

Seguridad social latinoamericana

N14

Junio 2026

Perspectivas de los sistemas de pensiones en América Latina en el marco de la Semana de la Seguridad Social 2026

Participan en este número: Nelson Cardozo, Gabriel Badillo, Roxana Valdebenito, Andrey Badilla, Lucia Cortes da Costa

Boletín del Grupo de Trabajo:

Seguridad Social y Sistema de Pensiones



Seguridad social latinoamericana no. 14 : perspectivas de los sistemas de pensiones en América Latina en el marco de la Semana de la Seguridad Social
2026 / Nelson Cardozo ... [et al.]. – 1a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires :
CLACSO, 2026.
Libro digital, PDF – (Boletines de grupos de trabajo)

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-631-308-318-3

1. Sistemas Previsionales. 2. Pensiones. 3. Reforma Previsional.
I. Cardozo, Nelson
CDD 331.252



Colección Boletines de Grupos de Trabajo

Director de la colección – Pablo Vommaro

CLACSO Secretaría Ejecutiva

Pablo Vommaro – Director Ejecutivo

Gloria Amézquita – Directora Académica

María Fernanda Pampín – Directora de Publicaciones

Gustavo Lema – Director Comunicación e Información

Equipo Editorial

Lucas Sablich – Coordinador Editorial

Solange Victory – Producción Editorial

Valeria Carrizo y Darío García – Biblioteca Virtual

Equipo de Investigación y Grupos de Trabajo

Magdalena Rauch – Coordinadora

Marta Paredes, Rodolfo Gómez, Luna González y Teresa Arteaga

Equipo Comunicación e Información

Noelia Croci – Coordinadora Redes Sociales

Renata Maestrovicente – Diseñadora Gráfica

Coordinadores del Grupo de Trabajo

Sergio Carpenter

Instituto Argentino para el Desarrollo Económico | Argentina

sicv2005@yahoo.com.ar

Rosa Maria Marques

Programa de pós-graduação em Economia Política

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Brasil

rosamkmarques@gmail.com

Gabriel Badillo

Instituto de Investigaciones Económicas

Universidad Nacional Autónoma de México

México

gbadillo@iiec.unam.mx

© Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales | Queda hecho el depósito que establece la Ley 11723.

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su almacenamiento en un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio electrónico, mecánico, fotocopia u otros métodos, sin el permiso previo del editor.

La responsabilidad por las opiniones expresadas en los libros, artículos, estudios y otras colaboraciones incumbe exclusivamente a los autores firmantes, y su publicación no necesariamente refleja los puntos de vista de la Secretaría Ejecutiva de CLACSO.

CLACSO

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
Conselho Latino-americano de Ciências Sociais

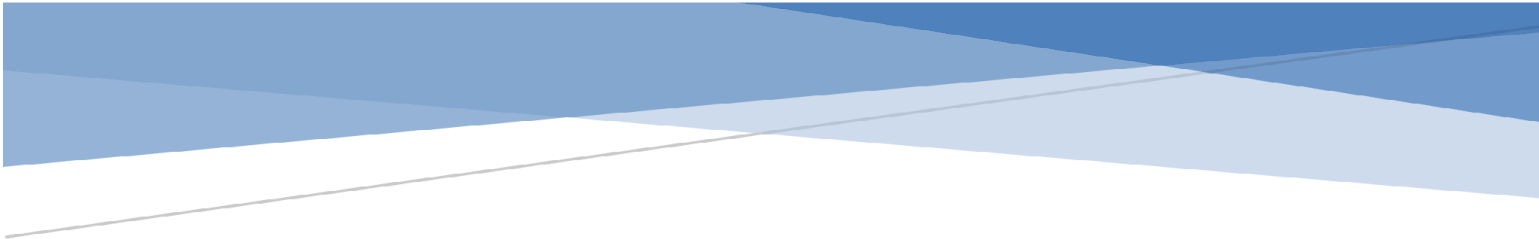
Estados Unidos 1168 | C1023AAB

Ciudad de Buenos Aires | Argentina.

Tel [54 11] 4304 9145

Fax [54 11] 4305 0875

clacso@clacsoinst.edu.ar | <www.clacso.org>



#14

Junio de 2026

SEGURIDAD SOCIAL LATINOAMERICANA

Perspectivas de los sistemas de pensiones en América Latina en
el marco de la Semana de la Seguridad Social 2026

Presentación

El número 14 del Boletín Seguridad Social Latinoamericana se publica en el marco de la Semana de la Seguridad Social 2026 y constituye un producto derivado de las Jornadas Académicas Latinoamericanas organizadas por el Dr. Jairo Restrepo de la Universidad de Antioquia, Colombia, los días 27 y 29 de abril. Este volumen reúne cinco aportes que analizan la sostenibilidad fiscal, el impacto del envejecimiento, las reformas previsionales recientes y los retos estructurales que enfrentan los sistemas de pensiones en México, Colombia, Costa Rica, Brasil y Argentina. En conjunto, los distintos capítulos ofrecen una mirada crítica y plural sobre las transformaciones previsionales recientes, la redefinición del papel del Estado y los desafíos que enfrentan las sociedades latinoamericanas para garantizar el derecho a la seguridad social.

Coordinadores:

Rosa María Marques
Sergio Carpenter
Gabriel Badillo

Corrección de estilo y edición:
Gabriel Badillo

Contenido

Presentación

Gabriel Badillo

Sección de Temas Fundamentales

Nelson D. Cardozo

El sistema previsional argentino: trayectorias, reformas y desafíos actuales

Gabriel Badillo

Perspectivas de los sistemas de pensiones en México ante el dilema previsional: sostenibilidad, política y envejecimiento

Roxana Valdebenito

La reforma previsional chilena de 2025: los problemas de suficiencia, rol del estado y reintroducción de mecanismos de solidaridad

Andrey Badilla Solano

De la inversión social a la responsabilidad fiscal: austeridad fiscal y la erosión del seguro de salud en Costa Rica (2018-2026)

Lucia Cortes da Costa

A saúde pública no brasil: a trajetória até o Sistema Único de Saúde–SUS

Presentación

El número 14 de *Seguridad Social Latinoamericana* marca el inicio de una nueva etapa para el Grupo de Trabajo Seguridad Social y Sistemas de Pensiones, tras su renovación para el periodo 2026-2028. Al mismo tiempo, este volumen recoge los aportes de las *Jornadas Académicas* organizadas por el Dr. Jairo Restrepo de la Universidad de Antioquia, Colombia, en el marco de la celebración de la Semana de la Seguridad Social 2026. El [webinar](#) realizado los días 27 y 29 de abril reunió a ocho especialistas de México, Chile, Colombia, Argentina, Costa Rica, Brasil, Ecuador y Perú para compartir diagnósticos y reflexiones centradas en los desafíos presentes y futuros de los sistemas de pensiones y salud. Las ponencias se han traducido en cinco trabajos que abordan las principales problemáticas de los sistemas de salud y pensiones relacionadas con la dinámica de los mercados de trabajo, la transición demográfica, el desempeño y orientación política de las economías latinoamericanas.

El primer trabajo a cargo de Nelson Cardoso aborda los principales problemas del sistema de pensiones de Argentina mediante la documentación de una trayectoria marcada por tensiones entre sostenibilidad, cobertura y suficiencia. En este proceso se documentan los avances y retrocesos, desde la creación del modelo de reparto, consolidado en el peronismo, hasta la introducción de las administradoras privadas (AFJP), así como su posterior eliminación en 2008. Se destaca que el sistema ha oscilado entre la ampliación de la cobertura, especialmente con la política de moratorias y el control de los déficits fiscales limitando las prestaciones. Finalmente, se presenta un diagnóstico que concluye que el problema fundamental no es técnico, sino político, por lo que se requiere la construcción de acuerdos que permitan equilibrar en el largo plazo cobertura, suficiencia y sostenibilidad.

El segundo trabajo presentado por Gabriel Badillo analiza el sistema de pensiones de México, a partir de una compleja organización entre esquemas de beneficio definido, contribución definida con capitalización individual y un programa pensiones no contributivas. Se enfatiza que los sistemas de beneficio definido carecen de sostenibilidad, dado que actualmente se financian con recursos fiscales, generando una deuda actuarial superior al 100% del PIB, aunque únicamente cubren al 35% de la población mayor. Las reformas de los años noventa introdujeron la capitalización individual con la expectativa de corregir los problemas del beneficio definido y vincular el ahorro con la inversión, aunque los resultados en cobertura y suficiencia han sido limitados. Se concluye que el sistema de pensiones enfrenta tres grandes retos: el envejecimiento demográfico, el desempeño económico insuficiente y la captura política de los beneficios previsionales. Para superar estos retos se requiere de un nuevo contrato social que priorice sostenibilidad, ampliación de la base contributiva, ajustes paramétricos en edad y cuotas, eliminación de privilegios concedidos a cambio de capital político, aunque ello implique decisiones con un alto costo electoral.

En el tercer trabajo, Roxana Valdebenito expone los fundamentos de la reforma de pensiones de Chile llevada a cabo en 2025. Se destacan que la reforma reintroduce elementos de solidaridad eliminados en la reforma pionera de 1982 que reemplazó el sistema solidario por la capitalización individual a cargo de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), reconfigurando el papel fundamental del Estado en la protección de la vejez. La nueva reforma surge después de la presión de los movimientos sociales “No + AFP” y trata de corregir los problemas derivados de la insuficiencia en la cuantía de las pensiones de capitalización individual, las precarizaciones del trabajo, y las desigualdades de género. De

este modo, aumentan las aportaciones patronales, se introducen mecanismos de beneficios redistributivos para compensar el riesgo de longevidad de las mujeres y se ajusta el mercado en el que operan las AFP mediante la creación de fondos generacionales, pero sin modificar la lógica de ahorro individual. Así, aunque nuevamente se abre el espacio para introducir elementos solidarios con mayor participación estatal, persisten las políticas de protección neoliberales basadas en el ahorro personal.

El trabajo de Andery Badilla presenta un análisis crítico de la evolución del seguro de salud en Costa Rica, destacando como la lógica de mercado y las políticas de austeridad y disciplina fiscal han debilitado la inversión en salud para privilegiar la estabilidad macroeconómica. Los retos que enfrenta el sistema de salud están vinculados con la alta informalidad (42%), desempleo (10%) y el riesgo de que avance la automatización en los empleos. Además, se destaca que la deuda del Estado con la seguridad ha crecido de manera significativa en la última década, colocando al Estado como el principal deudor de la seguridad social en Costa Rica. La política de supeditar la inversión social a criterios económicos se traduce en listas de espera prolongadas para recibir servicios médicos, aumento del gasto de bolsillo, y el deterioro generalizado de los servicios de salud.

El último trabajo a cargo de Lucia Cortes aborda el sistema de salud público en Brasil, en el que se expone la trayectoria histórica hasta la creación del Sistema Único de Salud (SUS) en 1988, como derecho humano. La investigación documenta como desde el periodo colonial hasta la dictadura militar, la atención a la salud ha estado marcada por múltiples desigualdades raciales, de género y clases social. En la dictadura se consolida el sistema de protección a la salud basado en el sistema de seguridad social. Posteriormente, en democracia se impulsaron reformas que concluyeron en la consagración de la salud como derecho universal, organizado por el SUS, bajo un esquema descentralizado, con principios de integralidad y participación comunitaria que articulan atención primaria, especializada y hospitalaria con cooperación entre distintos niveles de gobierno, además se permitir la participación privada. A pesar de los grandes avances, el sistema de salud enfrenta desafíos estructurales derivados del desfinanciamiento, las desigualdades económicas persistentes, presiones del sector privado y limitaciones fiscales que comprometen la universalidad efectiva en el acceso a la salud.

Gabriel Badillo

Instituto de Investigaciones Económicas
Universidad Nacional Autónoma de México
Coordinador del Grupo de Trabajo Seguridad Social y Sistemas de Pensiones

El sistema previsional argentino: trayectorias, reformas y desafíos actuales

Nelson D. Cardozo^{1*}

Introducción

El origen del sistema previsional argentino tiene más de un siglo de historia y es, al mismo tiempo, uno de los más estudiados y disputados de América Latina. Su trayectoria no es lineal: muestra ciclos de expansión, crisis y reformas que reflejan con precisión las tensiones estructurales de la economía y la política del país. Entender esa trayectoria no es un ejercicio de historia institucional, sino la condición necesaria para comprender por qué la cuestión de las pensiones es uno de los principales temas de la agenda pública.

Este artículo propone una lectura analítica del sistema previsional argentino organizando su evolución en torno a tres dimensiones que la literatura especializada identifica como irreducibles: cobertura (¿quiénes acceden al sistema?), sostenibilidad financiera (¿puede el sistema pagarse?) y suficiencia de las prestaciones (¿alcanzan para vivir?). La tesis central es que, durante las últimas tres décadas, la gestión de esas tres dimensiones ha sido fundamentalmente secuencial y contradictoria: cada vez que se prioriza una, las otras dos se deterioran. No es una falla técnica sino un problema político estructural.

Nacimiento, maduración y crisis del sistema previsional argentino

El sistema jubilatorio argentino nació a principios del siglo XX como un archipiélago de cajas jubilatorias sectoriales administradas sectorialmente —empleados públicos, ferroviarios, bancarios, periodistas, comerciantes— cada una con sus propias reglas y su propio equilibrio actuarial. El primer peronismo (1946–1955) realizó una transformación decisiva: pasó de la capitalización colectiva (basado en una lógica actuarial) al sistema de reparto intergeneracional unificado bajo administración estatal. Más tarde, en la década de los años 60, las leyes 18.037 y 18.038 de 1968 completaron esa consolidación de las 13 cajas jubilatorias en tres grandes regímenes: empleados privados, funcionarios públicos y trabajadores independientes. El resultado fue un sistema de amplia cobertura formal, financiado por aportes de trabajadores activos y empleadores, con el Estado cubriendo un déficit cada vez más creciente.

Pero ese modelo mostró sus límites desde mediados de los setenta. La combinación de inflación estructural, informalidad laboral creciente, un sistema de acceso a los beneficios declaratorio que se combinó con amplias moratorias de aportes para trabajadores independientes, acumularon desequilibrios fiscales que minaron el sustento fiscal del sistema. La ratio de activos cotizantes por jubilado cayó de 2,0 en 1982 a 1,3 en 1993, mientras el gasto previsional escalaba del 2,9% al 7,3% del PIB en el mismo período. La declaración de «emergencia previsional» en 1986 y la

^{1*} Universidad Argentina de la Empresa / Administración Nacional de la Seguridad Social, Argentina. Integrante del Grupo de Trabajo Seguridad Social y Sistemas de Pensiones. Contacto: Nelson.cardozo@gmail.com

suspensión de las actualizaciones de haberes fueron síntomas de un sistema que se encaminaba al colapso financiero. Esta crisis estructural es el punto de partida del ciclo reformador que se inicia en los noventa y que, en cierta medida, continúa abierto hasta hoy.

La reforma de 1994: privatización parcial y sus consecuencias

En el marco del proyecto de reforma estructural iniciado en los años 90 bajo una agenda neoliberal que incluía la privatización de empresas públicas y reestructuración del sector público (Oszlak, 1994), el gobierno de Menem impulsó la Ley 24.241, sancionada en 1993 y vigente desde julio de 1994. La reforma creó un sistema mixto inspirado parcialmente en la reforma chilena de 1981: todos los trabajadores contribuirían a un pilar público de reparto (que pagaría una prestación básica universal), y además elegirían entre un segundo pilar de capitalización individual administrado por empresas administradoras —las AFJP— o un segundo pilar público de reparto de gestión pública. El diseño fue posible por una combinación específica de factores: el gobierno tenía mayoría en el Senado y primera minoría en Diputados, la crisis fiscal hacía urgente la reforma, y los sindicatos —el actor de veto más importante— fueron cooptados mediante la posibilidad de crear sus propias AFJP (Alonso, 1998). Este patrón —reforma estructural bajo gobiernos con fuerte apoyo legislativo y crisis que le dan urgencia— se repetiría en 2008. Los resultados estuvieron lejos de cumplir las promesas que anunciaba (Mesa-Lago, 2020). Las AFJP invirtieron cerca del 60% de sus activos en bonos del Estado, que entró en default en 2001. La cobertura previsional cayó del 45% al 33% de la población activa entre 1994 y 2003. En 2002, el 30% de los adultos mayores urbanos estaban bajo la línea de pobreza. La reforma que se justificó en nombre de la sostenibilidad fiscal no solo no la garantizó, sino que generó el problema de los denominados “costos de transición” (el Estado debía pagar pensiones a los jubilados sin recibir sus contribuciones, desviadas al sistema privado) y dejó al descubierto el fracaso del modelo chileno trasplantado al contexto argentino (Bertranou, 2002; Mesa-Lago, 2004).

El ciclo expansivo: aumento de la cobertura y re-estatización (2003–2015)

Luego, de la crisis de los años 2001-2002 el crecimiento económico posterior ofreció nuevas oportunidades para solucionar algunos de los problemas del sistema previsional. Los gobiernos de Néstor Kirchner (2003-2007) y Cristina Fernández de Kirchner (2007-2015) adoptaron un enfoque radicalmente distinto. La prioridad pasó de la sostenibilidad fiscal a la cobertura del sistema como principal objetivo. El instrumento central fueron las llamadas moratorias previsionales: mecanismos que permitían acceder a la jubilación a personas sin los 30 años de aportes requeridos, mediante el pago en cuotas de las contribuciones adeudadas. Las leyes 25.994/24.476 (2006–2007) y 26.970 (2014–2022) incorporaron millones de personas —en su mayoría mujeres con trayectorias laborales discontinuas o en la economía informal— al sistema.

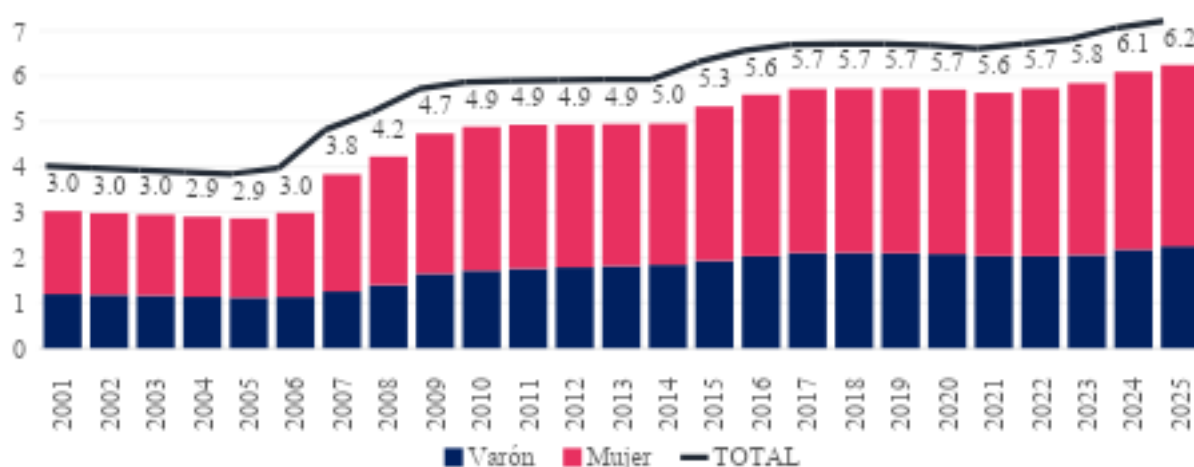
Como muestra la Gráfica 1, la cobertura pasó del 65% a más del 90% de los adultos mayores en menos de una década. La Gráfica 2 ilustra la dimensión de ese cambio en número de beneficiarios: de 3 millones en 2001 a más de 6 millones en 2025, con el crecimiento más marcado entre las mujeres (Calabria, Calero, D’elia, Gaiada, & Rottenschweiler, 2012).

Gráfica 1. Expansión de la cobertura pasiva 2003–2013 (% de personas en edad de jubilarse)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de ANSES y EPH

Gráfica 2. Evolución de los beneficiarios en el sistema nacional de pensiones de Argentina, por sexo, 2001–2025 (en millones)



Fuente: Secretaría de Trabajo- Boletín Estadístico de la Seguridad Social

Una reforma parcial en el año 2007 intentó equilibrar la competencia entre el pilar privado y público del sistema mixto que entre otras medidas, absorbió los contribuyentes con bajo ahorro al régimen público y permitió el libre pasaje entre reparto y las cuentas individuales (Cardozo, 2020). Este proceso culminó con la eliminación de las AFJP en 2008 (Ley 26.425), que transfirió sus activos al Estado creando el SIPA (Sistema Integrado Previsional Argentino). La re-estatización fue posible nuevamente porque el gobierno controlaba ambas cámaras del Congreso y contaba con el apoyo sindical. Pero tuvo una motivación adicional que la literatura registra con precisión: el Estado necesitaba acceder a los activos acumulados —unos 10 puntos del PIB— para financiar su propio déficit (Larrañaga, 2025; Rulli, 2019). El cortoplacismo de la decisión quedó expuesto

cuando estimaciones privadas de la época proyectaban un déficit del sistema del 1,7% al 4,1% del PIB ya para 2030 (Brigger & Cado, 2008).

La sostenibilidad bajo tensión: la trampa de la informalidad

La expansión de la cobertura mediante moratorias tuvo un costo estructural que los datos de la Gráfica 3 ilustran con claridad. El crecimiento de beneficiarios no fue acompañado por un fortalecimiento equivalente de la base contributiva. Alrededor del 43% de la fuerza laboral argentina trabaja en la informalidad: no aporta al sistema, y por tanto no genera el flujo de recursos necesario para financiar las prestaciones actuales ni futuras.

Gráfica 3. Ratio aportantes/beneficio. Regímenes administrados por ANSES, 1994–2025



Fuente: Secretaría de Trabajo, BESS

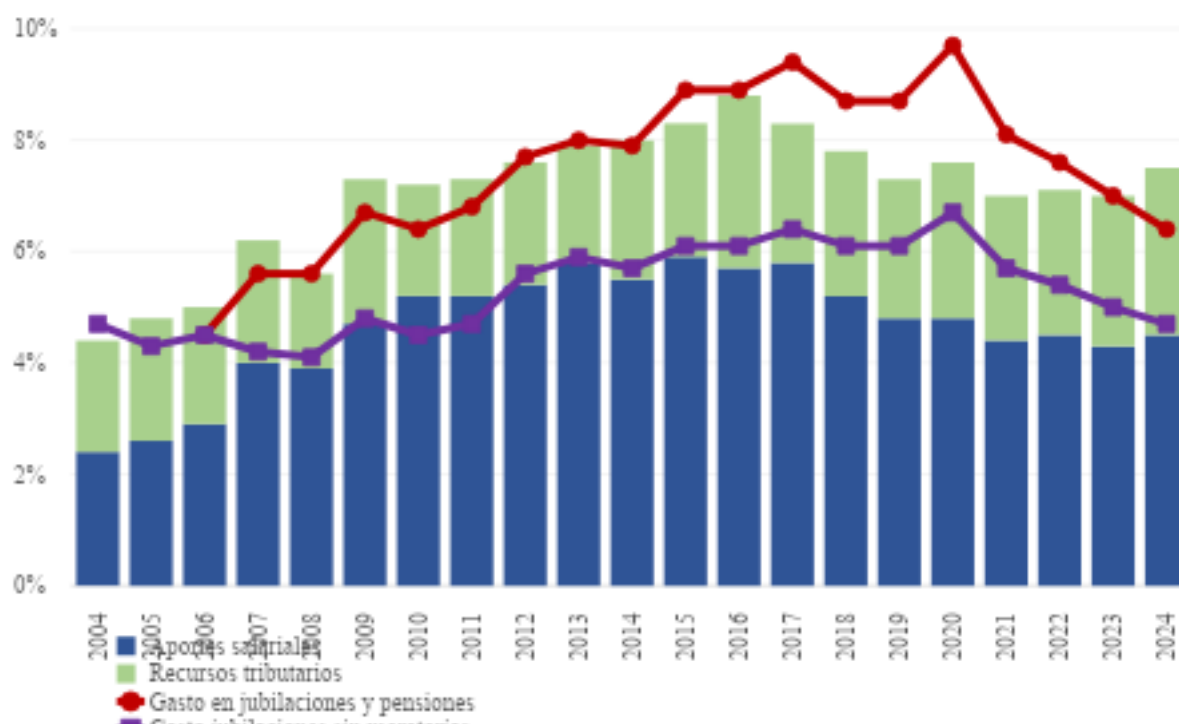
La ratio entre aportantes y beneficiarios —indicador central de sostenibilidad de cualquier sistema de reparto— se deterioró estructuralmente desde mediados de los noventa y se estabilizó en torno a 1,4 en los últimos años. En un sistema de reparto saludable esa ratio debería superar 2,5. La consecuencia directa del deterioro fue una mayor participación de los recursos tributarios en el financiamiento de las pensiones: el sistema dejó de sostenerse, principalmente por aportes y contribuciones, para depender, en medida creciente, de transferencias del Tesoro Nacional.

La Gráfica 4 muestra que, desde comienzos de la década de 2010, la brecha entre los recursos propios del sistema y el gasto total se ha ampliado de manera sostenida. En este contexto, el gasto previsional alcanzó el 6,8 % del PIB en 2025. Esta dinámica no elimina las presiones financieras, sino que las reconfigura: el problema ya no radica principalmente en la relación entre activos y pasivos, sino en el vínculo entre el gasto previsional y el presupuesto total, lo que vuelve al sistema altamente sensible a los ciclos de ajuste fiscal.

El dilema estructural del sistema argentino reside en que una elevada cobertura se ha construido sobre un mercado de trabajo caracterizado por altos niveles de informalidad, lo que introduce tensiones persistentes de sostenibilidad. Las moratorias han operado como un mecanismo compensatorio ex post frente a la incapacidad del mercado laboral formal para incorporar a la mayoría de la fuerza de trabajo en la cobertura previsional contributiva. Mientras la informalidad

estructural persista —y la evidencia sugiere que lo hará en el mediano plazo—, las reformas de carácter paramétrico resultan insuficientes para abordar el problema de fondo.

Gráfica 4. Recursos propios y gasto en jubilaciones y pensiones (% del PIB)



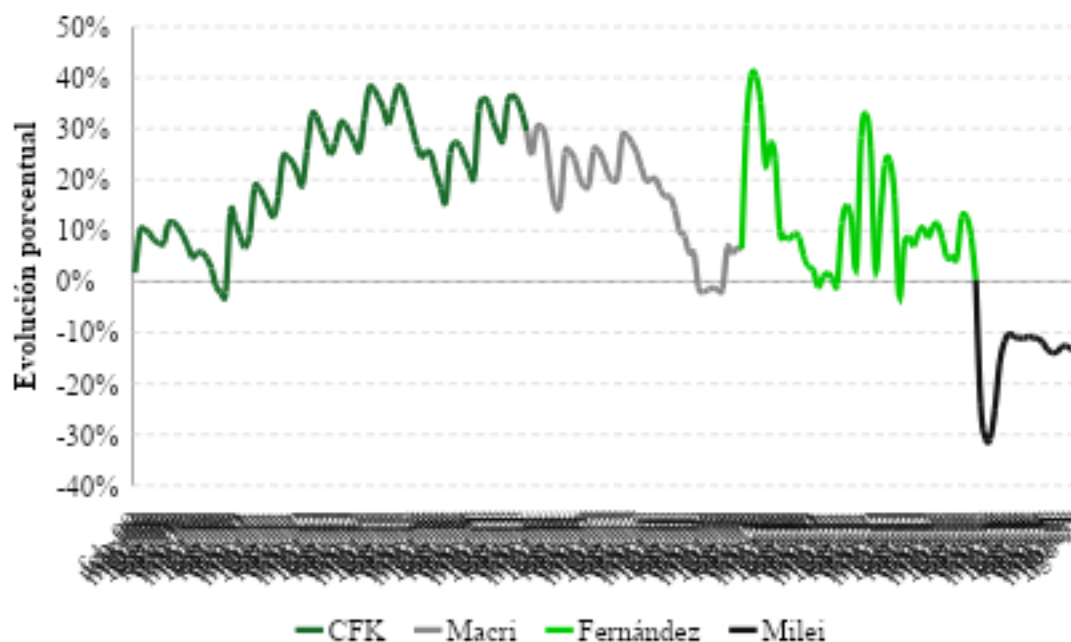
Fuente: IERAL / Fundación Mediterránea (2025)

El período 2015–2026: ajuste sin reforma

Desde 2015, el sistema previsional argentino ha quedado inserto en una dinámica paradójica caracterizada por gobiernos con apoyos legislativos limitados o inestables, restricciones fiscales persistentes y elevados niveles de inflación. En el año 2016 se establece una prestación no contributiva la PUAM (Prestación Universal para el Adulto Mayor) y se realiza un programa de reajuste de haberes voluntarios para eliminar la litigiosidad del sistema previsional. En este contexto, las administraciones evitaron impulsar reformas estructurales de fondo y recurrieron de manera recurrente al único instrumento disponible sin necesidad de mayorías parlamentarias: la modificación de la fórmula de movilidad jubilatoria como mecanismo de contención del gasto.

El resultado ha sido una sucesión de cuatro esquemas distintos en menos de una década: la fórmula introducida en 2017 durante la administración de Macri (70% inflación y 30% salarios); su suspensión en 2019–2020 bajo el gobierno de Fernández, con aumentos discrecionales de carácter redistributivo; la nueva ley de 2021 (50% salarios y 50% recaudación de ANSES); y el DNU 274/2024 de la administración Milei, que establece una indexación mensual basada exclusivamente en la inflación. Cada modificación fue presentada como técnicamente superior a la precedente. Sin embargo, el efecto acumulado de estos cambios se refleja en las tendencias evidenciadas en la Gráfica 5.

Gráfica 5. Evolución del poder adquisitivo de la jubilación mínima (con bonos), por gestión presidencial



Fuente: ANSES, INDEC, Leyes 26.417, 27.426, 27.609 y DNU 274/2024

La Gráfica 5 ilustra las fluctuaciones del poder adquisitivo de la jubilación mínima desde el año 2009. Como puede observarse, se registra una caída acumulada de aproximadamente 50% entre 2015 y 2025. El haber mínimo en abril de 2026 es de AR \$450.319, equivalente a unos USD 310 al tipo de cambio oficial: menos de lo que pagaban los sistemas previsionales de Bolivia o Paraguay ese mismo mes. La suficiencia dejó de ser una dimensión en disputa para convertirse en una variable de ajuste.

Finalmente, la administración de Milei introdujo una ruptura adicional al no prorrogar las moratorias en 2025, clausurando el principal mecanismo de acceso al sistema para trabajadores con trayectorias contributivas incompletas. La medida busca restablecer la lógica contributiva y contener la expansión del gasto. Sin embargo, expone una contradicción estructural: la Pensión Universal para el Adulto Mayor (PUAM), creada en 2016 como alternativa no contributiva, otorga únicamente el 80% del haber mínimo, resulta incompatible con el empleo formal y no genera derecho a pensión por sobrevivencia. En consecuencia, la PUAM carece de la capacidad sustitutiva necesaria frente a las moratorias, lo que sugiere una reducción de la cobertura en los próximos años.

El trilema irresoluble y las condiciones para una reforma viable

La evidencia presentada en este trabajo sugiere que el sistema previsional argentino opera bajo un trilema estructural: resulta extremadamente difícil —e incluso inviable en las condiciones actuales— sostener simultáneamente altos niveles de cobertura, suficiencia de las prestaciones y

solvencia fiscal. La trayectoria reciente da cuenta de esta tensión: mientras que entre 2003 y 2015 la expansión de la cobertura se logró a costa de la sostenibilidad financiera, a partir de 2017 el énfasis en la consolidación fiscal implicó un deterioro de la suficiencia. En la coyuntura actual, el cierre de las moratorias introduce una nueva presión, esta vez sobre el nivel de cobertura.

La literatura comparada sobre reforma previsional es consistente respecto de las condiciones que hacen posible el cambio estructural: la convergencia de crisis que generen urgencia, gobiernos con capacidad legislativa para aprobar reformas de fondo y, de manera decisiva, procesos de negociación con actores políticos y sociales que aseguren su legitimidad y durabilidad (Barr & Diamond, 2008; Busquets, 2022). En Argentina, las reformas de 1994 y 2008 respondieron a este patrón. Las condiciones actuales, en cambio, distan de reproducirlo.

Los casos recientes de Chile (reforma de 2024 y 2025) y Uruguay (2023) muestran que, incluso en contextos de fragmentación política, es posible avanzar en reformas sistémicas mediante estrategias de negociación. En ambos países, gobiernos sin mayorías legislativas amplias lograron aprobar cambios estructurales a través de procesos de deliberación multiactor que involucraron a la oposición y a organizaciones sociales (Angelaki & Carrera, 2025). Esta vía no ha sido adoptada en el caso argentino.

En el plano técnico, existe una amplia convergencia en torno a un conjunto de líneas de reforma consideradas prioritarias (Carpenter, 2024; Grushka, 2016; Rofman, Apella, Mera, López Méndez, & Arakaki, 2025). Se destacan, entre ellas, la unificación de los más de 180 regímenes especiales bajo reglas comunes; la revisión del cálculo de los haberes para reflejar trayectorias laborales completas; el fortalecimiento de la PUAM como piso no contributivo; el desarrollo de mecanismos de ahorro voluntario con incentivos fiscales y esquemas de afiliación automática; y la implementación de políticas activas de formalización laboral orientadas a ampliar la base contributiva. Ninguna de estas medidas presenta obstáculos técnicos significativos: se trata, por el contrario, de reformas ampliamente diagnosticadas y con diseños disponibles. El principal desafío radica en la construcción de acuerdos políticos y sociales que permitan su adopción y sostenimiento en el tiempo. En consecuencia, el problema central no es de diseño institucional, sino de viabilidad política de la reforma.

Reflexiones finales

El sistema previsional argentino constituye un caso paradigmático de los costos que genera la acumulación de decisiones de política pública sin una estrategia articulada de mediano plazo. La expansión de la cobertura fue, sin duda, uno de sus logros más visibles, pero descansó sobre un dispositivo institucional (las moratorias) concebido como solución transitoria y convertido, en la práctica, en soporte permanente del sistema. La sostenibilidad financiera, por su parte, sólo pudo preservarse de manera parcial y a costa de un desplazamiento creciente de la carga hacia el Tesoro. Finalmente, la suficiencia de las prestaciones fue el componente más sistemáticamente erosionado, en especial durante los sucesivos episodios de ajuste fiscal.

En 2026, el resultado es un sistema atravesado por desequilibrios persistentes: 6,2 millones de beneficiarios activos, de los cuales el 60% accedió mediante moratorias; una relación de apenas 1,4 aportantes por beneficiario; un gasto previsional equivalente al 6,8% del PIB, financiado en proporción creciente con recursos del presupuesto nacional; y un haber mínimo de aproximadamente 310 dólares mensuales que, tras una pérdida acumulada de poder adquisitivo cercana al 50% en la última década, ha dejado de cumplir adecuadamente su función básica de protección. Más que un sistema estabilizado, lo que emerge es un régimen que logró ampliar derechos sin consolidar sus bases de financiamiento y que, ante cada restricción macroeconómica, reintroduce el ajuste sobre los ingresos de los propios jubilados.

En este contexto, la ubicación de Argentina en el penúltimo lugar del índice Mercer (2025) no debería leerse como una condena definitiva, sino como la expresión sintética de un problema estructural largamente postergado. El diagnóstico está disponible y las principales alternativas de reforma han sido identificadas. Lo que sigue ausente no es conocimiento técnico, sino capacidad política para construir un acuerdo intertemporal que trascienda los ciclos de gobierno y distribuya de manera más equitativa los costos de la transición. Mientras ello no ocurra, el sistema seguirá oscilando entre parches incompletos, restricciones fiscales y deterioro prestacional, con una constante difícil de soslayar: los jubilados continuarán siendo, una y otra vez, la variable de ajuste.

Referencias

- Alonso, Guillermo. (1998). Democracia y reformas: Las tensiones entre decretismo y deliberación. El caso de la reforma previsional Argentina. *Desarrollo Económico. Revista de Ciencias Sociales*, 38(150), 595–626. <https://doi.org/10.2307/3467351>
- Angelaki, Marina, & Carrera, Leandro Nicolás (2025). Comparative pension reform pathways in Latin America and Southern Europe: A tale of successes, failures , and future challenges. *Journal of International and Comparative Social Policy*, 1–14. <https://doi.org/10.1017/ics.2025.10062>
- Barr, Nicolas, & Diamond, Peter (2008). *Reforming Pensions: Principles and Policy Choices*. New York: Oxford University Press.
- Bertranou, Fabio (2002) Diagnóstico institucional del sistema previsional argentino y pautas para enfrentar la crisis. *El Debate Actual Sobre La Seguridad Social*, 97–98. Buenos Aires: Confederación General del Trabajo/ OIT. Retrieved from http://white.lim.ilo.org/spanish/260ameri/oitreg/activid/proyectos/actrav/segsoac/acervo/pdf/libro_previsional.pdf
- Bridger, Nicolás & Cado, Osvaldo (2008). El modelo previsional en Argentina y su sostenibilidad temporal. Prefinex. Disponible en <http://www.senado.gov.ar:88/6964.pdf>.
- Busquets, José Miguel (2022, June 1). La agenda de la reforma previsional: trayectoria y dilemas. *La Diaria*. Retrieved from https://ladiaria.com.uy/opinion/articulo/2022/6/la-agenda-de-la-reforma-previsional-trayectoria-y-dilemas/?fbclid=IwAR1xFYfgDMkasItTHEg50IM5Nnu_2muIw44T-NShuF4COOB0DZ4bdc5NY4o
- Calabria, Alejaro, Calero, Analía, D'elia, Valeria, Gaiada, Julio C., & Rottenschweiler, Sergio

- (2012). Análisis del Plan de Inclusión Previsional: protección, inclusión e igualdad. *CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, 74, 285–311. Retrieved from www.ciriec.eswww.ciriec-revistaeconomia.es
- Cardozo, Nelson Daniel (2020). *La reforma previsional en Argentina (2003-2010). Problemas, trayectorias y cambios en la seguridad social* (Universidad de Buenos Aires). Universidad de Buenos Aires. Recuperado de https://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/tpos/1502-1566_CardozoND.pdf
- Carpenter, Sergio (2024). Hitos en la trayectoria reciente de la previsión social argentina. In S. Fraschina (Ed.), *Seguridad social argentina. Trayectorias, debates y horizontes previsionales* (pp. 85–112). Adrogué: IADE/Universidad Nacional Guillermo Brown.
- Grushka, Carlos (2016). *Perspectivas del Sistema Integrado Previsional Argentino y de ANSES*. Buenos Aires.
- IERAL. Instituto de Estudios sobre la Realidad Argentina y Latinoamericana, 2025. De las moratorias al ordenamiento integral del sistema previsional. Buenos Aires: Fundación Mediterránea.
- Larrañaga, María Sol (2025). Trayectorias de la seguridad social en la Argentina. In C. Caamaño (Ed.), *Problematizar la Argentina actual: juventudes, pobreza, género y trabajo en el centro del debate* (pp. 343–402). Buenos Aires: Teseo.
- Mercer (2025). *Mercer CFA Institute Global Pension Index 2025*. Melbourne: Mercer LLC. Recuperado de www.mercer.com/globalpensionindex
- Mesa-Lago, Carmelo (2004). *Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social* (No. 144). Santiago de Chile.
- Mesa-Lago, Carmelo (2020). *Evaluación de cuatro décadas de privatización de pensiones en América Latina (1980-2020): Promesas y realidades*. Ciudad de México: Fundación Friedrich Ebert en México. Retrieved from https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action;jsessionid=o96yDF1LYHg71IXevmNETmBtWQWGHKqvCYJ3i4oV4Ysjl2bqzG0n!-2033066120?id=57187&bcsi_scan_b47d57e393405583=awQCu0o9gnsMhQ1CwR6MnTCD C/odAAAAHiIUIA==&bcsi_scan_filename=RessourcePDF.action%3Bjs
- Oszlak, Oscar (1994). Estado y sociedad: Las nuevas fronteras. In B. Kliksberg (Ed.), *El Rediseño del Perfil del Estado*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica. Retrieved from <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/un-dpadm/unpan040064.pdf>
- Rofman, Rafael, Apella, Ignacio, Mera, Manuel, López Méndez, Emanuel, & Arakaki, Agustín (2025). *Midiendo el impacto de una reforma integral del sistema previsional en Argentina*. Buenos Aires. Retrieved from https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2025/11/Midiendo_el_impacto_de_una_reforma_previsional_en_Argentina.pdf
- Rulli, Mariana (2019). *La política de las reformas previsionales en Argentina (1993-2015)*. Viedma: Editorial UNRN.
- Secretaría de Seguridad Social (2025). Boletín Estadístico de la Seguridad Social (BESS). Buenos Aires: Ministerio de Capital Humano.

Perspectivas de los sistemas de pensiones en México ante el dilema previsional: sostenibilidad, política y envejecimiento

Gabriel Badillo^{2*}

Contexto general

El sistema previsional en México se estructura a partir de una combinación de seguros contributivos de Beneficio Definido (BD), un esquema de ahorro para el retiro de Contribución Definida (CD) y un programa social de pensiones no contributivas. Los esquemas de BD más importantes son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales del Estado (ISSSTE), creados en 1943 y 1959 respectivamente³. Pese a que estos seguros ofrecen protección integral a los trabajadores de los sectores público y privado, actualmente hay más de cien sistemas de pensiones para los trabajadores de diversas instituciones públicas: fuerzas armadas, poder judicial, organismos autónomos, universidades, estados y municipios entre otras instituciones (ASF, 2018).

Los sistemas de BD fueron institucionalizados durante la segunda mitad del siglo XX, e incorporaron mecanismos de financiamiento como la prima media, prima escalonada, capitales constitutivos y reparto. En la actualidad, sin embargo, se sostienen principalmente con transferencias de recursos fiscales. La marcada fragmentación de sistemas pensionarios, cada uno con su propia normatividad y criterios de protección, ha limitado la cobertura al 35% de la población mayor. Con cálculos propios, se estima que la cuantía media de las pensiones es de \$1,137 dólares mensuales, mientras que el costo anual equivale al 4.5% del PIB, representa el 25% del gasto programable y genera una deuda actuarial de 104% del PIB de acuerdo con Colmenares (2013) y de 120% según Aguirre (2012).

El sistema de contribución definida con capitalización individual y administración privada fue introducido en los años noventa, como reemplazo de los esquemas de BD para las nuevas generaciones. También, desde el año 2001 hay un programa social de transferencias monetarias, que ha aumentado su cobertura de manera paulatina hasta alcanzar cobertura universal entre 2012 y 2014. Este programa ofrece 170 dólares mensuales y también se financia con recursos fiscales.

Los sistemas de pensiones de BD, especialmente el de los servidores públicos enfrentan problemas de sostenibilidad, debido a que los parámetros para la determinación de los beneficios sobrepasan por mucho las capacidades técnicas de sus sistemas financieros. Particularmente, resulta insostenible el haber incorporado una distorsión estructural: garantizar en el retiro un nivel de consumo cercano o superior al de la etapa activa, al otorgar pensiones equivalentes o cercanas a los últimos salarios. Los sistemas de pensiones de beneficio definido también enfrentan problemas de sostenibilidad debido a la fragmentación. La sustitución de los pensionados por nuevos trabajadores activos no está sujeta a la dinámica

^{2*} Técnico Académico de Tiempo Completo en el Instituto de Investigaciones Económicas (IIEc) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Coordinador del Grupo de Trabajo Seguridad Social y Sistemas de Pensiones. Contacto: gbadillo@iiec.unam.mx

³ Los sistemas de pensiones de BD del IMSS e ISSSTE fueron cerrados en 1997 y 2007 respectivamente. Las pensiones que derivan de estos sistemas son financiadas con recursos públicos a cargo del gobierno federal. Aún quedan muchos sistemas de pensiones de BD vigentes en estados, municipios y otras instituciones.

demográfica —es decir, al crecimiento natural de la población—, sino que depende de las limitadas posibilidades de cada institución para contratar nuevo personal, lo que ha impedido mantener una razón de dependencia óptima entre cotizantes y jubilados.

Las fallas estructurales de los sistemas de BD fueron menos visibles mientras la estructura poblacional era expansiva, y la economía generaba empleos suficientes a mediados del siglo XX. Sin embargo, en el contexto de las crisis económicas de los años ochenta y noventa, la presión de la deuda externa, la caída del precio del petróleo —hasta entonces una de las principales fuentes de financiamiento y divisas—, el aumento generalizado de los precios, la fuga de capitales, el colapso cambiario y la fragilidad del sistema financiero hicieron evidentes sus limitaciones. Para evitar el colapso de los seguros sociales, en los años noventa inició un proceso de reformas para reemplazar los esquemas de BD por CD con capitalización individual y administración privada.

Reformas Recientes

Con las reformas estructurales y el cierre del sistema de beneficio definido del IMSS en 1995 y el ISSSTE en 2007, México se incorporó a un nuevo modelo de desarrollo, en el que la CD debía cumplir un doble propósito. En primer lugar, evitaba la quiebra técnica del seguro social al liberarlo de la carga pensionaria, lo que permitía que continuara cumpliendo con su función esencial de brindar servicios de salud (IMSS, 2007). En segundo lugar, los recursos colocados en las Administradoras de Ahorro para el Retiro (AFORE, conocidas como AFP en otros países) tenían el objetivo de vincular el ahorro con la inversión y activar el círculo virtuoso de ahorro, inversión, crecimiento, empleo y desarrollo, en el que el ahorro interno se concebía como “la base primordial del crecimiento” (Gobierno de México, 1995).

Después de 29 años, el ahorro acumulado en el sistema de pensiones de CD supera los 67,000 millones de dólares, lo que equivale al 24% del PIB, siendo el 57% de los recursos rendimientos generados por las inversiones financieras del sistema (Gobierno de México, 2026). Al respecto, Noriega (1997) ha encontrado que la reforma contribuyó de manera significativa al aumento del ahorro, aunque los resultados de un estudio reciente de Felipe et al. (2025) destaca que las estructuras productivas limitaron los efectos sobre el crecimiento, resultando en una contribución cercana al 4% del PIB acumulado entre 1997 y 2024, además de una contribución sobre el empleo estimada en 160 mil puestos de trabajo formales.

Pese a la participación en el ahorro y el crecimiento, la CD no logró cumplir con las expectativas: después de 25 años de operación únicamente cuatro mil trabajadores lograrían contratar una renta vitalicia con una tasa de reemplazo más baja de lo pronosticado (CONSAR, 2023). Para remediar esta situación, en 2020 se presentó una nueva reforma que prometía revertir los problemas de la CD mediante las siguientes acciones: reducción de las semanas de cotización en 40%, pero de manera transitoria, aumentando 25 semanas cada año hasta llegar a 1000 semanas en 2031, esto significa 20% menos tiempo de cotización del originalmente establecido; aumento de las contribuciones patronales del 3.15% hasta el 11.9% de manera progresiva al salario del trabajador; aumento de la cuantía de la pensión mínima garantizada, y disminución de las semanas de cotización requerida, también de manera transitoria; disminución de las comisiones de las AFORE para ajustarse al promedio cobrado en EE. UU, Colombia y Chile (SHCP, 2021). Con estas medidas, más de 100 mil trabajadores se retiraron, y la pensión que inicialmente se estimaba en 147 dólares incrementó hasta 298 dólares (sin incluir la pensión no contributiva) (Banxico, 2021).

En términos generales, la reforma permitió que un mayor porcentaje de personas accediera al retiro, al disminuir, aunque de manera temporal los requisitos y mejorar la tasa de reemplazo. No obstante, la mayor parte de los beneficios serán financiados con recursos públicos, sin haber corregido las estructuras que determinan la densidad de contribución, como la informalidad laboral. Además, es posible que el incremento de las contribuciones patronales no sea suficiente, dado que 80% de los trabajadores cotizan hasta con tres salarios mínimos, y en los últimos años se observa una reducción significativa de quienes cotizaban con más de tres salarios. La reforma tampoco incluyó ajustes en la contribución de los trabajadores del IMSS, que continuarán aportando el 1.125% de su salario base desde 1943.

En la práctica, la reforma aumenta la carga fiscal para las finanzas públicas sin que exista un mecanismo de financiamiento verdaderamente sostenible. A cambio de evitar el descontento social, ocasionado por la promesa del gobierno de revertir la capitalización y regresar al sistema de beneficio definido, en 2024 se presentó una nueva reforma para mejorar la tasa de reemplazo —con cargo a las finanzas públicas— hasta un límite de 955 dólares mensuales.

Para financiar esta reforma, se creó un fondo administrado por el Banco de México (Banxico) con un capital inicial de 3,750 millones de dólares, provenientes, principalmente de los recursos de las cuentas inactivas en las AFORE. A estos recursos se sumaron ingresos derivados de la liquidación de instituciones públicas, la venta de bienes inmuebles propiedad del Estado, el cobro de adeudos estatales con la seguridad social, así como aprovechamientos, donaciones, utilidades de proyectos productivos estatales (como el Tren Maya y la Refinería de Dos Bocas) y los rendimientos generados por las inversiones del propio fondo.

El principal problema de estas fuentes de financiamiento es que la mayoría corresponde a recursos no recurrentes. Además, los proyectos productivos del Estado presentan déficits significativos, con un elevado impacto fiscal y ambiental, sin perspectivas claras de rentabilidad (Martínez, 2019). Esta situación genera una incertidumbre considerable sobre la sostenibilidad fiscal del fondo, lo que permite anticipar que, una vez agotado el capital inicial, su capitalización dependerá exclusivamente de transferencias de recursos públicos.

La enorme presión sobre las instituciones de seguridad social por la demanda de servicios de salud condujo a que, en febrero de 2025, el gobierno federal presentara una iniciativa para aumentar la base gravable de las cotizaciones del seguro de salud del ISSSTE. La reforma únicamente afectaría a los trabajadores de confianza con los mayores salarios, pero hubo una fuerte resistencia por parte de un grupo magisterial, aliado electoral del partido Morena (partido que actualmente gobierna México) en las elecciones presidenciales de 2018 y 2024.

La respuesta organizada de los maestros derivó en una rápida escalada de las demandas hasta exigir la eliminación del sistema de contribución definida, bajo la amenaza de retirar el capital político prestado al partido Morena en las elecciones locales de 2027 y presidenciales de 2030. Para disminuir la presión y retener el capital político de los maestros, el gobierno emitió un decreto presidencial que reduce la edad de retiro de la generación en transición del ISSSTE,⁴ hasta los 55 años para los hombres y 53 para las mujeres.

⁴ La generación en transición son los asegurados activos que conservan los derechos del sistema de BD, y tienen la posibilidad de elegir los beneficios del sistema de CD cuando se retiren.

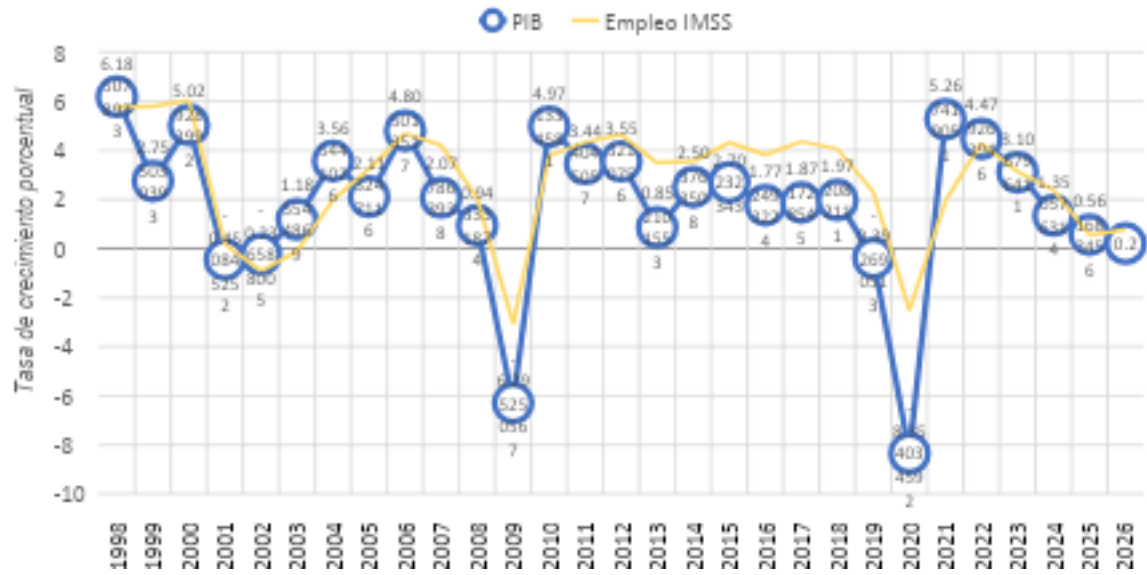
En términos económicos, la reducción de la edad de retiro implica una presión adicional sobre las finanzas públicas, estimada en 5,600 millones de dólares durante los próximos cinco años. Mientras que, en el ámbito político, esta medida refleja un retorno a las prácticas de carácter corporativo, que en el pasado contribuyeron a la fragmentación de los sistemas pensionarios. Además, el decreto confirma las advertencias formuladas durante años acerca de los incentivos que enfrentan los gobiernos para implementar políticas regresivas, contrarias a la sostenibilidad de la seguridad social. Asimismo, plantea interrogantes sobre la capacidad y legitimidad del Estado para mantener la administración de los sistemas públicos de pensiones en condiciones de estabilidad y equidad intergeneracional.

Retos y Perspectivas

Los sistemas de pensiones en México enfrentan un doble desafío: ampliar la cobertura y garantizar mecanismos sostenibles de financiamiento para el creciente gasto derivado de los esquemas de beneficio definido. Como se ha señalado en secciones anteriores, la falta de fuentes de financiamiento específicas ha hecho que la viabilidad de estos sistemas dependa directamente del desempeño de las finanzas públicas. En este contexto, aun cuando los gobiernos instrumentaron políticas de disciplina fiscal, los sistemas pensionarios mantuvieron una dinámica de baja cobertura, y aumento del gasto público, en un entorno de crecimiento económico débil, pero positivo y con relativa estabilidad macroeconómica.

En años recientes, se ha iniciado un nuevo ciclo de reformas orientado a fortalecer la *justicia social*, caracterizado por un aumento marginal de la cobertura y una mejora significativa en las prestaciones. Sin embargo, este proceso ocurre en un escenario marcado por el déficit fiscal creciente y la recesión económica (Gráfica 1). Desde 2018, la tendencia del ciclo económico ha cambiado hacia un notable decrecimiento, impulsado por factores internos asociados con restricciones a la inversión: el aumento de los costos laborales, la inseguridad jurídica, la pérdida de confianza de los inversionistas y la incertidumbre respecto a la capacidad del gobierno mexicano para negociar acuerdos comerciales con Estados Unidos.

Gráfica 1. Crecimiento de la economía y del empleo formal en México 1994-2025



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía

La concentración del poder en una sola coalición política ha implicado la reducción de la autonomía de órganos fundamentales para garantizar la competencia. Asimismo, el debilitamiento de las instituciones encargadas de la administración de justicia y la consecuente pérdida de independencia, han creado un clima de desconfianza que desincentiva la inversión. Estas nuevas condiciones institucionales se reflejan en una caída sostenida de la formación bruta de capital fijo durante dos años consecutivos.

Por otra parte, el incremento de los costos laborales, combinado con el estancamiento de la productividad, ha reducido el número de empleadores, afectando de manera más significativa a empresas de menor tamaño con hasta cincuenta trabajadores, aunque el impacto ha sido generalizado. En el ámbito de la seguridad social, esta dinámica se ha traducido en una desaceleración de las tasas de crecimiento del empleo asegurado, que alcanzaron su punto mínimo en junio de 2025, con apenas seis mil empleos formales adicionales.

México también se enfrenta al desafío del envejecimiento demográfico. La tasa global de fecundidad, actualmente de 1.9 hijos continuará disminuyendo hasta estabilizarse en 1.7 hijos hacia 2040, lo que dificultará el reemplazo generacional necesario para financiar los sistemas de pensiones de beneficio definido. Aunque la mortalidad presenta niveles atípicamente elevados debido a causas violentas y a la prevalencia de enfermedades no transmisibles, la esperanza de vida continuará aumentando hasta alcanzar niveles comparables a los de países desarrollados como parte del proceso de convergencia demográfica.

El acelerado envejecimiento poblacional implica que, durante los próximos 24 años, el índice de envejecimiento pasará de 39 a 112 mayores por cada 100 adultos en edades activas. Este cambio demográfico ejercerá una presión considerable sobre las finanzas públicas y los sistemas de pensiones, lo que se traduce en un mayor esfuerzo social para pagar las pensiones, pese a que no toda la población será beneficiada de manera igualitaria, dado que la mayoría, únicamente recibirá los beneficios mínimos de la pensión no contributiva (DLS \$170).

En síntesis, los sistemas de pensiones se enfrentan a tres grandes retos: el demográfico marcado por el envejecimiento de la población. El económico derivado del déficit fiscal creciente y la recesión económica. Y el político, dado que las decisiones gubernamentales han privilegiado concesiones previsionales con fines políticos, mientras se han postergado los ajustes paramétricos y reformas estructurales necesarias para garantizar la sostenibilidad de la seguridad social.

En este escenario adverso, resulta impostergable impulsar nuevas reformas a los sistemas de pensiones orientadas a la sostenibilidad, y no únicamente al incremento de beneficios. Ello exige un nuevo contrato social que permita: renegociar las pensiones en curso de pago de los esquemas de beneficio definido; actualizar las cuotas de los trabajadores del IMSS (no pueden continuar aportando 1.125%); ampliar la base gravable mediante la incorporación de amplios sectores de la economía informal al circuito formal; indexar la edad de retiro con la esperanza de vida; reducir la brecha de la edad de retiro entre hombres y mujeres y eliminar todos los privilegios previsionales otorgados como moneda de cambio. En suma, se requiere una política de Estado que coloque los intereses de la seguridad social por encima de cualquier cálculo partidista, y una clase política dispuesta a asumir el costo de decisiones impopulares con un alto impacto electoral. De momento, sin embargo, este compromiso no parece simplemente improbable, sino prácticamente imposible.

Referencias

- Aguirre, Francisco (2012). Pensiones ¿y con qué? Fineo.
- ASF. Auditoría Superior de la Federación (2018). Pensiones bajo el Régimen de Beneficio Definido: informe individual del resultado de la fiscalización superior de la cuenta pública 2018, auditoría de desempeño: 2018-0-06100-07-0047-2019.
- Banxico. Banco de México (2021). La Reforma del Sistema de Pensiones de México: posibles efectos sobre las jubilaciones, la dinámica del ahorro obligatorio y las finanzas públicas. Disponible en: <https://www.banxico.org.mx/publicaciones-y-prensa/informes-trimestrales/recuadros/%7B097F33DE-A56A-DA9E-9620-7A9CDC32AA8B%7D.pdf>
- Colmenares, Pedro (2013). Pensiones en México: La próxima crisis. Siglo XXI Editores México.
- CONSAR. Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (2023). El Sistema de Ahorro para el Retiro a 26 años de su implementación. Disponible en: <https://www.gob.mx/consar/en/articulos/el-sistema-de-ahorro-para-el-retiro-a-26-anos-de-su-implementacion>
- Larraín Felipe, Esquivel Gerardo y González Hermann (2025). Impacto de los fondos de pensiones en la economía mexicana. CLAPES UC, Centro Latinoamericano de políticas económicas y sociales. Disponible en: <https://amafore.org/informesestudios/impacto-de-los-fondos-de-pensiones-en-la-economia-mexicana/>
- Gobierno de México. (1995). Plan Nacional de Desarrollo 1995–2000. Diario Oficial de la Federación. edición matutina, segunda sección, Poder Ejecutivo, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 (separata). Disponible en: https://www.dof.gob.mx/index_113.php?year=1995&month=05&day=31#gsc.tab=0
- Gobierno de México. (2026). El Sistema de Ahorro para el Retiro continúa fortaleciéndose en beneficio de los trabajadores. Disponible en: <https://www.gob.mx/consar/articulos/el-sistema-de-ahorro-para-el-retiro-continua-fortaleciendose-en-beneficio-de-los-trabajadores-416834?idiom=es>
- IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social (2007). Exposición de Motivos de la Ley del Seguro Social de 1995. México, D.F.: Secretaría de Servicios Parlamentarios, Centro de Documentación, Información y Análisis, direcciones de bibliotecas y de los sistemas de información, Subdirección de Archivo y Documentación.
- Martínez, Ana (2019). Nota técnica Proyecto del Tren maya. Instituto Mexicano para la Competitividad A.C. (IMCO). Disponible en: <https://imco.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/NOTA-TE%CC%81CNICA.-PROYECTO-DEL-TREN-MAYA-1-04-19-CR16-10-2019-IMCO.pdf>
- Noriega, Carlos (1997). Ahorro doméstico y la reforma al sistema de pensiones de México, Gaceta de economía, V2, N4, primavera, pp. 125-142, México.
- SHCP. Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2021). Reforma a la Ley del Seguro Social y a la Ley del SAR. Resumen del decreto.

La reforma previsional chilena de 2025: los problemas de suficiencia, rol del estado y reintroducción de mecanismos de solidaridad

Roxana Valdebenito^{5*}

Introducción: El sistema de pensiones chileno en el contexto de las transformaciones contemporáneas

Los sistemas de pensiones fueron creados en un mundo diferente al nuestro. El envejecimiento poblacional, las transformaciones tecnológicas del mundo del trabajo, la precarización laboral y las tensiones sobre sostenibilidad fiscal y legitimidad democrática han tensionado crecientemente la capacidad de los Estados para garantizar protección durante la vejez (Mesa-Lago, 2004; Organización Internacional del Trabajo, 2021). Chile es un caso paradigmático. La reforma implementada durante la dictadura en 1980 transformó radicalmente el sistema de pensiones, reemplazando un modelo de reparto organizado en cajas por un sistema de capitalización individual, administrado por entidades privadas, denominadas Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Ahora, este proceso se inscribió en una transformación más amplia, pues en 17 años de dictadura, Chile se convirtió en uno de los principales laboratorios del neoliberalismo contemporáneo (Harvey, 2007; Moulian, 1997; Gárate, 2012).

Las masivas movilizaciones sociales impulsadas desde 2016 por el movimiento “No + AFP” y otras expresiones del mundo social, visibilizaron este descontento y reinstalaron el debate sobre seguridad social en el centro de la discusión pública chilena. Posteriormente, el estallido social de 2019 profundizó el cuestionamiento ciudadano hacia las instituciones políticas, económicas y sociales construidas durante la transición democrática. Tanto en los Gobiernos de Bachelet II (2014 – 2018) como de Piñera II (2018 – 2022) se intentaron amplias reformas al sistema de pensiones que no llegaron a concretarse.

En este contexto, la reforma previsional aprobada en 2025 bajo el gobierno de Gabriel Boric constituye un punto de inflexión relevante. Mantiene la estructura general de capitalización individual, pero incorpora mecanismos de solidaridad intergeneracional y fortalece el rol público en la protección social, reabriendo parcialmente espacios desplazados durante décadas por la lógica estrictamente individual del ahorro previsional.

Origen y consolidación del modelo AFP

A partir de 1981, el sistema de pensiones chileno se instaló como modelo de capitalización individual administrado por entidades privadas, las AFP⁶. Bajo este esquema, cada trabajador y trabajadora debía financiar su propia jubilación mediante el ahorro obligatorio acumulado a lo largo de su vida laboral, cuyos fondos serían invertidos en el mercado financiero. Esta transformación se inscribió en un proyecto más amplio de reorganización neoliberal del Estado y la economía chilena. Como señala Harvey (2007), el neoliberalismo es un proyecto político destinado a reconfigurar las relaciones sociales y los mecanismos de distribución del poder. Tomás

^{5*} Observatorio de Políticas Económicas OPES. Integrante del Grupo de Trabajo Seguridad Social y Sistemas de Pensiones. Contacto: roxanavaldebenitomontenegro@gmail.com

⁶ Dado que los afiliados al sistema de reparto en ese momento podían optar por quedarse en ese sistema, que pasó enteramente a administración estatal, el llamado sistema de reparto residual tenía a diciembre del 2024 más de 9 mil cotizantes y 499.411 pensiones pagadas (Informe Estadístico Anual de Seguridad Social, Subsecretaría de Previsión Social, 2025).

Moulian (1997) describe este proceso como la consolidación de una “modernización capitalista” que transformó no solo las instituciones económicas, sino también las subjetividades y formas de organización social.

Al mismo tiempo, el sistema AFP consolidó un profundo proceso de financiarización de la seguridad social. Los fondos previsionales comenzaron a desempeñar un rol central en el mercado de capitales chileno, financiando inversiones en sectores como la banca, el retail, infraestructura y mercados internacionales. Tal como señala Lapavitsas (2009), la financiarización implica la creciente subordinación de distintas dimensiones de la vida social a la lógica de acumulación financiera. En Chile, los ahorros previsionales se transformaron en uno de los principales soportes del modelo económico neoliberal. A diciembre de 2024, el total de recursos administrados por las AFP superaba los 185 billones de pesos chilenos, cifra equivalente a más de la mitad del PIB nacional (AAFP, 2025). Esto convirtió al sistema previsional no solo en un mecanismo de protección social, sino también en un actor estructural de la economía política chilena.

La literatura crítica sobre seguridad social ha mostrado cómo la privatización previsional transformó profundamente la relación entre ciudadanía y derechos sociales. Según Esping-Andersen (1993), los sistemas de bienestar cumplen históricamente funciones de desmercantilización, es decir, permiten reducir la dependencia absoluta de las personas respecto del mercado para garantizar condiciones básicas de vida. El caso chileno avanzó precisamente en la dirección opuesta, subordinando crecientemente la seguridad económica durante la vejez a la capacidad individual de ahorro y a la dinámica de los mercados financieros.

En este sentido, el modelo chileno puede entenderse como una expresión radical del proceso de individualización contemporánea (ver evolución de este proceso en la Imagen 1). Ulrich Beck (1998) plantea que las sociedades modernas trasladan crecientemente riesgos estructurales hacia individuos que deben gestionar privadamente incertidumbres producidas socialmente. El sistema AFP constituye un ejemplo paradigmático de este desplazamiento: riesgos asociados a empleo, longevidad, volatilidad financiera y crisis económicas son enfrentados principalmente mediante mecanismos individuales de ahorro.

Imagen 1. Línea de tiempo de las reformas al sistema previsional chileno, 1980-2025



Como señalan Titelman, Uthoff y Jiménez (2008), los sistemas de capitalización individual implementados en América Latina mostraron tempranamente importantes dificultades para

garantizar cobertura universal y suficiencia previsional. En consecuencia, diversos Estados comenzaron progresivamente a reintroducir mecanismos solidarios para corregir desigualdades estructurales generadas por los propios mercados laborales. La primera gran reforma posterior al modelo original ocurrió en 2008, durante el primer gobierno de Michelle Bachelet. A partir del diagnóstico sobre las bajas pensiones proyectadas y la insuficiencia del ahorro individual, se creó el denominado Pilar Solidario, incorporando mecanismos estatales orientados a complementar las pensiones más bajas y otorgar cobertura a sectores históricamente excluidos del sistema contributivo. La expansión posterior de estos beneficios culminó en la creación de la Pensión Garantizada Universal (PGU) el 2022, la cual amplió considerablemente la cobertura estatal hasta alcanzar al 90% de la población adulta mayor (Cuadro 2). Este proceso representa un giro significativo respecto del paradigma original de autosuficiencia individual impulsado durante la dictadura militar.

Cuadro 1. Evolución de los parámetros de Pensión Básica Solidaria y PGU, 2008-2024

Período inicio vigencia	Tramo edad	Monto PBS (\$ de cada año)	Cobertura población
jul-08	65 años y más	\$ 60,000	40% población total del país
sep-09	65 años y más	\$ 75,000	50% población total del país
jul-10	65 años y más	\$ 75,840	55% población total del país
jul-11	65 años y más	\$ 78,449	60% población total del país
ene-22	65 años y más	\$176,096	60% población total del país
feb-22	65 años y más	\$185,000	60% población total del país
ago-22	65 años y más	\$193,917	90% población 65 años o más
feb-23	65 años y más	\$206,173	90% población 65 años o más
abr-23	65 años y más	\$206,173	90% población total del país
feb-24	65 años y más	\$214,296	90% población total del país

Fuente: Elaboración propia con el Informe Estadístico Anual de Seguridad Social 2024, publicación julio 2025.

Los datos disponibles para 2024 muestran que el gasto público en pensiones alcanzó un 4,03% del PIB nacional, considerando tanto el sistema civil como los regímenes previsionales de las Fuerzas Armadas y de Orden (Cuadro 2). Del total del gasto previsional, más del 53% corresponde al financiamiento del Pilar Solidario y la Pensión Garantiza Universal (PGU) (Subsecretaría de Previsión Social, 2025).

Lejos de desaparecer, el Estado chileno ha debido asumir crecientemente funciones compensatorias frente a las limitaciones estructurales del modelo de capitalización individual. La Pensión Básica Solidaria, creada en 2008 para cubrir al 40% más vulnerable de la población mayor de 65 años, fue ampliándose progresivamente, tanto en cobertura, como en montos. Posteriormente, la PGU redefinió el alcance de esta protección incorporando una lógica de mayor universalidad. Este proceso puede interpretarse también como expresión de una transformación en las formas de legitimidad del sistema previsional.

Cuadro 2. Composición del gasto público previsional como porcentaje del PIB, 2024

Concepto	Ejecución Presupuestaria MM\$	% del PIB 2024	% Gasto Público en Pensiones
Sistema de Pensiones Solidarias y Pensión Garantizada Universal	6,671,339	2.14%	0.53%
Pensiones del Sistema Antiguo, de Reparación y Bono de Reconocimiento	2,435,513	0.78%	0.19%
Tesoro Público	79,774	0.03%	0.01%
Total, gasto en pensiones	9,186,627	3.0%	0.7%
Bonificaciones Sistema Antiguo	73,460	0.02%	0.006%
Bonos pagados por el IPS	54,341	0.02%	0.004%
Otros gastos en pensiones pagados por el IPS	93,338	0.03%	0.007%
Bonos por Hijo y Subsidio a Trabajadores Jóvenes	204,015	0.07%	0.016%
Transferencias a otras entidades públicas	12,640	0.00%	0.001%
Tesoro Público	200,796	0.06%	0.016%
Total, otros gastos en pensiones	638,589	0.2%	0.1%
Gasto público en pensiones (sin FFAA)	9,825,216	3.15%	0.78%
Capredena	1,566,948	0.50%	0.13%
Dipreca	1,172,231	0.38%	0.09%
Total, gasto público en pensiones FFAA	2,739,180	0.9%	0.2%
Gasto público en pensiones (con FFAA)	12,564,396	4.03%	1.0%

Fuente: Elaboración propia con el Informe Estadístico Anual de Seguridad Social 2024, publicación julio 2025.

Precarización laboral, género y desigualdades estructurales del sistema previsional

A diciembre de 2024, el sistema de capitalización individual registraba aproximadamente 11,9 millones de afiliados y afiliadas (Gráfica 1A). Sin embargo, solo cerca de 5,9 millones correspondían a cotizantes efectivos (Subsecretaría de Previsión Social, 2025). Esta brecha refleja una de las principales tensiones estructurales del modelo previsional chileno: la distancia entre afiliación formal y cotización real, además de una afiliación heterogénea por sexo, tipo de trabajo y edad como se muestra en la Gráfica 1.

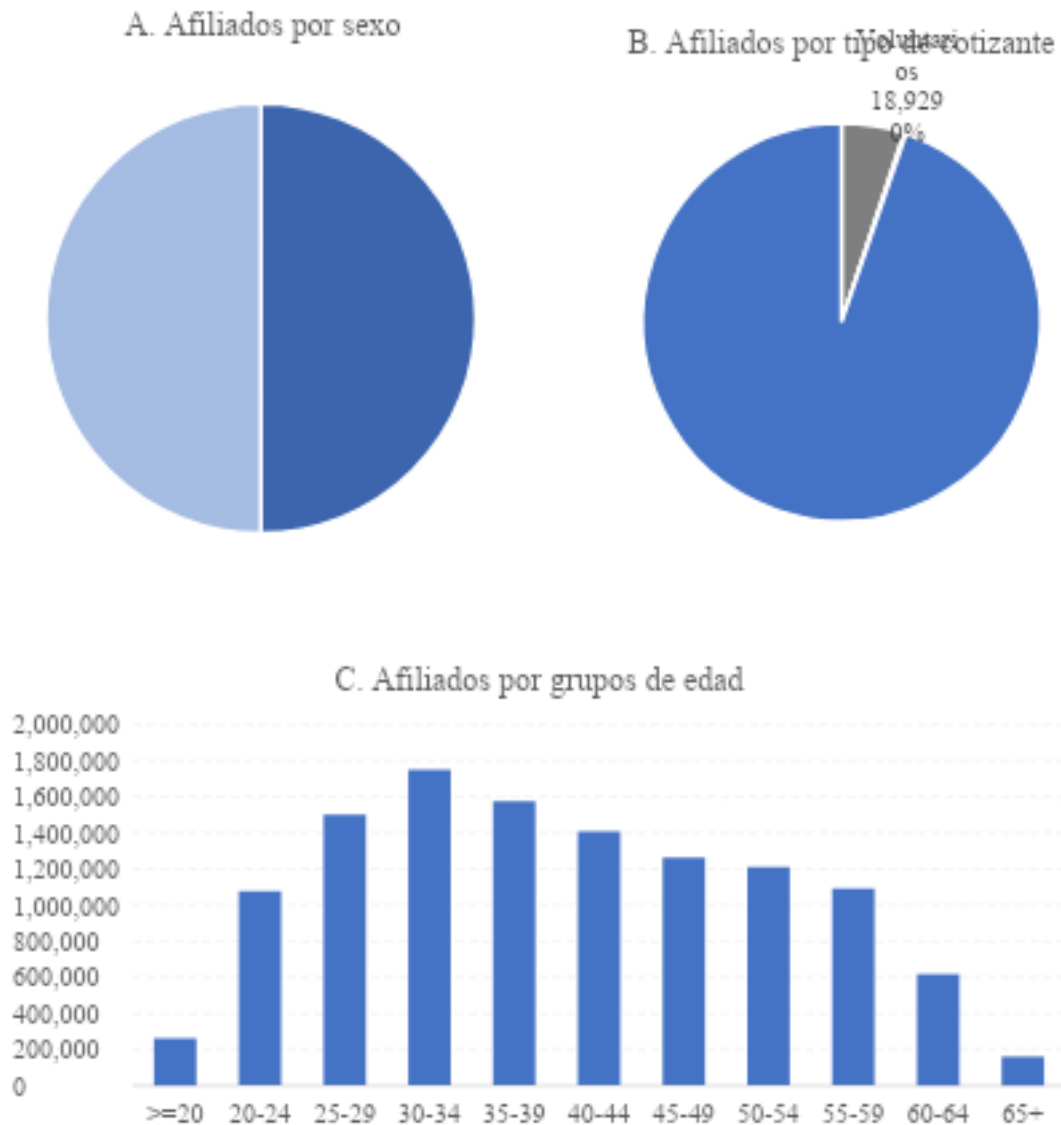
Tal como señala Robert Castel (1997), las transformaciones contemporáneas del trabajo han debilitado progresivamente los mecanismos tradicionales de integración social construidos en torno al empleo estable, lo que se refleja en una baja proporción de independientes y voluntarios afiliados a la seguridad social (Gráfica 1B). Las mujeres enfrentan particularmente estas desigualdades debido a trayectorias laborales interrumpidas por responsabilidades de cuidado y menores niveles salariales. Diversas autoras feministas han mostrado cómo los sistemas de seguridad social reproducen desigualdades de género al construirse históricamente sobre el supuesto del trabajador masculino asalariado a tiempo completo (Fraser, 2015; Federici, 2013).

El envejecimiento poblacional añade una presión adicional sobre este escenario. Las proyecciones demográficas muestran un incremento sostenido de la población adulta mayor, lo cual tensiona tanto los mecanismos contributivos como los sistemas de financiamiento público. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2022) ha advertido que la región enfrentará importantes desafíos asociados a envejecimiento, cuidados y sostenibilidad de la protección social durante las próximas décadas.

Uno de los principales problemas del sistema previsional chileno corresponde a la insuficiencia de las pensiones autofinanciadas. A diciembre de 2024, el promedio de las pensiones autofinanciadas de vejez alcanzaba aproximadamente 266 dólares mensuales. Sin embargo, esta cifra oculta

profundas desigualdades entre distintos mecanismos de jubilación y grupos socioeconómicos. Las personas con mayores ingresos y trayectorias laborales más estables acceden con mayor frecuencia a instrumentos como rentas temporales o rentas vitalicias, cuyos montos promedio resultan significativamente superiores. En contraste, la mayoría de la población se jubila mediante retiro programado administrado por las AFP, modalidad cuyo promedio alcanzaba apenas 195 dólares mensuales (Subsecretaría de Previsión Social, 2025). Los bajos montos de pensiones autofinanciadas explican además la creciente centralidad política que adquirió la discusión previsional durante las últimas décadas.

Gráfica 1. Afiliados del sistema AFP por sexo, tipo de cotizante y grupo de edad, 2024



Breve balance de la Reforma Previsional del 2025

Kathya Araujo (2024) sostiene que las sociedades contemporáneas atraviesan procesos de desafección y debilitamiento de vínculos colectivos que dificultan la capacidad democrática para

procesar conflictos sociales. En el caso chileno, estas dinámicas se expresaron mediante crecientes niveles de desconfianza hacia partidos políticos, instituciones estatales y actores económicos.

El estallido social de octubre de 2019 profundizó radicalmente estas tensiones. La crisis política y social cuestionó los fundamentos del modelo de desarrollo construido durante la transición democrática e impulsó procesos de deliberación constitucional que, aunque posteriormente fracasaron, evidenciaron la profundidad del malestar social acumulado. Durante la pandemia de COVID-19, la discusión previsional adquirió además nuevas dimensiones. Los retiros de fondos previsionales aprobados por el Congreso permitieron que millones de personas utilizaran sus ahorros individuales como mecanismo de subsistencia frente a la crisis económica. Sin embargo, este proceso también fortaleció imaginarios profundamente individualizados respecto de la propiedad de los fondos previsionales. La consigna “con mi plata no” sintetizó la resistencia de sectores importantes de la población frente a mecanismos de redistribución o solidaridad asociados a nuevas reformas. En este contexto político y social se desarrolló el debate que culminó con la aprobación de la reforma previsional de 2025.

La reforma previsional aprobada en 2025 constituye el intento más relevante de transformación del sistema chileno desde la reforma de 2008. Su aprobación ocurrió en un contexto políticamente complejo, marcado por altos niveles de polarización, fragmentación parlamentaria y desconfianza institucional. Su tramitación duró 2 años y fue promulgada en la Ley N°21.735, su implementación ya está en curso. La consigna que articula la reforma es, precisamente “Subirán las pensiones”, haciendo referencia a la suficiencia.

La reforma mantuvo la estructura general de capitalización individual administrada por AFP, pero incorporó modificaciones orientadas a fortalecer mecanismos de solidaridad y ampliar la participación estatal en la protección previsional. Uno de los principales cambios corresponde al aumento de la cotización con cargo al empleador. Tras décadas en las cuales el financiamiento previsional descansó casi exclusivamente sobre los trabajadores, la reforma estableció una cotización patronal adicional de 8,5%.

Asimismo, se creó un Seguro Social administrado mediante el Fondo Autónomo de Protección Previsional. Este mecanismo constituye uno de los elementos más innovadores de la reforma, ya que incorpora componentes de solidaridad intergeneracional dentro de un sistema históricamente estructurado sobre bases individualizadas e introduce elementos que cuestionan parcialmente la hegemonía absoluta de la lógica financiera en la administración previsional. Aunque los fondos de capitalización individual continúan desempeñando un rol central, el nuevo componente solidario incorpora principios redistributivos ausentes en el diseño original del sistema AFP.

Entre los beneficios asociados al Seguro Social destaca la compensación por expectativas de vida, destinada a reducir brechas previsionales derivadas de la mayor longevidad femenina. También se incorpora un beneficio por años cotizados, orientado a reconocer trayectorias laborales extensas mediante aportes financiados colectivamente.

La reforma incluye además modificaciones al funcionamiento del mercado previsional, tales como licitación de carteras de afiliados y transición hacia fondos generacionales de inversión. Sin embargo, pese a estos cambios, el sistema continúa descansando predominantemente sobre la lógica de la capitalización individual. En este sentido, la reforma representa simultáneamente continuidad y transformación: mantiene el rol central de las AFP y del ahorro individual, pero reintroduce mecanismos de solidaridad social que habían sido desplazados durante décadas.

Desde una perspectiva histórica, la reforma puede interpretarse como un proceso de recomposición parcial de principios clásicos de seguridad social dentro de una estructura todavía profundamente neoliberalizada. La reforma expresa la contradicción de las sociedades contemporáneas entre individualización y necesidad de protección colectiva (Castel, 1997).

No obstante, la reforma también evidencia los límites políticos de las transformaciones previsionales contemporáneas. Así, la reforma de 2025 no representa una superación completa del modelo de capitalización individual, sino más bien una reconfiguración híbrida donde coexisten mecanismos de mercado, subsidios estatales y componentes de solidaridad social.

En conclusión, los sistemas previsionales condensan tensiones sociales, económicas y políticas más amplias vinculadas a las transformaciones del trabajo, las dinámicas demográficas y las crisis de legitimidad institucional.

En primer lugar, el envejecimiento poblacional tensiona la capacidad de financiamiento de los sistemas previsionales tanto contributivos como solidarios. El aumento sostenido de la población adulta mayor exige repensar no solo los mecanismos de jubilación, sino también las formas de organización social del cuidado y la dependencia.

Investigaciones recientes de Ignacio Cabib (2025) muestran que amplios sectores de la población chilena postergan su jubilación tanto por razones económicas como por factores vinculados a reconocimiento, identidad y sentido social del trabajo. En segundo lugar, las transformaciones tecnológicas y productivas modifican profundamente las trayectorias laborales. En tercer lugar, las tensiones democráticas constituyen un elemento central para comprender el escenario previsional contemporáneo. En Chile, estas tensiones se expresaron mediante largos ciclos de movilización social y cuestionamiento institucional. El conflicto previsional condensó demandas relacionadas no solo con montos de pensiones, sino también con reconocimiento, dignidad y justicia social.

La reforma previsional de 2025 representa un intento de responder parcialmente a estas limitaciones mediante la reintroducción de componentes solidarios y el fortalecimiento del rol público en la protección social. Sin embargo, el sistema continúa estructurado principalmente sobre la lógica de la capitalización individual.

La experiencia de reforma chilena evidencia los límites de las formas extremas de mercantilización de la seguridad social. La reaparición progresiva de mecanismos solidarios y subsidios estatales muestra que las sociedades contemporáneas requieren formas colectivas de protección frente a riesgos asociados al envejecimiento, enfermedad, desempleo y dependencia. En este sentido, el debate previsional constituye también una discusión sobre los fundamentos mismos de la ciudadanía social y sobre las capacidades democráticas para construir reformas viables y perdurables.

Referencias

Asociación de AFP de Chile (2025). *Cuenta Pública AAFP 2024: fondos de pensiones de los afiliados administrados por las AFP crecieron 10,9%*.

Araujo, Kathya (2024). *El circuito del desapego*. Santiago de Chile: Catalonia.

- Beck, Ulrich (1998). *La sociedad del riesgo*. Barcelona: Paidós.
- Cabib, Ignacio (2025). *Evitando la jubilación: Trayectorias laborales extendidas en contextos inciertos y precarios*. Ediciones UC.
- Castel, Robert (1997). *La metamorfosis de la cuestión social*. Buenos Aires: Paidós.
- CEPAL. Comisión Económica para América Latina y El Caribe (2022). *Panorama Social de América Latina 2022*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Esping-Andersen (1993), Gøsta. *Los tres mundos del Estado del bienestar*. Valencia: Alfons el Magnànim.
- Federici, Silvia (2013). *Revolución en punto cero: trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Fraser, Nancy (2015). *Fortunas del feminismo*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Gárate, Manuel (2012). *La revolución capitalista de Chile (1973-2003)*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Harvey, David (2007). *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: Akal.
- Krippner, Greta (2011). *Capitalizing on Crisis: The Political Origins of the Rise of Finance*. Cambridge: Harvard University Press.
- Lapavistas, Costas (2009). “Financialised Capitalism: Crisis and Financial Expropriation”. *Historical Materialism*, vol. 17, núm. 2.
- Mesa-Lago, Carmelo (2004). *Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Mesa-Lago, Carmelo (2008). *Reassembling Social Security: A Survey of Pensions and Health Care Reforms in Latin America*. Oxford: Oxford University Press.
- Moulian, Tomás (1997). *Chile actual: anatomía de un mito*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Organización Internacional del Trabajo (2021). *World Social Protection Report 2020-2022*. Ginebra: OIT.
- Subsecretaría de Previsión Social (2025). *Informe Estadístico Anual de Seguridad Social 2024*. Santiago de Chile: Ministerio del Trabajo y Previsión Social.
- Titelman, Daniel; Uthoff, Andras y Jiménez, Luis Felipe (2008). *Reformas a los sistemas de pensiones en Chile*. Santiago de Chile: CEPAL.

De la inversión social a la responsabilidad fiscal: austeridad fiscal y la erosión del seguro de salud en Costa Rica (2018-2026)

Andrey Badilla Solano^{7*}

Introducción

El giro hacia la ultraderecha dado por el gobierno de Costa Rica a partir de la administración de Carlos Alvarado (2018-2022), de Chaves Robles (2022-2026) y Fernández Delgado (2026-2033) marca una nueva etapa en las tensiones del Estado con la seguridad social costarricense.

Históricamente el Estado costarricense ha sido el principal deudor de la seguridad social, sin embargo, con el giro hacia la ultraderecha, los gobiernos de turnos han reducido los presupuestos públicos destinados a la seguridad social tanto en salud, como en: educación, cuidados, pensiones y educación, lo cual si bien no representa el cierre de instituciones, sí representa una reducción operativa en la prestación y en la calidad de los servicios, así como una visión de mundo o racionalidad gubernamental que pretende reducir al Estado y sus responsabilidades con el Estado social de derecho en aras de las responsabilidades fiscales.

Durante el gobierno de Carlos Alvarado se instaura un instrumento de política económica, la regla fiscal, en un escenario de desaceleración económica como la pandemia de Covid-19, es decir, son años atípicos en el ciclo económico, por lo que su interpretación rígida provoca una restricción de la calidad y la prestación de los servicios para atender las demandas y conflictos sociales. Como se mostrará en los párrafos siguientes al examinar indicadores sobre el mercado laboral, especialmente aquellos que afectan las contribuciones, la deuda estatal, así como una radiografía de las fuentes del financiamiento de la salud, se presenta un escenario adverso de corto plazo en la sostenibilidad económica del seguro de salud.

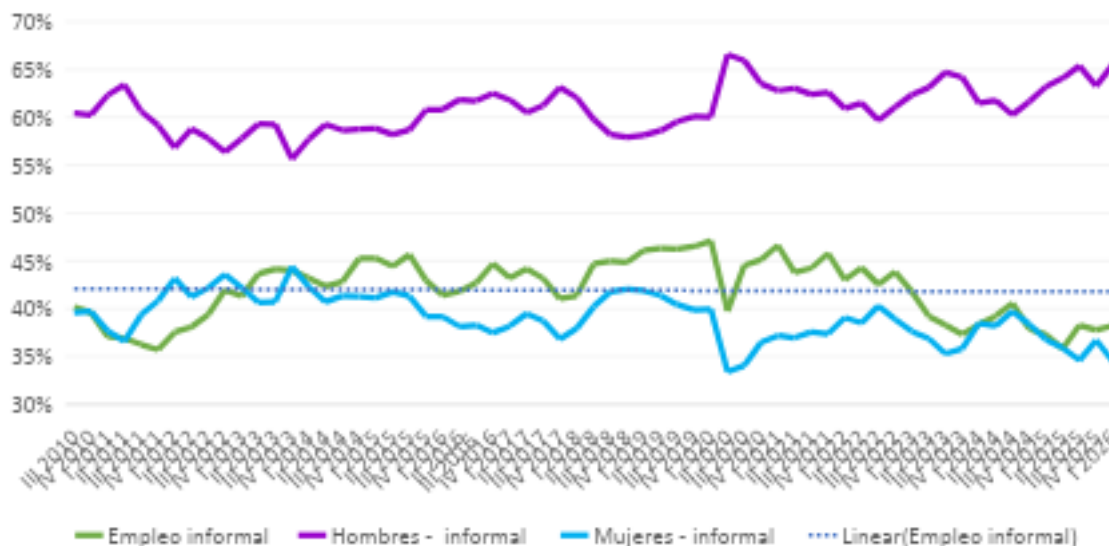
Desarrollo

La arquitectura del financiamiento de la seguridad social costarricense depende de las contribuciones en el esquema tripartito, repartidas entre: las personas trabajadoras, el Estado y las personas patronas. Sin embargo, este modelo de financiamiento presenta una serie de vulnerabilidades, en primer lugar, su alta dependencia del mercado laboral formal, el sistema asume pleno empleo y alta formalidad, condiciones que no se cumplen en el país desde hace varias décadas. Esta precarización laboral aumenta la inseguridad económica y la desprotección social. En segunda instancia, una creciente deuda Estatal tanto con el Seguro de Salud como de Pensiones, siendo el Estado el principal y más grande deudor de la seguridad social. En tercer lugar, tanto el Estado como el mercado laboral son vulnerables ante ciclos económicos recesivos como los vividos durante la pandemia por el Covid-19, la guerra rusa-ucraniana o la crisis del 2008. Estas crisis provocan una reducción de los ingresos vía impuestos y de las contribuciones sociales, lo cual induce un aumento de la presión fiscal, condiciones ambas que afectan la prestación de servicios.

^{7*} Doctor en Análisis de Problemas Sociales por la Universidad Nacional de Educación de España (*Sobresaliente cum laude*). Magister en Estudios Latinoamericanos con énfasis en Cultura y Desarrollo de la Universidad Nacional de Costa Rica (*cum laude*). Licenciado en Ciencia Política por la Universidad de Costa Rica. Investigador del Centro de Investigación en Cultura y Desarrollo y del Instituto de Investigación para la Paz de la Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica. Miembro del Grupo de Trabajo CLACSO Seguridad Social y Sistemas de Pensiones. Correo electrónico: abadillas@uned.ac.cr ORCID: 0000-0002-7136-099X

El Estado asume pleno empleo y alta formalidad, sin embargo, la evidencia al respecto muestra una tendencia hacia la precarización, es decir, niveles mayores de informalidad y un estancamiento del desempleo en alrededor del 10% de la fuerza de trabajo (Gráfica 1).

Gráfica 1. Evolución de la informalidad en Costa Rica para el periodo 2010-2026

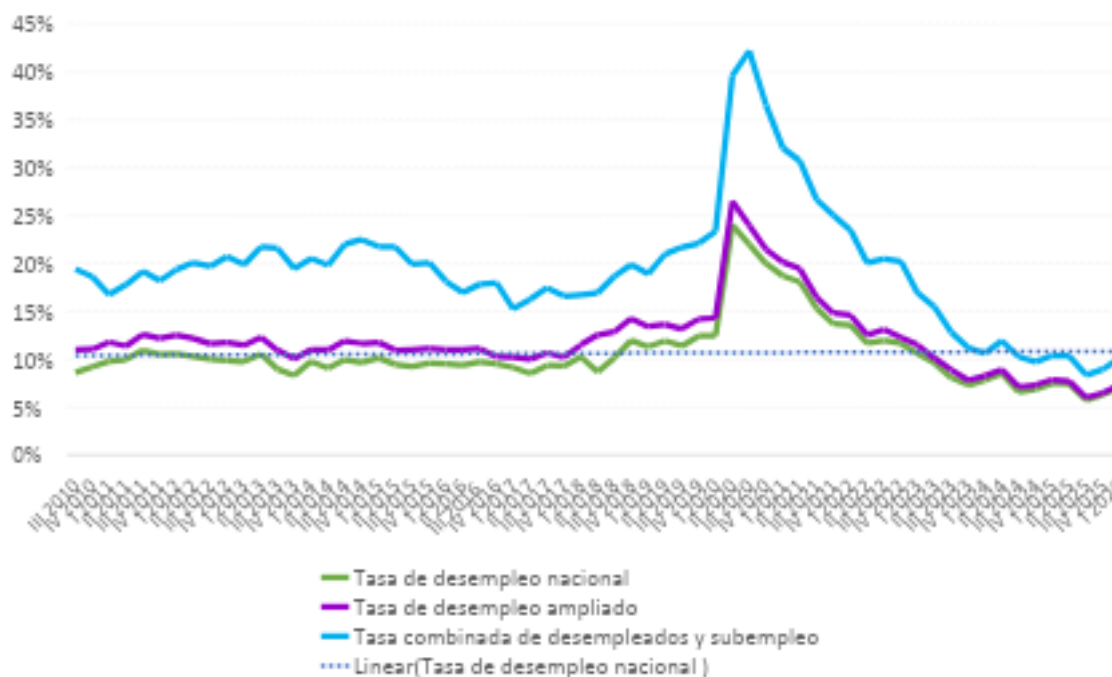


Fuente: Encuesta Continua de Empleo. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2026)

Se desprende de la gráfica anterior, que la informalidad tiene como media el 42% de la totalidad de la población ocupada. En el caso de los hombres presentan una mayor incidencia de la informalidad, con una media del 60% sobre la totalidad de la población ocupada informal, en el caso de las mujeres éstas representan en promedio el 40%. El escenario anterior, muestra que más del 40% de la fuerza de trabajo costarricense se desempeña en ocupaciones informales y por tanto no contribuye a la seguridad social.

En la gráfica 2 se muestra que la tasa de desempleo se ha estancado en alrededor del 10% de la fuerza de trabajo, mientras que el desempleo ampliado, es decir, la fuerza de trabajo desalentada ha sido ligeramente superior, pero con un comportamiento similar. En el caso de la tasa combinada de desempleo y subempleo vemos que duplica la tendencia del desempleo. Las condiciones anteriores, muestran que la presunción de pleno empleo y alta formalidad no se cumplen en Costa Rica, pero el modelo de financiamiento sigue dependiendo de presunciones que el mercado laboral no cumple desde hace varias décadas, esta vulnerabilidad debilita a la seguridad social en el tanto las contribuciones de mercado laboral formal serían menos del 50% de la fuerza de trabajo debido a la alta informalidad y al desempleo. La suma de la media de ambos representa en promedio el 52% (42% de informalidad + 10% de desempleo) de la fuerza de trabajo la cual no contribuye al sistema. Se suma a las condiciones anteriores, el riesgo de reemplazo por inteligencia artificial y sistemas automatizados, las estimaciones de Micco & Soler (2020) indican que la región centroamericana tiene uno de los mayores porcentajes de personas trabajadoras en ocupaciones en alto riesgo de reemplazo, según los autores, los países con más alto riesgo son: Guatemala y El Salvador con un 75%, Ecuador con 69% y Costa Rica con un 68%. Los datos anteriores son relevantes porque proyectan mayor presión sobre el mercado laboral formal y por consiguiente sobre las contribuciones a la seguridad social.

Gráfica 2. Tasa de desempleo, desempleo ampliado y tasa combinada de desempleo + subempleo 2010-2026



Fuente: Encuesta Continua de Empleo. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2026)

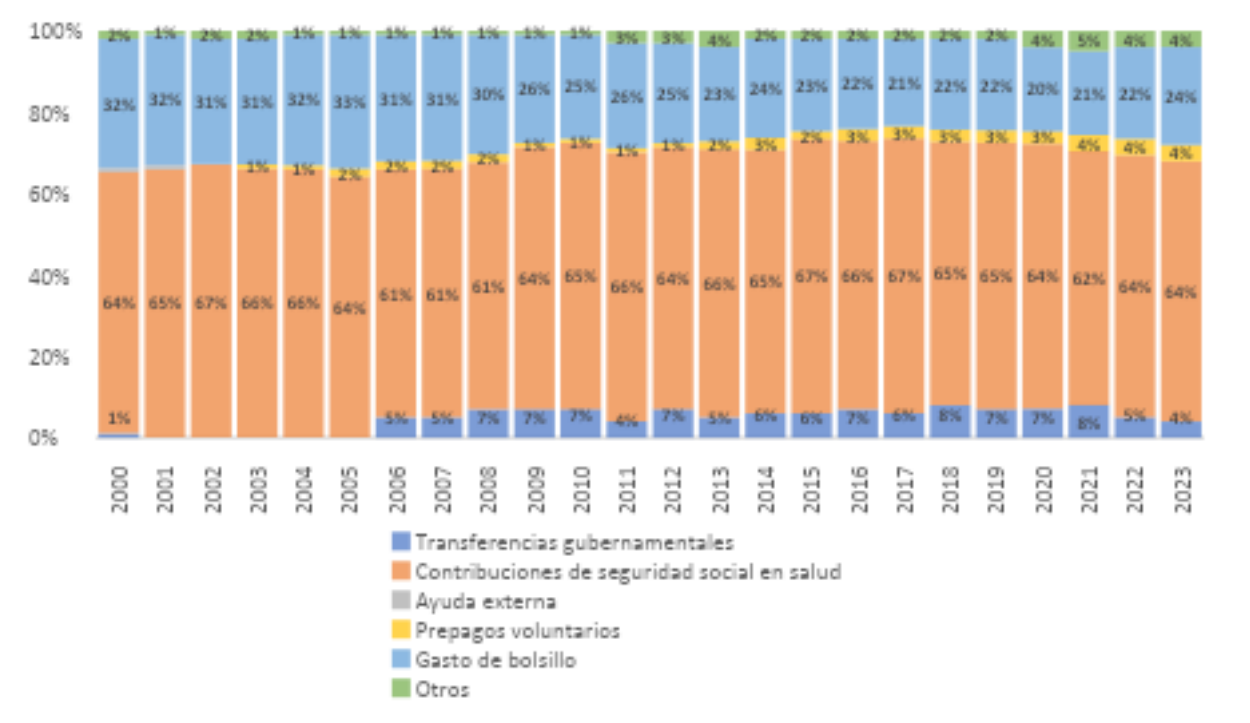
Dadas las condiciones anteriores, el aumento de la precarización laboral provoca una mayor presión fiscal sobre el Estado, induciendo un aumento en las transferencias del gobierno central. En la figura 3 siguiente se muestran las fuentes del financiamiento en salud para Costa Rica durante el periodo 2000-2023.

Se desprende de la gráfica 3 que previo a la crisis global del 2008, las transferencias gubernamentales eran prácticamente nulas, durante el periodo 2008-2010 tienen un incremento a una proporción de alrededor del 7%. El aumento de las transferencias se debe en parte a las consecuencias de la crisis del 2008 sobre el mercado laboral costarricense y de las contribuciones a la seguridad social, por lo que el Estado debe introducir recursos a salud. Además, durante el año 2007 se crea la Ley 7374 “Aprobación de los contratos de préstamo suscritos con el Banco Interamericano de Desarrollo para el Programa de mejoramiento de los servicios de Salud y Construcción Hospital Alajuela” conocida como Ley de indigencia médica, que le asigna al Estado responsabilidades de contribución para aquellas poblaciones en condición de indigencia.

Luego de lo anterior, durante la pandemia 2020-2021 el comportamiento de las transferencias del Estado no creció a pesar de la crisis sanitaria, esto se debe en parte a la aprobación de la Ley 9635 “Fortalecimiento de las finanzas públicas”, lo cual instituye una regla fiscal aprobada en 2019 previo a la pandemia, por lo que su aplicación en 2020 toma como referencia años atípicos debido al shock externo de la pandemia que limitan las transferencias de recursos a la CCSS (Pacheco Jiménez & Elizondo Barboza, 2023) (Morales Ramos, Roxana & Rodríguez Garro, 2023) (Devesa & Doménech, 2023). La pandemia redujo las cotizaciones debido a su impacto sobre el mercado laboral formal. Históricamente el peso del financiamiento ha recaído sobre las contribuciones del

mercado formal, oscilando entre el 61% y el 67% del total del financiamiento. Sin embargo, el Gobierno Central es el principal deudor de la seguridad social costarricense, el cual acumula una deuda histórica que se agrava durante los gobiernos de Carlos Alvarado (2018-2022) y de Rodrigo Chaves (2022-2026). Los gobiernos anteriores, ha priorizado la estabilidad fiscal sobre la inversión social, si el Estado paga la deuda acumulada veríamos un mayor peso relativo en el rubro de transferencias gubernamentales, lo que aliviaría la presión sobre las contribuciones y ayudaría a reducir las brechas en el sistema, por ejemplo, en las listas de espera, las cuales para el año 2026 tienen en promedio 440 días de espera lo cual puede ser mayor según la especialidad médica (Caja Costarricense de Seguro Social. Gerencia Médica, 2026).

Gráfica 3. Fuentes del financiamiento en salud en Costa Rica 2000-2023



Fuente: WHO. Global Health Expenditure Database. (2026)

Visto lo anterior, otro dato importante derivado de la Gráfica 3 es el aumento del gasto de bolsillo en la postpandemia. La tendencia histórica muestra un decrecimiento del gasto de bolsillo durante el periodo 2000-2020, pasando del 32% en el año 2000, hasta alcanzar su mínimo histórico del 20% en el año 2020, sin embargo, hay un repunte en los años 2022 (22,4%) y 2023 (24,1%), lo cual constituye una medición indirecta del descontento con la prestación de servicios y las listas de espera.

Otro indicador importante, lo constituye el incremento de la deuda estatal, esta pasó de ¢1,06 billones en 2015 a ¢2,95 billones en 2023, es decir tuvo un incremento del 175% (Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección de Actuarial y Planificación Económica, 2024). En aras de lograr una mejor comprensión del monto adeudado por el Estado, se estima la relación Deuda Estatal/PIB. El Producto Interno Bruto (PIB) nominal de Costa Rica al 2023 alcanzó los ¢40.984.131 millones, por lo que al calcular la razón Deuda Estatal/PIB se determina que la deuda

del Estado con el Seguro de Salud representa aproximadamente el 7,20% del PIB de Costa Rica en 2023.

El aumento de la deuda Estatal ha provocado que el seguro de salud tenga que recurrir al uso de las reservas, los datos derivados del último estudio actuarial (2026) muestran que las reservas del seguro de salud se agotarían en 2036 y que, para evitar que el agotamiento estimado se materialice se depende críticamente del cumplimiento de las responsabilidades de contribución por parte del Estado (Caja Costarricense de Seguro Social. Gerencia Médica, 2026). Sumado a lo anterior, el plan de gobierno de la presidenta de Costa Rica Laura Fernández (2026-2030) señala, en relación con la creciente deuda estatal, que, el pago de la deuda se basará en los principios de responsabilidad fiscal y validación técnica de los montos adeudados (Partido Pueblo Soberano, 2026). Esta narrativa supedita la responsabilidad de contribución y la inversión social a criterios económicos, sin tomar en consideración el impacto social de debilitar al seguro de salud, por ejemplo, en calidad de vida o en el aumento de las listas de espera. De este modo, la inversión social estaría vinculada o supeditada al crecimiento, sin tomar en consideración lo señalado por autores como Castells & Himanen (2002) quienes han estudiado el efecto multiplicador de la inversión social sobre el crecimiento económico, la legitimidad política y las prácticas democráticas.

Conclusiones

El seguro de salud costarricense se ve atrapado en medios de las tensiones fiscales del país, así como en el pulso entre el Estado de bienestar (el seguro de salud y de pensiones), el proyecto neoliberal y el giro hacia la ultraderecha con los gobiernos de Carlos Alvarado, Rodrigo Chávez, así como la continuidad de sus políticas bajo el gobierno de Laura Fernández.

El estancamiento de las transferencias estatales durante la crisis por el Covid-19 y la postpandemia, muestran parte de los desafíos para la sostenibilidad financiera de una de las instituciones más importantes para el país, así como su impacto social, por ejemplo: en el aumento del gasto de bolsillo o en los tiempos de espera para cirugías y médicos especialistas.

La alta dependencia de las contribuciones vía el mercado laboral formal constituye una vulnerabilidad ante el crecimiento de la precarización laboral, limita la prestación de servicios, reduce la liquidez operativa, provoca el uso de las reservas institucionales y las condiciones anteriores provocan un riesgo estructural crítico con alto riesgo de agotamiento de las reservas en la próxima década (2036).

La creación de responsabilidades sociales sin contenido económico, así como la instauración de instrumentos de política económica basada en principios de responsabilidad fiscal y validación técnica, invierten las prioridades de la racionalidad gubernamental, supeditando la inversión social en aras de mejores indicadores macroeconómicos, aunque ello signifique disminuir los grados de libertad de la administración pública para responder a las necesidades sociales.

Referencias

- Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección de Actuarial y Planificación Económica. (2024). Valuación actuarial del Seguro de Salud 2023.
- Caja Costarricense de Seguro Social. Gerencia Médica. (2026). Área de Estadística en Salud. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/estadisticas-salud>
- Manuel Castells & Pekka Himanen. (2002). El Estado del bienestar y la sociedad de la información: El modelo finlandés (1.^a ed.). Alianza Editorial.
- Eduardo Devesa & Rafael Doménech. (2023). ¿Reglas fiscales en la Seguridad Social? Papeles de Economía. https://www.funcas.es/wp-content/uploads/2023/03/PEE-175_Devesa_Domenech.pdf
- Alejandro Micco & Nicolás Soler. (2020). Estimaciones del riesgo de automatización en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Roxana Morales Ramos & F. Rodríguez Garro. (2023). Análisis crítico de la aplicación de la regla fiscal en Costa Rica y propuesta de reforma. *Economía y Sociedad*, 28(63), 1–22. <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/economia/article/view/18776>
- José Francisco Pacheco Jiménez & Hazel Elizondo Barboza. (2023). Impacto financiero de la regla fiscal y las medidas de racionalización de gasto de inversión educativa y los programas de equidad del MEP. CONARE–Programa Estado de la Nación (PEN). [https://repositorio.conare.ac.cr/bitstream/handle/20.500.12337/8516/Pacheco_J_Impacto_financiero_regla_fiscal_medidas_racionalizacion_gasto_inversion_educativa_programas_equidad_MEP_IEE_2023%20\(1\).pdf?sequence=1](https://repositorio.conare.ac.cr/bitstream/handle/20.500.12337/8516/Pacheco_J_Impacto_financiero_regla_fiscal_medidas_racionalizacion_gasto_inversion_educativa_programas_equidad_MEP_IEE_2023%20(1).pdf?sequence=1)
- Partido Pueblo Soberano. (2026). Plan de gobierno. Más oportunidades, un mismo rumbo. Plan de la Continuidad.

A saúde pública no Brasil: a trajetória até o Sistema Único de Saúde–SUS

Lucia Cortes da Costa^{8*}

Introdução

Para falar de saúde é necessário compreender a estrutura da sociedade na qual vivem as pessoas, suas relações de trabalho, condições de vida, estratificação social e sistema de poder econômico e político. A saúde é determinada pelas formas de vida em sociedade, é uma condição social e não apenas um atributo ou condição individual.

A saúde como direito humano é uma conquista recente na sociedade brasileira, somente assegurada pela Constituição Federal de 1988. Apesar de importante arcabouço normativo, a saúde pública no Brasil ainda é marcada pelas desigualdades da população no acesso as ações e serviços. Nesse artigo, o objetivo é apresentar, em linhas gerais, a saúde pública no Brasil e refletir sobre o Sistema Único de Saúde. A metodologia para construção do artigo é qualitativa, com base em dados documentais e bibliográficos.

Iniciamos o texto com uma contextualização histórica sobre a saúde pública no Brasil, apontando as desigualdades sociais, étnico raciais, de classe e de gênero que marcam a sociedade. Fazemos uma apresentação sobre o Sistema Único de Saúde, organizado a partir da Constituição Federal de 1988 e, por fim, apontamentos sobre os desafios para assegurar a universalidade e integralidade do direito à saúde.

Reflexões sobre a história da saúde pública no Brasil

O Brasil é um país com particularidades históricas que determinaram a construção de uma sociedade profundamente desigual. Com a violenta colonização no século XVI se construiu uma sociedade marcada pela desigualdade étnica racial, de gênero e de classe. Na fase colonial, a economia baseada na plantação de açúcar (monocultura) com uma estrutura latifundiária e a existência de relações escravocratas. Os indígenas e africanos foram escravizados e submetidos a condição degradante, sofrendo a violência dos colonizadores. Essa sociedade estruturalmente desigual, com predomínio de relações patriarcais e racistas, marcou também todo o período do Brasil Império – 1824 a 1888, em que as péssimas condições de vida e saúde dos trabalhadores escravizados resultava nos altos índices de mortalidade. Não havia cuidados de saúde para essa população que sofria subnutrição, doenças infectocontagiosas, gastrointestinais, exaustão pelo trabalho, péssimas condições de higiene (Eugênio, 2016). Em razão das epidemias, no período Imperial teve início as ações de vacinação sob responsabilidade das Câmaras Municipais, como no município do Rio de Janeiro, em 1832, a vacina obrigatória foi prevista no Código de Postura.

A Lei Áurea, em 13 de maio de 1888, aboliu a escravidão no Brasil, mas não foram adotadas medidas de proteção para as pessoas libertadas, nem indenização pelo trabalho escravo. Dessa forma, a mudança nas relações de trabalho – da escravidão ao assalariamento, se deram a partir da Constituição da República em 1891, sem alterar os padrões de desigualdades existentes. O Governo Federal incentivou a vinda de imigrantes europeus, especialmente da Itália, buscando trabalhadores para a lavoura de café e para a nascente indústria. Os trabalhadores negros e

^{8*} Dra. em Serviço Social, PUC – São Paulo (2000); Pós-doutorado em Sociologia pela Universidad Autonoma de Barcelona (2012). Pesquisadora Produtividade CNPq. Docente na Universidade Estadual de Ponta Grossa – Paraná – Brasil. Membro do GT Clacso Sistemas de Segurança Social e Pensões. Lucia05@uepg.br y cortesluci@gmail.com

indígenas não tinham as mesmas condições de concorrer no mercado de trabalho, agravando a desigualdade social e condições de vida. A política Eugenista, buscava o “branqueamento” da população trabalhadora.

Em 1896 foi criada a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), ampliando os serviços de saúde na capital do país, Rio de Janeiro, e o saneamento dos portos, para manter a exportação de produtos agrícolas, uma medida de caráter econômico. As precárias condições de trabalho e moradia da população se refletia nas condições de saúde com endemias e epidemias como a varíola, febre amarela, tuberculose, que levou à morte milhares de pessoas. Em razão das condições sanitárias e da epidemia de varíola, a vacinação tornou-se obrigatória, sob o comando do médico e pesquisador Oswaldo Cruz. Em 1904, na cidade do Rio de Janeiro, houve uma revolta contra a medida do Governo de realizar vacinação obrigatória contra a varíola. A ação autoritária do Estado, com objetivo de sanear as áreas urbanas, uma visão higienista que relacionou a doença à pobreza e ao comportamento das pessoas.

Assim, a atenção à saúde no Brasil teve início com medidas combatendo doenças contagiosas, saneamento de portos, voltados para manter as atividades econômicas e não com o principal interesse de melhorar as condições de vida da população trabalhadora. No período de 1891 a 1930 – República Velha – o Estado não interferia nas relações de trabalho e nas condições de meio ambiente de trabalho. Na década de 1910 teve início a indústria têxtil no Brasil, e devido as péssimas condições de vida e trabalho, a tuberculose contaminou muitos trabalhadores. As medidas de saúde coletiva estavam relacionadas ao isolamento de pessoas com doenças contagiosas, vacinas obrigatórias, medidas de saneamento de áreas urbanas, demolição de moradias precárias (cortiços). Em 1918 a gripe espanhola fez vítimas no Brasil e a questão da saúde pública ganhou espaço no Estado com a criação do Departamento Nacional de Saúde (DNSP) em 1919.

Na atenção individual à saúde, com a Lei Eloy Chaves em 1923, teve início as Caixas de Aposentadorias e Pensões, seguro de caráter contributivo, para trabalhadores urbanos, que prestava assistência médica. Esse seguro era organizado por empresa e com baixa cobertura da população trabalhadora. A maior parte da população não tinha acesso à serviços de saúde.

No Governo Vargas, em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP). Em 1933, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), ampliou a cobertura do seguro social para os trabalhadores de categorias profissionais regulamentadas em lei. A assistência à saúde individual estava vinculada aos IAPs e somente para trabalhadores com contrato de trabalho. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, responsável pelas ações de saúde coletiva, mas a assistência médica individual continuou vinculada à previdência social. Somente em 1966, durante o período da Ditadura Militar, houve unificação dos diversos IAPs, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em razão da ampliação do assalariamento durante o período do desenvolvimento industrial, aumentou a cobertura do seguro social e da medicina previdenciária para os trabalhadores segurados. As ações de saúde coletiva ficaram sob responsabilidade do Ministério da Saúde. Durante o período da ditadura militar (1964-1984) o governo federal construiu um complexo sistema de saúde previdenciária com a compra de serviços de cooperativas médicas e hospitais privados, financiados com recursos da previdência social. Em razão de grande parte da população não ter acesso aos serviços de saúde, na década de 1970 teve início as ações descentralizadas de saúde na atenção primária nos municípios, com aporte de recursos da previdência social. Na década de 1980, se retoma o debate sobre a municipalização

das ações e serviços de saúde que foram propostos em 1963, na 3ª Conferência Nacional de Saúde, e que foi interrompida pela ditadura.

No Brasil, num longo período, de 1923 até 1988, a assistência médica individual foi vinculada com o seguro social, a previdência, e com o serviço privado para a população com maior renda. A saúde pública era organizada para ações coletivas, vacinação, controle de endemias e epidemias. Ao vincular o acesso à assistência médica e serviços de saúde ao contrato de trabalho e previdência social, se excluiu os trabalhadores do setor informal. Importante ressaltar que o mercado de trabalho no Brasil se estruturou mantendo as desigualdades étnico raciais e de gênero, de forma a incluir o trabalhador imigrante, masculino, nas melhores ocupações. Desde 1932, com a criação da Carteira de Trabalho,⁹ documento que possibilita o registro do empregado, formalizando o vínculo de trabalho, se evidenciou a desigualdade do mercado de trabalho. Os trabalhadores informais, sem registro na Carteira de Trabalho, não tinham acesso aos serviços de atenção individual à saúde. A população negra, indígena e as mulheres estavam nas piores ocupações de trabalho e, na maioria das vezes, sem registro, como trabalhadores informais.

A mobilização para assegurar o direito à saúde.

Com o fim do regime militar em 1985, o debate sobre o direito à saúde se ampliou, com a atuação de movimentos sociais e da reforma sanitária. Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ªCNS), com a proposta do médico sanitário e político, Sérgio Arouca, de levar a participação popular para discutir a saúde pública. Para Sérgio Arouca, saúde é democracia, esse foi o tema da Conferência Nacional de Saúde. No contexto de redemocratização, a Assembleia Nacional Constituinte em 1987, foi responsável por incluir na Constituição Federal de 1988 o direito à saúde que foi proposto na 8ª CNS, como direito humano universal. Surge o Sistema Único de Saúde – SUS, acabando com a dicotomia entre saúde coletiva e assistência individual à saúde e, desvinculou o acesso à saúde da condição de trabalho e contribuição para a Previdência Social.

Na década de 1980 o Brasil já tinha forte urbanização e maior complexidade das demandas para a saúde. No entanto, se manteve no país as desigualdades estruturais, com forte concentração de renda e riqueza, dívida pública e limitações orçamentárias do Estado. O direito à saúde surge no contexto de redemocratizar o Estado em plena disputa política entre ideias neoliberais e a defesa do Estado de bem-estar social. A Constituição Federal de 1988 inseriu a saúde pública como política de seguridade social, não contributiva, como direito humano universal, mas manteve a livre atuação da iniciativa privada, a atuação do mercado na oferta de serviços de saúde. Assim, se fortaleceu também o setor privado, especialmente com planos de saúde, na oferta de serviços de saúde no Brasil.

O Estado brasileiro, conforme a Constituição Federal de 1988, é uma República Federativa, com três níveis de governo: União – governo federal, o Distrito Federal, 26 estados, e 5570 municípios, como entes federados dotados de autonomia. Segundo dados do IBGE (2022), a população é de 203.080.756 pessoas, o país conta com 05 regiões, com grande diversidade cultural, econômica e social. Nesse país continental, com desigualdades e diversidades, se organizou o Sistema Único de Saúde, estabelecendo responsabilidades e competências para os três níveis de governo, no modelo de federalismo cooperativo.

⁹ Esse registro do contrato na Carteira de Trabalho ainda é válido no Brasil e assegura direitos trabalhistas e previdenciários.

3) O Sistema Único de Saúde e o direito humano universal à saúde.

A Lei 8080/1990 e a Lei 8.142/1990, regulamentaram o direito à saúde, estabelecendo os princípios, diretrizes e a organização do Sistema Único de Saúde - SUS. A saúde pública com acesso universal, com o princípio da integralidade da atenção, desde a atenção básica - primária, atenção de média complexidade – especialidades médicas, até a alta complexidade - hospitalar.

O SUS é organizado a partir da descentralização político-administrativa, envolvendo o Governo Federal, governos estaduais e governos municipais, com atribuições comuns e competências na oferta de ações e serviços públicos de saúde. A direção nacional do SUS é responsabilidade do Ministério da Saúde, a direção estadual do SUS é competência das Secretarias Estaduais de Saúde e nos municípios as Secretarias Municipais de Saúde. Na política pública de saúde foram estabelecidos espaços institucionais de pactuação dos gestores, sendo a Comissão Intergestores Tripartite – CIT-SUS que envolve o governo federal, representantes dos governos estaduais e municipais. No âmbito de cada estado há a Comissão Intergestores Bipartite – CIB-SUS, com representantes do governo estadual e dos municípios, ainda há a Comissão Intergestores Regional – CIR-SUS, envolve gestores estadual e municípios de uma mesma região. A pactuação em saúde é um processo político complexo, envolvendo questões técnicas, orçamentárias e de responsabilidade na execução das ações e serviços. A descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo se faz com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios.

O SUS organiza a oferta de serviços e ações de saúde a partir da rede regionalizada e hierarquizada de saúde. Considerando que a maioria dos municípios brasileiros são de pequeno porte, a oferta de serviços especializados e de alta complexidade é realizada com a definição da região de saúde. Municípios maiores, com infraestrutura hospitalar, atendem a população dos municípios de pequeno porte.

Conforme o DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011, Governo Federal, a Região de saúde é definida em áreas limítrofes dos municípios, a fim de organizar territorialmente a oferta de ações e serviços de saúde. A Região de Saúde é o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

A universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência está relacionada ao princípio da Integralidade em saúde. Conforme a Lei 8080 de 1990, a Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Dessa forma, a hierarquização em saúde refere-se ao nível de complexidade necessário para o atendimento, sendo a porta de entrada do SUS a atenção primária, ofertada em todos os municípios nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a atenção especializada é ofertada nos municípios de maior porte, sendo por meio de consórcio entre os municípios. A Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, estabeleceu as normas gerais de contratação de consórcios públicos. Os Consórcios de saúde, já estavam previstos na Lei 8.142/1990, se constituem numa estratégia de gestão para assegurar a integralidade da atenção à saúde. Ao formarem consórcios, os municípios reduzem a contratação de servidores públicos, permitindo contratar trabalhadores por meio da CLT (regras do setor privado) para os serviços de saúde. A atenção hospitalar, é ofertada em município polo de uma região de saúde, conforme a central de vagas hospitalares pactuada entre os gestores.

Os hospitais privados e filantrópicos participam com oferta de leitos para o SUS, mediante convênio.

Um princípio do SUS é a gestão democrática da política pública de saúde. A gestão do SUS se faz com a participação da comunidade nos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde, sendo espaços democráticos para a definição de prioridades, avaliação e acompanhamento da política pública de saúde. Conforme a Lei Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990, Art.1,

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Dessa forma, a gestão da política pública de saúde se faz com a participação da comunidade em todos os níveis de governo (Federal, estadual e municipal). Importante ressaltar que essa definição legal foi fruto da mobilização popular na redemocratização do país.

O SUS, é muito mais que o atendimento coletivo e individual à saúde, envolve toda regulação de medicamentos, produtos e serviços de consumo humano, pela Agência de Vigilância Sanitária – ANVISA¹⁰, a atuação da vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, vacinação, doação de sangue e leite materno, transplantes, atendimento de urgência e emergência – SAMU. Dessa forma, todas as pessoas se utilizam do SUS, mesmo que não estejam plenamente conscientes disso em razão da existência da rede privada de saúde.

O Brasil é o único país da América do Sul que possui um sistema universal de saúde. No entanto, não é a nação do continente que gasta mais recursos com saúde pública. Existe uma contradição estrutural: apesar do sistema universal, os gastos com saúde são menores do que os de países vizinhos e as despesas privadas são maiores do que as públicas. (Lígia Bahia, 2017, p.5)

Desafios para o SUS – assegurar o direito humano universal à saúde

A saúde pública no Brasil, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, enfrenta a disputa política diante das ideias neoliberais que buscam reduzir o papel do Estado na oferta de serviços universais, colocando que o setor privado é complementar ao SUS, que dessa forma, o

¹⁰ Criada pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro 1999, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, que tem sede e foro no Distrito Federal, e está presente em todo o território nacional por meio das coordenações de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados. Tem por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/institucional>

mercado atende parte da população com renda para compra de planos de saúde e o Estado deve atender a população mais pobre. Conforme Ligia Bahia (2017: 8) “O Brasil possui o segundo maior mercado de planos privados de saúde do mundo.”

A permanência do setor privado, lucrativo, como complementar ao SUS, revela a disputa por recursos públicos e a defesa do mercado privado para serviços de saúde. Um dos pontos centrais dessa disputa se coloca no orçamento público. No Brasil, a regulamentação sobre o setor privado de saúde, permite incentivos fiscais, abatimento do Imposto de Renda de Pessoas Físicas dos gastos com saúde, linhas de crédito do BNDES para hospitais privados e filantrópicos. Além da disputa política, com a pressão de setores empresariais da saúde junto a políticos e governantes. Conforme análise de Ligia Bahia (2017: 12).

Em 2015, a Associação Nacional de Hospitais privados apresentou, entre outras, as seguintes aspirações: “ampliar a participação do setor privado na formulação e implantação das políticas nacionais de Saúde e incentivar o investimento privado na área da saúde e desenvolver um plano de ação público-privado para a informatização, integração e interoperabilidade dos sistemas de informação”.

As medidas de ajustes fiscais limitam os investimentos na saúde pública, mesmo após a Emenda Constitucional 29/2000, que estabeleceu percentual mínimo para gastos em saúde nos três níveis de governo, ainda há subfinanciamento na saúde e estratégias que levam a privatização dos serviços. A universalização do acesso à saúde como direito humano fundamental depende do fortalecimento do investimento na saúde pública. Embora os dados¹¹ do Ministério da Saúde demonstrem o esforço no atendimento da população pelo SUS, ainda há forte iniquidades em saúde no Brasil, conforme análise do IPEA (2023):

Entre as desigualdades em saúde, existem aquelas que se originam em diferenças de poder, de capacidade financeira e de posse de recursos. Estas são socialmente determinadas e denominadas iniquidades em saúde (Mújica e Moreno, 2019). Vários estudos e estatísticas indicam que o Brasil é um país extremamente desigual em termos socioeconômicos. Em 2021, por exemplo, os 10% mais ricos capturaram 59% da renda total nacional, enquanto metade da população ficou com aproximadamente 10%. Esse resultado colocou o país entre aqueles de maior desigualdade de renda do mundo (Chancel et al., 2021).

O subfinanciamento da saúde pública é ponto de debate acadêmico e político no Brasil, as evidências são colocadas quando se analisam os gastos públicos e privados em saúde.

Em 2019, a despesa total com consumo final de bens e serviços de saúde no Brasil correspondeu a 9,6% do produto interno bruto (PIB), sendo que o governo arcou com 39,6% (gasto público) e as famílias e instituições sem fins de lucro a serviço das famílias, com 60,4% (gasto privado). (IPEA, 2023: 11)

Dessa forma, os princípios da universalidade, integralidade da atenção à saúde no Brasil são limitados pelas desigualdades estruturais do país e pela iniquidade em saúde. A população em

¹¹ Realiza 4 bilhões de procedimentos e 2,8 bilhões de atendimentos ao ano; conta com mais de 3,5 milhões de profissionais – diferentes vínculos de trabalho. Tem 38 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS) e mais de 6.500 hospitais credenciados. 76% da população brasileira dependem diretamente do SUS. (MS,2025)

maior risco e vulnerabilidade social tem menor acesso aos serviços de saúde, apesar do esforço de consolidar o Sistema Único de Saúde. Não é possível analisar a situação da saúde pública de forma isolada das disputas entre o direito humano universal à saúde e a atuação do setor privado, no mercado de serviços de saúde, na disputa pelo orçamento público e na disputa de ideias sobre o papel do Estado na saúde pública.

A trajetória da saúde pública no Brasil evidencia as disputas políticas, o sistema de exploração que permite a existência de desigualdades estruturais e, o agravamento do financiamento da saúde pública na conjuntura em que as ideias neoliberais influenciam as decisões sobre a atuação do Estado na sociedade.

Referências

- Bahia, Ligia (2017). O SUS e o Setor Privado Assistencial: adaptações e contradições. Futuros do Brasil: Textos para debate, Rio de Janeiro, n. 9, p. 1-15, jul. 2017. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/ligia-bahia-o-sus-e-o-setor-privado-assistencial-adaptacoes-e-contradicoes/>
- Chancel, Lucas, Piketty Thomas, Saez Emmanuel e Zucman Gabriel (2022) Informe Mundial sobre la Desigualdad 2022. París: World Inequity Lab, 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3KvtrWD>.
- Eugênio, Alisson (2016) Lágrimas de Sangue: a Saúde dos Escravos no Brasil da época de Palmares à Abolição. Alameda Editorial. São Paulo.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2023). Censo Demográfico 2022: população e domicílios: primeiros resultados. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102011>
- IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2023). Saúde. POLÍTICAS SOCIAIS: Acompanhamento e Análise. Brasília, DF: Ipea, n. 30, 2023. ISSN 1518-4285. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/a0cdf8b1-d8f3-4505-a4d2-fe95265c411d/content>