAVO, Jorge y Andras UTHOFF (1999-2000), *Transitional fiscal costs and demographic factors in shifting from unfunded to funded pensions in Latin America*. Serie de la CEPAL, Financiamiento para el desarrollo N° 88. Santiago de Chile.
- COMISIÓN BRAVO (2015), *Informe Final*. Comisión Asesora Presidencial sobre el Sistema de Pensiones www.comision-pensiones.cl
- COMISIÓN MARCEL (2006) *El derecho a una vida digna en la vejez. Hacia un contrato social con la Previsión en Chile*. Comisión Asesora Presidencial sobre el Sistema de Pensiones.

- GLIED Sherry & SMITH Peter C (eds) (2013), *The oxford handbook of health economics*. Oxford University Press.
- HELD, Gunther (1994), “¿Liberalización o desarrollo financiero?”, *Revista de la CEPAL* N°54, Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- ICPM (2018), *Outsider's View on the Chilean Pension System*. International Centre for Pension Management. Santiago de Chile, October.
- MINISTERIO DE SALUD. (1981) *DFL 3 Fija normas para el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud, por instituciones de salud previsional*. Santiago de Chile.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL (1980), *Decreto Ley 3500 Establece nuevo sistema de pensiones*. Santiago de Chile.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL (2008), *Ley 20255 Establece reforma previsional*. Santiago de Chile.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL (2022), *Ley 21419 Crea la pensión garantizada universal y modifica los cuerpos legales que indica*. Santiago de Chile.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL (2023), *Ley 21538 modifica la Ley 21.419, que Crea la pensión garantizada universal y modifica los cuerpos legales que indica*. Santiago de Chile.
- ORTIZ, Isabel, Fabio DURÁN, Stefan URBAN, Veronika WODSAK, Zhiming YU (2019). *La reversión de la privatización de las pensiones: Reconstruyendo los sistemas públicos de pensiones en los países de Europa Oriental y América Latina (2000-2018)* ESS – Extensión de la Seguridad Social Documento N°63. Departamento de Protección Social. Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, Suiza.
- UTHOFF, Andras (1995), “Reforma a los sistemas de pensiones en América Latina”, *Revista de la CEPAL* N°56, Santiago de Chile.
- UTHOFF, Andras (2022) “Reforma previsional: el sentido del 6% para un contrato social”, columnas de opinión, CIPER.

<https://www.ciperchile.cl/2022/11/21/propuesta-de-reforma-previsional-el-sentido-del-6-por-ciento/>

NOTAS

¹ El Modelo Bismarck (también conocido como Modelo de Seguro Social de Salud) es un sistema de atención médica limitado, en el que las personas pagan una tarifa a un fondo que a su vez paga actividades de atención médica, que pueden ser proporcionadas por instituciones estatales, otras instituciones gubernamentales, instituciones de propiedad del organismo, o una institución privada. Fue establecido por Otto von Bismarck en 1883 y centró su esfuerzo en brindar curas a los trabajadores y sus familias.

² El desarrollo del estado del bienestar británico después de la guerra deriva del llamado Informe Beveridge que proponía el desarrollo de un nuevo sistema de derechos sociales: prestación por desempleo, enfermedad y retiro y asistencia sanitaria.

³ Adoptada mediante un documento por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III), el 10 de diciembre de 1948 en París

⁴ El 19 de marzo de 1981, con la publicación del Decreto con Fuerza de Ley N° 3, se crean las Instituciones de Salud Previsional, ISAPRES y se faculta a los trabajadores y personas en general, a depositar en éstas sus cotizaciones obligatorias.

⁵ El 13 de noviembre de 1980, con la publicación del DL 3500 se establece un sistema de pensiones de vejez, de invalidez y sobrevivencia derivado de la capitalización individual obligatoria en una administradora de fondos de pensiones (AFP).

⁶ Ver debate sobre el costo y financiamiento de la transición desde un régimen de reparto a un régimen de capitalización individual en Bravo y Uthoff, 2009.

⁷ Ver evaluación una de la instauración y reversión de los procesos de privatización en Ortiz, Isabel, et al. (2019)

⁸ Véase Glied Sherry et. al, eds. 2013, en particular capítulos 16 y 17.

⁹ Con 3 o más cargas familiares pasará a Tramo B.

¹⁰ Con 3 o más cargas familiares pasará a Tramo C.

¹¹ Para un PIB de 2022 de 272.249 miles de millones de pesas (Cuentas Nacionales Banco Central de Chile).

¹² Véase Held 1994

¹³ Dado que ante los riesgos de invalidez y sobrevivencia existe incertidumbre, esta protección opera en la forma de un seguro, para el cual se cobra una prima adicional.

¹⁴ Una prima adicional se cobra para fines de un seguro de invalidez y sobrevivencia.

¹⁵ La ley N° 20.255 de 2008 creó el pilar solidario para la entrega de cuatro beneficios no contributivos: las Pensiones Básicas Solidarias de Vejes e Invalidez y los Aportes Previsionales Solidarios de Vejez e Invalidez, Véase MINTRAB 2008. Posteriormente las Leyes reformas N°s 21419 y 21538 crean y expanden la Pensión Garantizada Universal (PGU), para reemplazar las prestaciones de vejez del Sistema de Pensiones Solidarias de la (Pensión Básica Solidaria y Aporte Previsional Solidario de Vejez).

¹⁶ Aporte Previsional Solidario (APS), era la garantía para quienes tenían pensión autofinanciada y eran elegible en la primera versión del pilar solidario (2008).

¹⁷ Se establece en 10 % de su ingreso imponible el aporte a la seguridad social de un ciudadano para pensiones, el cual se entrega como cuota en una cuenta de ahorro individual. Existe un cobro adicional por concepto de comisiones y una prima para un seguro de invalidez y sobrevivencia.

¹⁸ Se establece en 7 % del ingreso imponible de un trabajador, su aporte a la seguridad social, el cual constituye el valor de la prima para adquirir un Plan de Salud de las ISAPRES.

¹⁹ Sendas superintendencias se han desarrollado con el objeto de que el Estado pueda regular el comportamiento de la industria generada en torno a estos agentes. En un principio la Superintendencia de ISAPRES y la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, hoy Superintendencia de Pensiones.

²⁰ International Center for Pension Management (2019)

²¹ Para el caso chileno y el proyecto de reforma previsional del presidente Gabriel Boric Font, véase Uthoff, 2022

Fecha de recepción: 27 de julio 2023

Fecha aceptación: 26 de agosto 2023

Fecha versión final: 31 de agosto 2023