

## La reforma del sector social: estatismo, desigualdad y privatización «by default»

FERNANDO FILGUEIRA<sup>1</sup>



El caso Uruguay muestra los beneficios de la perseverancia del estado y los bienes públicos, así como los efectos de las lógicas privatizadoras por defecto. El actual colapso de la economía y sus efectos sociales, que han querido atribuirse a este énfasis estatista, es básicamente el resultado de un sistema financiero sin controles adecuados, una destrucción marcada de la industria, una tasa de cambio que restó competitividad al país y la apuesta a un país plaza financiera y de servicios.

### Seguridad social: defensa costosa y real del viejo sistema y giro privatista posterior

En 1995 Uruguay reformó su régimen de seguridad social cambiando, de un sistema de reparto de monopolio estatal, a un sistema mixto que incluye agentes privados y niveles obligatorios definidos por ingresos de capitalización individual. Los derechos y beneficios de los jubilados en el sistema previo no fueron afectados, y desde 1985 hasta la fecha la calidad de los beneficios mejoró.<sup>2</sup> El primer pilar del nuevo régimen no es un sistema de capitalización sino de reparto, en el cual todos tienen que contribuir con parte de su ingreso, y que permanece como monopolio del Estado. En segundo lugar, mientras por la ley de seguridad social la administración de los fondos de capitalización realizada por las Administradoras de Fondos de Ahorro Provisional (AFAP) puede estar en manos de agentes privados, el Estado está también presente con su propia AFAP, y cuenta actualmente con más del 50% de la participación en el mercado. Además, el 80% del capital de la AFAP tiene que ser invertido por un tiempo en bonos del tesoro estatales. Finalmente, esta reforma sólo cubre jubilación, incapacidad y pensión. El sistema de seguridad social incluye, además, desempleo, asignaciones familiares y pensiones no contributivas, que permanecen dentro de la administración estatal y financiadas como antes. Aunque esta reforma constituye un alejamiento claro del viejo sistema, se mantiene estatista y comprometida con algunas metas abandonadas en otros países.

### Educación: la terquedad de los bienes públicos

La educación pública, otrora el orgullo de la nación, era percibida en crisis, y con razón, al retorno de la democracia. Magros salarios docentes, infraestructura inadecuada, clases multitudinarias, currícula alejada de las necesidades del mercado y un importante número de padres que habían elegido alternativas privadas, eran sólo algunos de los más prominentes síntomas de una importante crisis.<sup>3</sup> En 1995, el año después de la última elección, fue lanzado el proyecto más ambicioso de reforma, cuyos rasgos más importantes pueden ser someramente señalados:

- se propone alcanzar la cobertura universal de niños de cinco años y avanzar hacia la universalización de la cobertura en los niños de cuatro años;
- cambia drásticamente la currícula de secundaria, restándole énfasis a las humanidades y artes e incrementando el contenido pragmático que prepara al individuo para el mercado laboral más que para la universidad;

- busca expandir las escuelas de tiempo completo para áreas socialmente deprimidas;
- se tiende a buscar una dimensión institucional para la educación media pública, perdida por el agostamiento de los módulos horarios, la masificación de la matrícula y la alta rotatividad de profesores sin identificación con las autoridades y espacios sociales del liceo.

### Salud: reforma privatista por defecto

El sistema uruguayo de salud es una compleja articulación de agencias públicas y privadas. Históricamente, se puede distinguir, por un lado, el sistema privado (las «mutualistas») que cubría la atención de las clases medias y altas, y con el tiempo también parte de la clase trabajadora. Por el otro, el sistema público, que cubría a quienes no podían pagar las mutualistas. En las décadas de los 60 y 70, mediante acuerdos bilaterales entre agencias estatales y mutualistas, se creó un sistema por el cual los empleados estatales podían, con un pequeño descuento, hacerse socios de una sociedad médica privada. El Estado empezó así a subsidiar el sector mutual y los costos de la atención de salud de sus empleados. En los años 70 algunas leyes y acuerdos tripartitos abrieron la puerta a acuerdos similares para la primera categoría de trabajadores privados.

En 1984 el mecanismo se hizo universal al adquirir la última categoría de trabajadores (rurales y domésticos) del sector formal el derecho de asociarse a una mutualista. Este seguro de salud obligatorio fue administrado por un nuevo organismo estatal, la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE), que jugaba el rol de mediador entre el trabajador y la sociedad privada elegida. Para 1988, según el Ministro de Salud Pública, 1.400.000 personas estaban asociadas al sistema mutual. El sistema público continuó atendiendo alrededor de un millón de personas, y, si se agregan algunas instancias privadas o públicas (hospital militar, servicios médicos de las empresas estatales), se alcanza prácticamente una completa cobertura de la población.

La implementación de los acuerdos entre el Estado y las mutualistas, y la posterior creación de DISSE aumentaron la cobertura de atención de salud con una fuerte inclinación redistributiva (la cantidad de dinero del salario que se paga para pertenecer a una mutualista es proporcional a ese salario). Pero, dado el aumento de los costos para el usuario en el co-pago ideado para controlar el uso de los consumidores, no es tan claro qué proporción de los sectores populares incorporados al sistema pudo hacer e hizo uso del sistema.

Este proceso de incorporación de nuevos sectores también introdujo tensiones en las mutualistas, que padecían problemas financieros antes de que este sistema fuera implementado: la incorporación masiva de nuevos socios a través de DISSE aumentó los problemas y la solución fue un fuerte subsidio estatal para sostener el funcionamiento del sistema mutual. Aunque la cobertura en los servicios de mayor calidad aumentó, la calidad de los mismos disminuyó al masificarse y perder recursos. Algunos costos fueron trasladados a los socios de las mutualistas bajo la forma de aumentos en tickets médicos y trámites.

<sup>1</sup> El autor es Doctor en Sociología por Northwestern University, Illinois. Ha sido consultor para OEA, BID, UNICEF, OIT/Cinterfor y CEPAL.

<sup>2</sup> Un movimiento social compuesto de jubilados fue capaz de ganarse el apoyo de la ciudadanía y, en 1989, mediante un plebiscito, logró aprobar una enmienda constitucional por la cual las pensiones y jubilaciones se ajustarían conforme al aumento de salarios de los funcionarios estatales y subirían en igual proporción que el índice medio de salarios.

<sup>3</sup> No hubo intentos de reformas estructurales durante la primera administración, más allá de la creciente atención a las escuelas de los barrios pobres. La administración de Lacalle (1990-1995) siguió esta tendencia y desarrolló un sistema por el cual algunas escuelas en barrios de necesidades básicas insatisfechas fueron definidas como escuelas de «atención prioritaria» en donde los salarios docentes aumentaron como incentivos.

En los años 80 apareció una tercera forma de servicio médico: las unidades de emergencia médica privada. Estos servicios también usaron una cuota mensual pre-paga que permitía matrículas muy bajas al redistribuir costos y riesgos. Una porción grande de las clases medias y prácticamente todas las clases medio-altas y altas se asociaron a ellos.<sup>4</sup>

El resultado final es que en el país ha emergido un sistema estratificado de tres franjas: aquellos que no pueden pagar atención de salud o pueden pagar muy poco y terminan en un sistema público estancado o en declive; aquellos que sólo pagan un sistema mutual en franco deterioro; y quienes son socios de una mutualista pero pueden además pagar y elegir los nuevos servicios de emergencia y asistencia médica. El continuo deterioro de la calidad de los sistemas público y mutual ha generado en fecha reciente una cuarta franja: los seguros privados y la atención puramente privada.

### Logros y limitaciones de las reformas sociales

Tres modelos de reforma y tres resultados diferentes. La educación optó por un modelo estatista y redistributivo. La seguridad social fue ambigua: defendió al sistema público en 1989 y aceptó parcialmente el modelo de privatización en 1994. La salud optó por la no reforma, o más estrictamente, la reforma privatista «by default». Uruguay en su conjunto fue un reformador rebelde. Los logros son claros en el modelo estatista, ambiguos en el modelo mixto, y claramente negativos en el de reforma por defecto.

En lo que hace a educación la matrícula de la educación inicial pasó de 30% a inicios de los años 90 a 80% a finales de la década. Los más beneficiados fueron los sectores pertenecientes al 40% más pobre de la población. Por su parte, los niveles de aprendizaje en las escuelas primarias de los contextos sociales más desfavorables que contaron con experiencias de tiempo completo mejoraron estadísticamente por encima de la media nacional, así como descendió la repetición en todos los grados. Finalmente, el punto más criticado de esta reforma, el cambio del ciclo medio, muestra tasas de abandono un 10% por debajo del viejo modelo, logrando retener en mayor medida a los jóvenes de entornos sociales más desfavorables.

En lo que respecta a seguridad social la aprobación de la enmienda constitucional de 1989 permitió que, en una década, se duplicara el valor real de las jubilaciones, sacando a casi un 35% de las personas de 65 años y más de la situación de pobreza y llevando la pobreza en la tercera edad a cifras mínimas.<sup>5</sup> Sin embargo, este incremento de las pasividades se dio para todos los sectores en proporciones iguales, con lo que su efecto sobre el gasto público ha sido enorme, limitando otras posibilidades de gasto, en particular el orientado a infancia. Finalmente, la reforma de 1994 con sistema de reparto y capitalización incrementa aún más a futuro la desigualdad y genera serios problemas de cobertura para sectores de menores ingresos, empleo informal o precario y mujeres. Pero, si bien la reforma que defiende el viejo sistema presenta problemas de eficacia, igualdad y efectos negativos sobre la salud fiscal, no es allí donde se encuentran los riesgos mayores para el futuro social de los retirados. Es en las dimensiones privatizadoras del segundo impulso reformista donde asoman los mayores riesgos para la integración social y la protección de los sectores más vulnerables.

Finalmente la salud muestra los peores resultados. El sistema terminó siendo subsidiado en su parte privada por el Estado sin mejorar la calidad del servicio. La corporación médica y los laboratorios son quienes más se han beneficiado de una importante expansión de ese gasto público y privado. En tanto, los sectores pobres han visto deteriorarse la calidad de su servicio público mientras los sectores medios y altos compran en el mercado una nueva gama de servicios estratificados.

La evidencia disponible a lo largo de una década muestra un incremento en la brecha entre gasto en salud pública y subvención al sistema mutual; también en la brecha entre el salario de un médico del sistema público y el del mutual; un marcado incremento del gasto privado en salud, un abandono en masa del sistema mutual debido a la pérdida de empleo formal que antes generaba el beneficio de afiliación, y un incremento en el costo y uso del sistema de tickets (para chequeos, consultas y medicamentos) con que las mutualistas limitan el uso del sistema y financian su déficit crónico.

4 Las mutualistas eran particularmente lentas e ineficientes en lo que concernía a tratamientos y emergencias primarias menores y servicios no relacionados con internación. De hecho, todos quienes podían pagar la doble atención (o se encontraban subsidiados en una y pagaban la otra) de la mutualista y el servicio de emergencia móvil.

5 Entre 4% y 6%, de acuerdo a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

La ausencia de una reforma debatida pero nunca concretada de un seguro nacional de salud básico para toda la población conllevó al aumento del gasto, sin mejora en calidad y con incremento de inequidad. Los últimos eventos enfatizan este diagnóstico. Recientemente se aprobó una medida por la cual quienes tienen afiliación mutual vía DISSE no pueden atenderse en los hospitales de salud pública. En muchos casos, estos beneficiarios hacen dicha opción porque no pueden pagar los tickets del sistema mutual. Así, el sistema los deja sin derecho real al uso de cualquier cobertura de salud. Asimismo las mutualistas han ingresado en una espiral creciente de endeudamiento y amenazas de quiebra, exigiendo del sistema más dinero, que si bien arribó en la forma de endeudamiento, fue canibalizado por otros requerimientos fiscales del Estado.

### Conclusión

La defensa de los bienes públicos y del estado como garante de los mismos ha demostrado ser más eficaz socialmente que las alternativas privatistas. En un contexto de colapso económico, las culpas son colocadas en el viejo estado benefactor y arrecian nuevamente los vientos privatistas, que ya se han manifestado en la privatización de servicios básicos como el agua en algunos sectores del país. Sin embargo, la reforma del sector social, especialmente sus opciones estatistas y no privatistas, son el único amortiguador que le queda a la población más humilde frente al colapso económico de los últimos dos años (ver recuadro). De haber optado por la vía del mercado para el sector social, el desamparo de los sectores de menores ingresos sería aún mucho más dramático. ■

Plataforma Social Watch Uruguay

### La crisis financiera

En el año 2002 el modelo neoliberal propiciado por los gobiernos conservadores de las últimas décadas pareció alcanzar su crisis terminal en Uruguay. La debacle argentina y la contracción del mercado brasileño constituyeron las estocadas finales que derribaron el endeble tinglado. El sistema financiero, único sector de la economía que obtuvo resultados positivos a lo largo del proceso, no pudo resistir la combinación de graves errores en la conducción bancocentralista, los episodios de corrupción o el robo liso y llano de fondos perpetrado por los dueños de los bancos. La incertidumbre y la desconfianza condujeron a una corrida bancaria que nadie supo detener, y a una crisis masiva del sistema con cuatro bancos suspendidos, miles de ahorristas estafados, la banca estatal en dificultades, interrupciones en la cadena de pagos, multiplicación de las quiebras, descenso de la actividad, desaparición del ahorro, inexistencia de crédito y aumento del desempleo, que deriva incontrolado hacia un histórico 20%. La recaudación fiscal se contrajo, la economía acentuó su informalización y a partir del último trimestre se generalizaron dudas fundadas acerca de la capacidad del estado para afrontar sus obligaciones externas e internas. El fantasma del default planea sobre la otra orilla del Río de la Plata.

El FMI y el Banco Mundial presionados por la administración Bush se lanzaron al rescate. La asistencia superó los USD 3.000 millones, cifra asombrosa para las pequeñas dimensiones de la economía uruguaya. Llegó la devaluación, que alcanzó un 80% en dos meses, el PBI acentuó su caída y la razón deuda/producto alcanzó un imposible 90%.

La sociedad civil reaccionó con calma y madurez, aportando soluciones que a nadie se le habían ocurrido. La seriedad del sindicato bancario (AEBU) y la respuesta insólita de los ahorristas perjudicados que se organizaron rápidamente, propusieron y consintieron la capitalización de parte de sus ahorros para salvar a los bancos en crisis, contrastaron con la imprevisión y las vacilaciones del gobierno y sus aliados.

La desesperanza cunde y los uruguayos retoman el camino de la emigración. Las encuestas informan del crecimiento incesante de la izquierda, que ya supera el 50% de las intenciones de voto. Estas realidades reclaman un acuerdo político imprescindible para la conducción consensuada en los próximos dos años, los que aún restan al actual gobierno.

Carlos Abín