

Inseguridad Social

La financiamiento de la asistencia médica y las pensiones en los países en desarrollo

Octubre 2010

Contenido

Resumen ejecutivo	2
1 Privatización de las pensiones y financiación de la salud	4
1.1 La reforma de las pensiones privadas	4
1.2 El seguro privado de salud	6
2 La motivación detrás de las reformas: ¿quién fija la agenda?	8
2.1 El rol de los gobiernos nacionales	8
2.2 El rol de las instituciones multilaterales	8
2.3 El rol de las instituciones financieras privadas	9
3 La financiamiento	10
3.1 La provisión de pensiones en Chile	10
3.2 El seguro de salud en Argentina	11
3.3 Desarrollos recientes	12
4 Conclusiones y camino a seguir	14
Referencias	15
Bibliografía	16

Acrónimos utilizados

AFPs	Administradoras de Fondos de Pensiones
PIB	Producto Interno Bruto
FMI	Fondo Monetario Internacional
PHI	Seguro Privado de Salud (Private Health Insurance)
PAE	Programa de Ajuste Estructural
OMC	Organización Mundial del Comercio

Resumen ejecutivo

El objetivo de este documento es llamar la atención sobre la influencia de las instituciones financieras privadas en la asistencia médica y el seguro de pensiones en los países en desarrollo. La financiarización – la expansión del poder sistémico y el alcance de las finanzas y los mercados y actores financieros – ha continuado, incluso durante la crisis financiera, sin el debate ni la vigilancia adecuados. El amplio alcance de la financiación privada y su impacto en los resultados sociales pone de relieve la necesidad de que los profesionales del desarrollo, los responsables políticos y los activistas comprendan mejor el sistema financiero.

Con gastos de salud globales de 5,3 billones de dólares y activos de pensiones globales de 29,5 billones de dólares, los fondos nacionales de salud y de pensiones representan importantes oportunidades para las empresas financieras.

Este documento analiza:

- las fallas estructurales de las reformas de privatización que han sido propuestas por los actores multilaterales, incluyendo el Banco Mundial, para satisfacer las necesidades de desarrollo del Sur,
- los diversos motivos y factores desencadenantes de las reformas, incluyendo los organismos multilaterales, las élites nacionales y los intereses empresariales y financieros y
- el papel de los fondos privados de pensiones y de las compañías de seguros de salud en los mercados financieros y sus estrategias en los países en desarrollo.

La sección 1 explica que las reformas de privatización están fallando en abordar adecuadamente los riesgos sociales de la vejez, la pobreza y los problemas de salud. Lejos de aumentar la eficiencia, las reformas han demostrado ser costosas y han drenado recursos públicos a través de incentivos fiscales demasiado costosos y gastos administrativos y reglamentarios significativos. En Chile, el sistema de pensiones privadas absorbe aproximadamente un tercio del presupuesto total del Gobierno y el 42 por ciento del gasto público social. Se ha estimado que los costos administrativos asociados con el seguro privado de salud son hasta diez veces mayores que los costos de la administración del seguro social. Además no se ha logrado aumentar la cobertura, ya que sólo aquellos que pueden pagar las primas pueden beneficiarse de los sistemas privados, y se excluye a los individuos de alto riesgo. A menudo las mujeres, quienes constituyen una gran proporción de los trabajadores informales y de las personas pobres, reciben beneficios significativamente menores y se ven doblemente afectadas ante la disminución del gasto público en seguridad social.

La sección 2 analiza quiénes han estado conduciendo las reformas de las pensiones y la asistencia médica. A pesar de que las reformas de privatización no están beneficiando a la mayoría, los gobiernos nacionales (presionados por las élites locales, los organismos multilaterales y los intereses empresariales y financieros globales) han destinado una significativa cantidad de recursos públicos a su aprobación. Se reconoce también que la liberalización del comercio y la reubicación de las empresas multilaterales de salud en los mercados de los países en desarrollo han contribuido a la privatización de la salud. Varias organizaciones estadounidenses proveedoras de servicios de salud han entrado a América Latina y Asia, buscando el acceso a los fondos públicos de la seguridad social.

En la sección 3 se exploran los vínculos entre la reforma de la seguridad social y la financialización. Durante las últimas tres décadas las finanzas han crecido rápidamente en términos de actividades, mercados, instituciones y ganancias. A finales de 2008 la industria mundial de seguros manejaba fondos por 18,7 billones de dólares, con primas de seguros globales de 4,3 billones de dólares. Los bancos y las compañías de seguros ganan intereses, honorarios y comisiones directamente de los seguros de salud de los trabajadores y de las contribuciones de las pensiones, incluso de los estratos más pobres de la sociedad. Se examina el papel de las instituciones financieras privadas en el proceso de las reformas y para ello se utilizan dos casos de estudio: **las pensiones privadas en Chile y el seguro privado de salud en Argentina.**

En 1981 Chile fue el primer país en implementar la reforma de las pensiones privadas, lo que sirvió de modelo para otros países en desarrollo. Sin embargo, muchas empresas de gestión de fondos de pensiones privadas están en manos de los conglomerados financieros extranjeros. Provida, la mayor empresa privada de pensiones de Chile – con 36.100 millones de dólares en gestión – es propiedad de BBVA, la institución financiera más grande de España. Entre 1981 y 2006 los trabajadores chilenos destinaron aproximadamente 50.000 millones de dólares de sus salarios a contribuir con los planes de pensiones privadas, una tercera parte de los cuales fueron retenidos – como ganancias y comisiones – por los ejecutivos, las compañías de pensiones privadas y otras relacionadas con las compañías de seguros.

En Argentina, las reformas de salud promulgadas en la década de 1990 también beneficiaron a las empresas financieras, las cuales han obtenido grandes ganancias y sacado el capital del sistema de la salud y del país. Según la profesora Celia Iriart de la Universidad de Nuevo México, el Grupo Exxel, aseguradora de salud privada de Estados Unidos, usó altos niveles de deuda para evadir impuestos, transfirió capital de Argentina a cuentas privadas en el extranjero – mediante el pago de altos intereses por los ‘bonos basura’ que emitió – y drenó los recursos gubernamentales reteniendo parte de los ingresos de los hospitales públicos que estaba gestionando.

La sección 4 concluye que las instituciones financieras privadas y mal reguladas han jugado un papel central en las fallas de las reformas de la seguridad social para superar los desafíos del acceso a la asistencia médica y la pobreza de la vejez en muchos países en desarrollo. La crisis financiera mundial también sirvió para exponer la fragilidad del sistema financiero, con el colapso de muchos de los fondos de pensiones y las compañías de seguros. Al mismo tiempo, el aumento del desempleo y la pobreza tras la crisis financiera en los países en desarrollo vuelve aún más vital la cuestión de la seguridad social. Es urgente que se investigue más sobre el rol y el impacto de las instituciones privadas de financiación en los sectores de las pensiones y del seguro de salud en los países en desarrollo.

1 Privatización de las pensiones y financiación de la salud

Durante las últimas tres décadas muchos países en desarrollo han implementado drásticas reformas, incluyendo la privatización de empresas estatales e instituciones sociales y la desregulación y apertura de sus economías a las finanzas globales. Siguiendo las prescripciones del Banco Mundial y del FMI, los sistemas previamente existentes de salud pública y de pensiones fueron privatizados en muchos países de ingresos medios y bajos. La privatización de la seguridad social está desplazando la responsabilidad y el equilibrio del riesgo social fuera del Estado hacia los individuos, precisamente en un momento en el que la globalización y la reestructuración económica han ampliado las desigualdades, lo que vuelve a las personas en los países en desarrollo todavía más vulnerables ante las fuerzas del mercado. Es interesante destacar que los países industrializados ricos, que ya contaban con sistemas de bienestar público bien establecidos, han emprendido reformas de privatización no tan drásticas como aquellos menos desarrollados.

A pesar de que la reciente crisis financiera ha llamado la atención sobre la amplitud y el papel perjudicial de las finanzas no reguladas en los países desarrollados, se ha dado muy poca atención a los más amplios impactos sociales y al desarrollo de la financiarización – o sea la expansión del poder sistémico y el alcance de los mercados, instituciones y actores financieros. Y se ha prestado todavía menos atención a la función del sector financiero en el manejo de las agendas de los seguros privados de salud y de la reforma de las pensiones en los países en desarrollo.

Las deficiencias de estas reformas de privatización para responder a los riesgos sociales de la vejez, la pobreza y los problemas de salud se han vuelto cada vez más evidentes. Tienen bajas tasas de cobertura, altos costos administrativos y discriminan a las mujeres y a otros grupos vulnerables. Además, la reciente crisis financiera volvió insolventes muchas compañías de seguros privadas, lo que dejó a muchos contribuyentes en la completa incertidumbre.

1.1 La reforma de las pensiones privadas

La ‘revolución’ de las pensiones privadas empezó en Chile a comienzos de la década de 1980 – cuando, bajo condiciones de represión generalizada durante la dictadura militar del presidente Augusto Pinochet, el sistema solidario de pensiones gestionado por el Estado

fue reemplazado por un sistema privatizado diseñado por el economista de la ‘Escuela de Chicago’ José Piñera. Los trabajadores chilenos no contribuirían ya a un programa nacional de seguro social para la jubilación, en el que las pensiones pagadas a los ancianos son financiadas por los actuales contribuyentes. Mientras que, bajo el sistema antiguo, las prestaciones de la pensión eran definidas en base a un porcentaje de los ingresos del trabajo, garantizado por el Estado, con la privatización los trabajadores se vieron obligados a contribuir con una cuota fija de su salario a cuentas jubilatorias individuales, administradas por las empresas de gestión de pensiones privadas (conocidas como Administradoras de Fondos de Pensiones o AFPs). Al jubilarse los asalariados chilenos tendrían derecho a reclamar una pensión basada en sus ahorros e intereses acumulados individuales, ya fueran estos positivos o negativos.

Todos los trabajadores formales que ingresaron a la fuerza laboral después de 1981 tuvieron que unirse obligatoriamente al nuevo sistema de pensiones y debieron contribuir con un 13 por ciento de su salario mensual a una cuenta individual gestionada por una AFP – el 10 por ciento para inversión y el 3 por ciento para comisiones y honorarios. Sin embargo, hubo algunas excepciones ya que no todos los trabajadores fueron obligados a contribuir. El 3,8 por ciento de la fuerza laboral pudo permanecer en el sistema antiguo, de capitalización-distribución, incluidos los militares y la policía, y un poco más del 3,5 por ciento que contribuyen voluntariamente como trabajadores independientes.

La reforma chilena comenzó a verse como un modelo para otros países y, entre 1992 y 2006, la privatización de las pensiones se había extendido a más de 30 países en todo el mundo.¹ Aunque el electorado de Estados Unidos y Europa logró resistir una privatización drástica de las pensiones, varios países en desarrollo de ingresos medios – que ya habían sido significativamente ‘moldeados’ por la ‘terapia de choque’ del FMI, la hiperinflación, los programas de ajuste estructural o mediante una dictadura militar – no pudieron defender sus sistemas de pensiones públicas.²

El Banco Mundial ha sido uno de los principales proponentes de la reforma de las pensiones. En su documento de 1994, *Evitando la crisis de la vejez* (*Averting the Old Age Crisis*), el Banco Mundial condenó los sistemas de capitalización-distribución existentes en cuanto a su eficiencia y su forma distributiva, alegando que “muy a menudo produjeron costosas distorsiones de los mercados laborales y de capital”.

El Banco recomendó un enfoque de la reforma de las pensiones de tres niveles:

- reducir la pensión pública financiada por el impuesto del pilar dominante a una red de seguridad sustancialmente menor,
- mover los planes ocupacionales de pensiones de 'prestaciones definidas' a 'aportes definidos', para ser administrados por la industria de servicios financieros, lo cual en efecto transfiere el riesgo desde el empleador al empleado, y
- hacer que los ahorros personales obligatorios sean el pilar dominante, con contribuciones canalizadas hacia y administradas por proveedores comerciales.

Sin embargo, según los mismos criterios del Banco sobre la distribución y la eficiencia, se ha demostrado que estos planes padecen de debilidades estructurales³ en varias áreas.

Altos costos: lejos de disminuir el gasto público y contribuir al ahorro nacional, la privatización ha demostrado ser muy costosa. En Chile, el sistema de pensiones privadas absorbe aproximadamente un tercio del presupuesto total del Gobierno y el 42 por ciento del gasto público social. El cambio del sistema público de capitalización-distribución a un esquema privado también implica costos de transición para el Gobierno, que debe cumplir con los compromisos existentes mientras renuncia a las contribuciones. Entre 1981 y 1998, el Estado chileno tuvo que gastar 44.000 millones de dólares para cubrir los compromisos existentes y pagar suplementos a las pensiones mínimas para los contribuyentes del sistema de las AFPs, mientras que las AFPs recolectaron aproximadamente 33.000 millones de dólares de los trabajadores.⁴ Además, para atraer a los empresarios de pensiones privadas, a la industria de fondos de pensión le fueron otorgadas generosas concesiones fiscales y fueron respaldadas por exenciones fiscales en curso. Se estima que las concesiones fiscales a las pensiones en Estados Unidos le cuestan a la tesorería alrededor de 100.000 millones de dólares anuales.⁵

Altas comisiones y honorarios de gestión: la falta de competencia hace que muchas administradoras de pensiones privadas cobren altas comisiones. En Chile, trabajadores que han contribuido durante 15 años han pagado de 4 a 5 por ciento del valor de su cuenta individual en comisiones a las AFPs. Entre 1991 y 2002 la tasa promedio anual de ganancias de las empresas de gestión en el sistema de AFPs fue del 26,7 por ciento.⁶

Alta volatilidad y retornos engañosos: después de deducir las comisiones, las tasas de retorno para los miembros son sustancialmente más bajas. Además, la actual crisis financiera ha ocasionado grandes pérdidas en los rendimientos de las pensiones privadas, con muchas

empresas en bancarrota. A finales de octubre de 2008 los fondos de pensiones chilenos habían perdido más del 30 por ciento de su valor antes de la crisis y algunas de las más grandes compañías de seguros privadas se volvieron insolventes, lo que dejó a millones de jubilados en la incertidumbre.⁷

Exclusión y cobertura pobre: las reformas de las pensiones privadas generalmente han agravado las desigualdades de género y de ingresos. Aunque las mujeres reciben salarios más bajos y tienen empleos más precarios, viven una mayor parte de sus vidas como jubiladas. Ellas se ven doblemente afectadas por el hecho de que sus pensiones privadas son considerablemente más bajas que las públicas equivalentes.⁸

Además, los regímenes privados de pensiones sólo benefician a quienes son capaces de pagar, mientras que la disminución de la seguridad social del Estado excluye a muchas personas que se desempeñan en el trabajo informal. Los mercados laborales altamente desregulados, flexibles e informales en los países en desarrollo determinan que la mayoría de los trabajadores no tengan empleos estables ni salarios adecuados. Contrario a la opinión del Banco Mundial, de que los sistemas privados de pensiones crearían incentivos más fuertes para la adhesión que el sistema público, un estudio reciente de la política social en América Latina mostró una cobertura decreciente después de la reforma de las pensiones privadas en los diez países estudiados.⁹

Según Manuel Riesco, director del Centro de Estudios Nacionales de Desarrollo Alternativo (CENDA), en Chile, dos tercios de la fuerza laboral chilena no tienen ninguna cobertura efectiva por parte del sistema de las AFPs. Esto incluye a los trabajadores independientes, quienes no están legalmente obligados a participar, y a los trabajadores de bajos ingresos e informales, empleados tanto en la economía rural como en la moderna economía orientada a la exportación.¹⁰ Las mujeres están especialmente representadas en esta categoría, ya que constituyen la mayoría de los trabajadores temporales u ocasionales de la fuerza laboral.

En cuanto a la red de seguridad social financiada con fondos públicos, aunque el sistema chileno preveía una pensión mínima, de 100 dólares mensuales, garantizada por el Estado para los miembros con escasos ahorros, esto no ha sido suficiente para que una enorme porción de la población escape a la pobreza de la vejez. En 1973 el 77,7 por ciento de la fuerza de trabajo estaba cubierto por el sistema de seguridad social del Gobierno. Hoy en día el sistema antiguo junto con el sistema privatizado cubren sólo el 60 por ciento de la fuerza de trabajo; el 40 por ciento no tiene ningún tipo de cobertura. Sólo una pequeña fracción de aquellas personas que contribuyen al sistema privado tendrá pensiones que les permitirán vivir dignamente.

Por lo tanto, al centrarse en el desmantelamiento de los servicios públicos de pensiones en los países en desarrollo, las reformas propuestas por el Banco Mundial no parecen ofrecer una solución para la mayoría de las personas pobres carentes de pensiones del mundo.

Además, resulta revelador que los ejemplos utilizados por el Banco Mundial para apoyar sus argumentos sobre el fracaso de los sistemas financiados con fondos públicos de seguridad social se basaron en los fracasos de América Latina y África¹¹, ignorando no sólo la historia de los propios países industrializados, sino también haciendo caso omiso a los modelos de Asia Oriental. Los fondos de previsión de Singapur y Malasia, con planes de ahorro de la seguridad social administrados por el sector público, han tenido mucho mejores resultados que el sistema de AFPs de Chile, pues tienen tasas de cobertura mucho más elevadas y costos administrativos significativamente menores. Además, el fuerte crecimiento de posguerra de Japón fue favorecido por los fondos de jubilación públicos que invirtieron en carreteras, puertos, ferrocarriles y aeropuertos.¹²

1.2 El seguro privado de salud

Instituciones multilaterales como el Banco Mundial también han venido defendiendo las políticas que fomentan el seguro privado de salud, así como la privatización general de la asistencia médica y los servicios de salud pública, que previamente habían sido suministrados por el sector público.¹³

El gran interés por los seguros de salud desde la década de 1980 sigue el creciente consenso internacional de que las primas para los usuarios, que durante décadas financiaron la asistencia médica en los países en desarrollo, son una forma inequitativa de financiación de la salud debido a que impiden el acceso de las personas pobres a los servicios de salud. Como el seguro permite el prepago y la agrupación del riesgo, se considera preferible al pago en el momento del servicio.

Sin embargo, mientras que el seguro social se basa en contribuciones parecidas a las fiscales, el Seguro Privado de Salud (PHI, por su sigla en inglés) descansa en un contrato privado entre el proveedor del seguro y sus clientes, estableciendo el nivel de las primas de seguros a cambio de una cobertura de beneficio determinado.

El Banco Mundial sostiene que el PHI puede resolver el problema de los escasos fondos disponibles para los gobiernos de los países en desarrollo, que no lograrán proveer el acceso de su gente a la asistencia médica a través de programas del sector público.

En los países en desarrollo el seguro privado de salud representa una proporción mayor del gasto en salud de

lo que comúnmente se reconoce. Según la Organización Mundial de la Salud, en 2007, el PHI representó el 18 por ciento de los 5,3 billones de dólares de gastos mundiales en salud.¹⁴ Los países en desarrollo son más de la mitad de los países con mercados de seguros privados de salud y en Brasil, Chile, Namibia, Sudáfrica y Zimbabue, el PHI representa más de un 20 por ciento de los gastos en salud.¹⁵

Una vez más, las reformas del PHI para los países en desarrollo comenzaron en Chile en la década de 1980, cuando se permitió a las compañías de seguros privadas (ISAPREs) competir con el público Fondo Nacional de Salud (FONASA). Mientras que el FONASA es financiado por un impuesto del 7 por ciento sobre la nómina y no tiene exclusiones, las ISAPREs pueden ajustar las primas y los paquetes de beneficios para reflejar el riesgo individual del cliente.

El Banco Mundial ha estado promoviendo el PHI por motivos de equidad y eficiencia.¹⁶ Argumenta que la liberalización del suministro de la salud libera recursos del sector público para las personas pobres, al facilitar el paso de los más adinerados al sector privado. Además, el cobro de honorarios de asistencia médica alentaría a los pobres a aprovechar al máximo los servicios.

Sin embargo, hay varias razones bien reconocidas por las cuales el PHI ha fallado al otorgar una asistencia médica eficaz y equitativa en los países en desarrollo:

Drenaje de recursos del sector público: Según el Banco Mundial, una de las ventajas de la introducción del seguro privado de salud era que serían liberados fondos del sector público para gastar en las personas pobres, quienes no podían pagar por la asistencia médica. Lejos de ahorrar los recursos del Gobierno, hay costos administrativos asociados con el PHI, que han sido estimados como diez veces más altos que los costos de la administración del seguro social.¹⁷ Es necesario que haya regulaciones para prevenir la desigualdad en el acceso, el aumento de las primas y el deterioro en la asistencia médica preventiva y de los servicios de salud pública. Sin embargo, en la mayoría de los países en desarrollo, la capacidad para regular es limitada y puede costar hasta el 30 por ciento de los ingresos procedentes de las primas.

Además, los fondos públicos a menudo se utilizan para subvencionar a las aseguradoras privadas. En Sudáfrica, por ejemplo, las aseguradoras privadas han contratado a los hospitales públicos como proveedores preferidos para sus miembros de bajos ingresos, lo que garantiza ventajas significativas de costos para la industria de seguros.¹⁸

Descremado del mercado: Las compañías de seguros privadas buscan maximizar las ganancias, por lo que atraen a las personas con menor riesgo de la salud, excluyendo a aquellas con mayor riesgo, como las mujeres, los ancianos y las personas que viven con VIH.

Esto se realiza a través de selección, exclusión, períodos de espera y copagos.¹⁹

En Chile, las reformas de la asistencia médica han determinado discriminación contra las mujeres y los sectores de la población considerados de mayor riesgo. Tras las reformas de la salud, el 27 por ciento de las personas más adineradas y saludables de la población chilena tomaron pólizas con las ISAPREs privadas, las cuales ofrecen paquetes de beneficios extendidos con una prima más alta, mientras que casi todos los trabajadores de bajos ingresos y sus familias, así como la mayoría de los mayores de 60 años, siguen estando cubiertos por el FONASA, financiado por el Estado.²⁰ La separación de la población en agrupaciones con diferentes riesgos ha limitado las posibilidades de las subvenciones cruzadas y ha dado lugar a una grave segmentación del mercado. En los planes de salud ISAPRE, las primas para las mujeres normalmente son 2,5 veces mayores que para los hombres. Los intereses del sector privado fueron demostrados claramente cuando una aseguradora privada cerró sus planes para mujeres de 18 a 45 años de edad, cuando el Gobierno retiró el subsidio por maternidad.

Exclusión y desigualdad

Al igual que en el caso de las pensiones privadas, un porcentaje significativo de la población que se desempeña en el trabajo informal o es demasiado pobre para pagar las primas está excluido de los seguros privados de salud.

Doblemente excluidos están los trabajadores informales que tampoco están cubiertos por los planes de seguro social, los cuales normalmente sólo ofrecen cobertura a aquellos con empleo formal.²¹ Además, los regímenes de salud voluntaria sin fines de lucro, propuestos por el Banco Mundial y otros donantes, simplemente son demasiado pequeños y carentes de recursos para ofrecer cuidados de salud significativos a las personas marginadas por los planes privados de seguros y sociales de salud.²²

En Sudáfrica la introducción de las reformas de la salud privada ha perpetuado las desigualdades resultantes del apartheid. El sistema de salud está inequitativamente sesgado hacia la minoría rica que proviene de las áreas históricamente 'blancas', la cual utiliza los seguros privados de salud. En 1992-93, el 23 por ciento más rico de la población tenía acceso a casi el 61 por ciento de los gastos totales de salud, lo que refleja una mala distribución de los recursos para la asistencia médica entre los sectores público y privado.²³

La privatización de las finanzas de la asistencia médica y las pensiones ha incrementado las desigualdades sociales, de ingresos y de género, al tiempo que también aumentaron los costos administrativos. Dado que tales reformas están fallando en el cumplimiento con la mayoría y que son, en realidad, una sangría para los recursos públicos, es importante considerar por qué y cómo han sido implementadas en los países en desarrollo.

2 La motivación detrás de las reformas: ¿quién fija la agenda?

El PHI y las reformas de las pensiones privadas han sido implementados a través de procesos políticos nacionales y globales, en los que los actores multilaterales, los gobiernos, así como los intereses empresariales y financieros han desempeñado un papel muy importante. El cambio a la seguridad social privada no se produce independientemente de otras reformas, más bien debería ser visto como parte de la reestructuración económica más amplia que ha tenido lugar en los países en desarrollo desde la década de 1970.

2.1 El rol de los gobiernos nacionales

También debe reconocerse que los gobiernos nacionales, a menudo capturados por élites locales²⁴ han sido receptivos a los cambios. Los gobiernos no sólo han jugado un papel importante en la promoción de tales políticas entre el electorado, sino que también han volcado significativos recursos públicos a los costos de transición, redefinido los derechos de propiedad y establecido y aplicado los estándares reglamentarios y fiduciarios.

Esto sugiere que la privatización de la seguridad social no significa necesariamente la retirada del Estado de la protección social, sino la transformación estatal.²⁵ Lo que es importante acerca de la privatización no es que el Estado esté desempeñando un papel menor en la seguridad social, sino que los principios de organización detrás de la seguridad social han cambiado radicalmente de proporcionar la protección social y la redistribución a través de la agrupación del riesgo de la población, hacia un autoseguro que individualiza los riesgos y beneficia a los pocos ricos.

2.2 El rol de las instituciones multilaterales

La privatización de las pensiones comenzó en Chile, como parte de las reformas de privatización más amplias del presidente Augusto Pinochet. Inspiradas por la economía neoliberal, las reformas de pensiones de Chile comenzaron a ser vistas como un modelo legítimo para otros países.

El profesor Mitchell Orenstein afirma que el punto decisivo en la campaña transnacional para la privatización de las pensiones²⁶ vino después de la publicación del

documento del Banco Mundial *Evitando la crisis de la vejez*. Este documento, que dotó de un nuevo peso intelectual a la privatización de las pensiones y representó un cambio en la política de pensiones del Banco, ofreció también un conjunto más apetecible de opciones que las del modelo chileno y permitió una continuación del sistema de seguridad social estatal, aunque más debilitado, a través de su enfoque de 'multipilares' que lo hizo más atractivo para un rango más amplio de países.

Actores transnacionales tales como el Banco Mundial y otros organismos multilaterales, han utilizado una gama de estrategias para promocionar la privatización de la seguridad social²⁷, a menudo proponiendo ideas sobre política en las políticas domésticas. Aun cuando carecen de derechos para votar o bloquear propuestas políticas, han utilizado estrategias para animar a los actores nacionales a adoptar sus sugerencias. Estas estrategias incluyen establecer condiciones sobre préstamos, organizar talleres y conferencias para implementar la experiencia, producir publicaciones y prestar asistencia técnica en la aplicación de la reforma.²⁸

Para promocionar las reformas de salud privada de México, el Banco Mundial las apoyó con préstamos de 700 y 25 millones de dólares, con la condicionalidad adjunta de que algunas organizaciones²⁹ de atención médica debían estar operando para el año 2000.³⁰

Para la reforma de las pensiones privadas, el Banco Mundial ha realizado un gran número de seminarios y capacitado a muchos funcionarios a través de su Instituto del Banco Mundial. También ha producido una serie de publicaciones, incluyendo un 'manual de la reforma de las pensiones', cuyo objetivo es entrenar a los funcionarios de los países sobre el funcionamiento de las ideas de las pensiones privadas. Éstas pueden ser vistas como parte de una estrategia para reclutar nuevos socios entre los funcionarios gubernamentales e inducir sus preferencias políticas.

El Banco provee, además, un sofisticado modelo de software, adaptado a cada país, que permite a los funcionarios introducir parámetros para hacer proyecciones sobre el futuro de los sistemas de pensiones de un país. Según Orenstein, esto proporciona un recurso único de poder que da una clara ventaja a los reformadores, quienes pueden mostrar una mejor experiencia técnica y estar en mejores condiciones para exponer las ventajas de sus propias ideas y desvalorizar las propuestas de sus oponentes.

Otro de los recursos proporcionados por los agentes transnacionales para impulsar el poder político de los reformadores es el acceso a expertos legales y consultores de alto nivel, quienes pueden ayudar a los reformadores domésticos a vencer a sus oponentes en el debate público. El Banco Mundial también ha adscripto a sus propios empleados para participar en los equipos de la reforma y con ello mantiene una puerta giratoria entre los principales actores internacionales y los gobiernos nacionales.

2.3 El rol de las instituciones financieras privadas

Sumado al rol de las instituciones multilaterales de crédito, Waitzkin *et al.* (2007) han puesto de relieve el papel de las empresas multinacionales influenciando las reformas de la salud privada. Ellos argumentan que la privatización de la salud en varios países de América Latina ha estado vinculada al desarrollo de los acuerdos comerciales globales y en Estados Unidos, tales como el Acuerdo General sobre Comercio y Servicios, que prohíbe a las legislaciones nacionales o subnacionales la restricción de la capacidad de las empresas

multinacionales privadas para vender o administrar servicios de salud o financieros dentro de los países que pertenecen a la Organización Mundial del Comercio.

Algunas organizaciones dedicadas a la asistencia médica y administradas desde Estados Unidos, tales como Aetna y CIGNA, que enfrentaron la disminución de las tasas de ganancia y la saturación del mercado en Estados Unidos, entraron en los mercados extranjeros junto con compañías financieras, a menudo buscando el acceso a los fondos de seguridad social pública designados para la asistencia médica y las pensiones. Aetna, por ejemplo, entró en negocios conjuntos con empresas nacionales en México, Brasil, Venezuela, Argentina y Colombia entre 1996 y 2000. Al mismo tiempo, estas instituciones abandonaron los mercados de Estados Unidos de Medicare y Medicaid, lo que dejó a miles de personas sin asistencia médica.³¹

Se han puesto de relieve los vínculos existentes entre la privatización de la seguridad social, los organismos multilaterales, el papel del Estado y los cambios en el comercio internacional. Sin embargo, se han investigado menos los vínculos con las instituciones financieras privadas, las cuales han sido algunas de las principales beneficiarias de la privatización de la seguridad social.

3 La financiarización

La reciente crisis financiera y económica mundial ha puesto de manifiesto el alcance de la financiarización, definida en términos generales como la ampliación del poder sistémico y del alcance de los mercados, las instituciones y los actores financieros. Sin embargo, poco se ha estudiado su influencia en la vida social y económica del mundo en desarrollo.

Impulsada por el avance tecnológico y el desmantelamiento de las regulaciones³² en las últimas tres décadas, las finanzas han crecido rápidamente en términos de actividades, mercados, instituciones y ganancias.³³ Esto transformó las relaciones entre las empresas industriales, las instituciones financieras y los trabajadores. Mientras que las grandes empresas industriales se volvieron expertas adquiriendo sus propias funciones financieras, los bancos y otras instituciones

financieras encontraron nuevas fuentes de ganancias yendo directamente a los trabajadores individuales, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados.

A finales de 2008 la industria mundial de seguros gestionaba fondos por 18,7 billones de dólares, con primas de seguros globales de 4,3 billones de dólares.³⁴ Se estima que los activos mundiales de pensiones eran de 29,5 billones de dólares a finales de 2009.³⁵ Combinadas, las pensiones y los seguros conforman el 27 por ciento de los activos financieros mundiales – estimados en 178 billones de dólares³⁶ – y el 80 por ciento del PIB mundial – de 60,5 billones de dólares.³⁷ Estados Unidos representa una gran proporción de ambos mercados, con sus aseguradoras conformando un tercio del mercado de seguros, y sus fondos de pensión un 60 por ciento de los activos mundiales de pensiones.

3.1 La provisión de pensiones en Chile

No es sorprendente ver que el curso de la misma financiarización haya estado mayormente determinado por los fondos de pensiones. Los acuerdos de pensiones implican enormes flujos financieros que representan un gigantesco premio para los bancos y las empresas financieras hambrientas de efectivo.

De hecho, algunos de los principales beneficiarios de la reforma de las pensiones privadas en los países en desarrollo han sido las administradoras privadas de pensiones, la mayoría de ellas vinculadas a los bancos multinacionales y a las empresas de seguros.

En Chile, muchas AFPs están en manos de los conglomerados financieros extranjeros. Tras una serie de fusiones y adquisiciones, el mercado de las AFPs está muy concentrado y controlado en gran parte por las entidades financieras extranjeras. El 51,6 por ciento de Provida, la AFP más grande de Chile – con 36.100 millones de dólares en gestión⁴⁰– pertenece a BBVA, la institución financiera más grande de España. Habitat, la segunda AFP más grande – con 29.500 millones de dólares en gestión –, pertenece indirectamente al Citigroup de Estados Unidos, que actualmente está tratando de vender su participación en la AFP. En 2008, el grupo bancario holandés ING compró la AFP española Bansander y la fusionó con su AFP Santa María⁴¹, previamente adquirida. Sin embargo, para

enfrentar la crisis financiera ING fue recientemente obligado por el Gobierno holandés a vender sus acciones en las AFPs chilenas.

Las AFPs ejercen un control político significativo sobre las empresas cuyas acciones compran, lo que acrecienta las preocupaciones sobre conflictos de interés, por ejemplo en el caso de las empresas estatales de energía que fueron privatizadas bajo Pinochet. Al comprar las acciones de esas empresas⁴², las AFPs a menudo pudieron seleccionar sus directores, quienes luego pasaron a crear un imperio en el sector energético, el que se extendió a Argentina, Brasil y Colombia, lo que a su vez les permitió controlar una parte significativa de la generación y distribución de electricidad en América Latina. De acuerdo con CENDA⁴³, las AFPs invierten la mitad de las contribuciones de las pensiones en sólo doce grandes conglomerados privados, cinco de los cuales son los propietarios de las AFPs.⁴⁴ Las tres AFPs más grandes de Chile toman decisiones sobre recursos de inversión que representan el 50 por ciento del PIB de Chile.⁴⁵

Entre 1981 y 2006 los trabajadores chilenos contribuyeron aproximadamente con 50.000 millones de dólares de sus salarios con los planes privados de pensiones, de los cuales las AFPs y las compañías de seguros afines retuvieron un tercio en forma de comisiones y ganancias. Los dos tercios restantes, junto con las ganancias acumuladas, fueron predominantemente invertidos en un pequeño número de grandes conglomerados privados.

El profesor Costas Lapavitsas afirma que la reciente crisis financiera puso de manifiesto la forma en que los bancos estuvieron obteniendo ganancias del ingreso personal de los trabajadores a través de hipotecas y préstamos inseguros.³⁸ Sin embargo, el retiro del suministro público de salud y pensiones también ha canalizado los ahorros de los trabajadores hacia los mercados financieros de una serie de países desarrollados y en desarrollo. Los bancos y las compañías de seguros ganan intereses, honorarios y comisiones directamente del seguro de salud de los trabajadores y las contribuciones de las pensiones, incluso de los estratos más pobres de la sociedad.

La financiarización también ha impactado la política de seguridad social en los países en desarrollo, indirectamente, mediante la modificación de la función de los organismos multilaterales, como el FMI y el Banco Mundial y el fomento de las políticas macroeconómicas propicias para las finanzas. Según el profesor Robert Wade:

“bajo el lema de ‘desarrollo del mercado de capitales’ el Banco Mundial y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, en inglés) están promoviendo los fondos de pensiones públicos o privados obligatorios, incluso en países como Kazajstán, que carecen de contadores y mantenimiento de registros adecuados, ni hablar de un mercado de valores. Este tarro de miel abierto es un camino seguro para hacer de las finanzas el sector elegido por las élites nacionales depredadoras”.³⁹

Además, la mayor movilidad del capital durante las últimas décadas y la amenaza de la fuga de capitales generan fuertes presiones sobre los gobiernos para reducir los costos de la producción nacional y reducir la inflación para atraer la inversión extranjera. La privatización de la seguridad social y la aplicación de las reformas estructurales pueden actuar como una señal para ganar o mantener la confianza de los inversores internacionales, en una economía mundial cada vez más liderada por los actores financieros.

3.2 El seguro de salud en Argentina

Una característica de la financiarización ha sido el cambio en la naturaleza de la inversión del capital multinacional en la asistencia médica, predominantemente de industrias y empresas de servicios (en productos farmacéuticos y servicios de salud) a sociedades financieras que operan en seguros y pensiones.⁴⁶

Las reformas de la salud de Argentina ilustran cómo las políticas que permiten que la inversión internacional desempeñe un papel en el sistema de asistencia médica, prescritas por el FMI y el Banco Mundial, no han

servido para proporcionar atención médica adecuada a los argentinos. En lugar de ello, han beneficiado a las empresas financieras, las que extrajeron ganancias y trasladaron el capital fuera del sistema de la salud y del país.

El sistema de asistencia médica de Argentina ha dependido históricamente de una mezcla de proveedores de salud privada – a través de los planes de prepago – de los fondos obligatorios de salud social médica, administrados por sindicatos (conocidos como *obras sociales*), para aquellos en el empleo formal y de la asistencia médica del sector público, financiada con impuestos, para la tercera edad.

Las reformas de la salud en Argentina en la década de 1990, no sólo permitieron a las empresas financieras nacionales y multinacionales adquirir seguro de prepago, sino que también facilitaron su acceso a las recientemente desreguladas obras sociales. Cada vez más, las obras sociales pudieron subcontratar sus funciones administrativas y comenzaron a servir de fachada a las aseguradoras privadas de salud.

En tanto que, hasta la década de 1990, los intentos de reforma de la asistencia médica habían fracasado debido a la feroz oposición de los grupos de presión, el declive industrial producido por la reestructuración económica y facilitado por el FMI y el Banco Mundial redujo la influencia de los sindicatos y los trabajadores del sector público. La resistencia de los sindicatos también fue debilitada por su fragmentación, cuando el Banco Mundial ofreció 150 millones de dólares a sindicatos seleccionados por su actitud pro Gobierno.⁴⁷

El caso del Grupo Exxel sirve como un ejemplo interesante. Exxel, que gestionaba las mutuales y los fondos de pensiones argentinos y extranjeros, comenzó a operar en Argentina en 1992 a través de la inversión de 47 millones de dólares, proporcionados por la sociedad de inversión estadounidense Oppenheimer & Co. La oficina central del Grupo estaba ubicada en Islas Caimán, un lugar atractivo por razones fiscales para las empresas que invierten fuera de la jurisdicción de los organismos reguladores de Estados Unidos.⁴⁸

El Grupo Exxel compró empresas en diversos campos, como los planes prepagos de salud, las obras sociales, distribuidores de energía, cadenas de supermercados y servicios de tarjeta de crédito y, en cinco años, se convirtió en una de las diez corporaciones más grandes de Argentina – con más de 73 empresas en 1998 y activos por un valor de 4.500 millones de dólares. Sin embargo en 2003, después de la crisis financiera del país, los activos del Grupo, con la mayoría de las empresas en bancarota, cayeron a menos de 500 millones de dólares.⁴⁹

En asistencia médica, el Grupo Exxel, adquirió tres de los más prestigiosos planes de salud prepaga de Argentina

y los fusionó en una sola empresa. También incursionó en el sector público como administrador del proceso de facturación de 27 hospitales públicos de la provincia de San Luis. Exxel facturaba al Gobierno y a los fondos de seguridad social por los pacientes atendidos en estos hospitales, al tiempo que retenía el 20 por ciento de los pagos recibidos.⁵⁰

El Grupo Exxel operaba identificando primero empresas locales con altos activos de capital. Estas empresas fueron adquiridas mediante el modelo de compras apalancadas, que utiliza una cantidad significativa de deuda para apropiarse de las empresas. El grupo negoció con bancos extranjeros, específicamente con el Citibank, el cual les dio préstamos a corto plazo. Los préstamos fueron reembolsados por la emisión y venta de bonos en mercados externos como 'bonos basura' que pagan una alta tasa de interés. Durante los 'buenos' tiempos, el grupo ofreció un interés de hasta el 50 por ciento sobre el capital invertido, lo que resultó en una gran transferencia de capital desde Argentina a cuentas privadas en el extranjero.⁵¹

Como las empresas adquiridas mediante este mecanismo terminaron con un alto nivel de deuda, dejaron de pagar impuestos sobre la renta al Estado argentino porque sus cuentas oficiales mostraban gigantescas pérdidas. Esto contribuyó al déficit fiscal y a los eventuales recortes en el gasto público del país. Además, los altos niveles de deuda eventualmente llevaron a muchas de las empresas a la bancarrota. Por otra parte, en la compra de las empresas, el primer movimiento de Exxel fue recortar empleos y reducir los salarios, lo que fue un costo más para la sociedad argentina.⁵²

El caso de Argentina muestra que en última instancia, fue el sector financiero privado el que se benefició con las reformas de la salud. Aquellas empresas proveedoras de seguros privados de salud son las mismas que extraen dinero del sistema de salud para obtener ganancias, con repercusiones negativas en un sistema ya decreciente del sector público y del seguro social. Según la profesora Celia Iriart, los recortes presupuestarios en el sector público cerraron quirófanos y salas enteras en los hospitales, los estantes de las farmacias están vacíos y los pacientes necesitan comprar los medicamentos y otros suministros y llevarlos ellos mismos a los hospitales.⁵³

3.3 Desarrollos recientes

Los problemas derivados de modelos privatizados del seguro de salud y de las pensiones no han pasado completamente desapercibidos y aquellos que han sido negativamente afectados por dichas reformas en los países en desarrollo han participado en campañas públicas, protestas y movimientos sociales. Actualmente

en Egipto, por ejemplo, varias organizaciones de la sociedad civil y partidos políticos están luchando para detener la privatización del seguro de salud apoyada por el Banco Mundial. En El Salvador, las reformas de privatización de la salud del Gobierno pararon en 2003 después de protestas de solidaridad y huelgas de los trabajadores de la salud, médicos, sindicatos y otros grupos de la sociedad civil.

A pesar de que el sistema privado de pensiones aún existe en Chile, en 2008, la entonces presidenta del país Michelle Bachelet respondió a una campaña pública y restauró una modesta pensión pública solidaria, no contributiva y financiada con impuestos, de 150 dólares al mes para aquellos sin derecho a pensión. También estableció montos suplementarios para las pensiones de las AFPs inferiores a 400 dólares al mes, reconociendo que incluso las pensiones privadas no cumplen con la mayoría de sus clientes.

La crisis financiera mundial, además, expuso la fragilidad del sistema financiero, lo que cambió la opinión pública sobre la efectividad de los actores financieros para otorgar beneficios a largo plazo. La industria de servicios financieros, incluyendo muchos de los fondos de pensiones y compañías de seguros de salud, ha sufrido enormes pérdidas que arrasaron con los logros alcanzados en los años de 'bonanza'.

En el inicio de la crisis la presidenta argentina, Cristina Fernández, tomó la medida radical de nacionalizar el sistema de pensiones, que había sido privatizado 14 años antes. El Estado recuperó el control sobre el ahorro acumulado de las pensiones, reemplazando a los administradores privados que pagaban miles de millones a sus ejecutivos en salarios y bonos, al tiempo que la industria sufría enormes pérdidas con la contracción del crédito. Como resultado de la nacionalización los argentinos ahora tienen derecho a pensiones que son más de dos tercios superiores a sus salarios, lo que representa en la mayoría de los casos, especialmente para las mujeres, más del doble de lo que se recibe de las pensiones privadas.

A pesar de que la crisis financiera estimuló el debate sobre la aplicación de controles sobre las finanzas, la fuerza y la capacidad de recuperación del sector financiero no deben subestimarse. La industria financiera gastó más de 3.000 millones de dólares para presionar al Congreso de Estados Unidos sobre el proyecto de Ley de Reforma de la Salud que, al final, incorporó varias concesiones para las aseguradoras privadas. Éstas incluyeron una disposición que permite a las aseguradoras cobrar más del doble a los trabajadores con hipertensión, diabetes y otras afecciones médicas. También permiten a las aseguradoras seguir utilizando técnicas de marketing para seleccionar a los clientes más saludables.⁵⁴

A pesar de que Medicaid financiado por el Gobierno se expandirá para cubrir 16 millones adicionales de personas de bajos ingresos, otros estadounidenses que no son elegibles para Medicare o Medicaid, se verán obligados a contratar seguros con las compañías privadas de seguros de salud. Esto representa una inyección de

miles de millones de dólares para la misma industria de seguros, responsable por la crisis de la asistencia médica en Estados Unidos, y para algunas de las aseguradoras privadas de salud que entraron en los mercados de América Latina y en otros mercados de los países en desarrollo para aumentar sus ganancias.

4 Conclusiones y caminos a seguir

Décadas después del inicio de la privatización de los sistemas de seguridad social, la falta de acceso a la salud y la pobreza de la vejez siguen siendo un desafío clave en los países en desarrollo donde se llevaron a cabo reformas drásticas. Las instituciones financieras privadas y mal reguladas juegan un papel central en estos fracasos. A pesar de tener sus imágenes empañadas por la crisis financiera global, estas empresas continúan promocionando la financiarización creciente de la vida de la gente en los países en desarrollo.

Los sistemas de seguridad social son importantes ya que pueden afectar las desigualdades existentes y tienen el potencial de transformar la sociedad allí donde los mercados no lo hacen. Los sistemas privados en manos del sector financiero privado están incrustados en las estructuras sociales existentes y pueden marginar aún más al gran número de personas que viven en la pobreza. Esto es particularmente importante en el mundo globalizado de hoy en el que se están ampliando las desigualdades entre países y dentro de los países, en el que continúa creciendo el número de personas pobres del mundo que sólo tiene acceso a empleos esporádicos e informales.

Incluso antes de la crisis financiera, ya se habían revelado las debilidades estructurales de las pensiones privadas y del seguro privado de salud. A pesar de las crecientes ganancias, fueron un fracaso proporcionando cobertura adecuada a sus propios miembros y empeoraron las desigualdades sociales, económicas y de género existentes, a través de políticas discriminatorias y excluyentes.

El aumento en el desempleo y la pobreza tras la crisis financiera en los países en desarrollo hace que la cuestión de la seguridad social sea aún más vital. Ya ha crecido considerablemente el enorme volumen de trabajadores informales, al igual que el número de desempleados, lo que sacó a millones de personas de los planes del seguro social, allí donde existen.

La experiencia de las pensiones privadas y los planes de seguro de salud en muchos países en desarrollo muestra que, mientras el sector financiero obtiene grandes comisiones y cobra primas considerables, las reformas propuestas por el Banco Mundial no abordan los riesgos

sociales fundamentales que enfrentan miles de millones de personas pobres que carecen del acceso adecuado a la asistencia médica y la seguridad de la vejez. Mediante la promoción de una reducción en el tamaño del sector público, los gobiernos de los países en desarrollo son incapaces de proporcionar una protección social digna a su gente, en un grado semejante a la cobertura que alcanzaron los países industrializados a principios del siglo veinte. Tales prescripciones también ignoran los modelos de los países recientemente industrializados de Asia Oriental, donde se disfruta de regímenes de seguridad social pública que dan mayores tasas de cobertura y menores costos administrativos, en comparación con los sistemas privatizados en América Latina.

Es necesario que se realicen más investigaciones sobre el rol y el impacto de las instituciones financieras privadas en los sectores de las pensiones privadas y los seguros de salud en los países en desarrollo. Debido a que muchos proveedores privados locales están en manos de las corporaciones financieras globales, gran parte del capital aportado por aquellos cubiertos por los planes privados es transferido a cuentas e inversiones en el extranjero, sobre las que los ahorristas no tienen ningún control. Además, el uso del apalancamiento y de los escapes fiscales determina que los gobiernos de los países en desarrollo pierden fuentes potenciales de ingresos fiscales. La falta de regulación y la inestabilidad del sector financiero hacen que quienes participan en los planes privados sean vulnerables al colapso de las empresas o las fluctuaciones en el rendimiento de la inversión. Mientras que gran parte de la agenda del G20 y de otros organismos mundiales han recurrido a la re-regulación financiera debido a la crisis financiera, esta agenda ignora las necesidades de los países en desarrollo, especialmente de sus ciudadanos más pobres y vulnerables.

El importante papel desempeñado por las instituciones financieras en el impacto sobre la salud y los resultados sociales en los países en desarrollo, pone de manifiesto el amplio alcance de la industria financiera. Por lo tanto, los responsables políticos y los activistas interesados en los resultados del desarrollo necesitan comprender mejor y prestar más atención a las finanzas.

Referencias

- 1 Ver Orenstein (2008).
- 2 Ver Blackburn (2002).
- 3 Ver Singh (1996) para una revisión completa de las propuestas de pensiones del Banco Mundial.
- 4 Ver Leiva (2005).
- 5 Ver Blackburn (2002).
- 6 Ver Leiva (2005).
- 7 Ver Riesco (2009).
- 8 Ver Riesco (2009).
- 9 Ver Mesa-Lago (2008).
- 10 Ver Riesco (2009), Fazio y Riesco (1997).
- 11 Ver Banco Mundial (1993).
- 12 Ver Blackburn (2002).
- 13 Ver Mackintosh y Koivusolo (2005).
- 14 Ver OMS (WHO) (2007).
- 15 Ver Sekhri y Savedoff, (2006).
- 16 Ver Mackintosh y Koivusolo (2005).
- 17 Ver Oxfam *et al.* (2008).
- 18 Ver Wadee *et al.* (2003).
- 19 Ver Oxfam *et al.* (2008).
- 20 Ver Oxfam *et al.* (2008).
- 21 Ver Mesa-Lago (2008).
- 22 Ver Oxfam *et al.* (2008).
- 23 Ver Wadee *et al.* (2003).
- 24 Es de conocimiento público que algunos de los ministros de Pinochet eran propietarios de Provida, la AFP más grande. Ver Fazio y Riesco (1997).
- 25 Ver Brooks (2009).
- 26 Compuesto por agentes transnacionales, tales como los reformistas chilenos, economistas y organismos gubernamentales estadounidenses como la USAID y organizaciones multilaterales como el Banco Mundial, el FMI, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Asiático de Desarrollo y el PNUD. Consulte Orenstein (2008).
- 27 Un estudio realizado por Müller (2003), sobre la privatización de pensiones en América Latina y Europa Central y Oriental, muestra que en los ocho países seleccionados, los actores transnacionales tenían una participación directa sustancial.
- 28 Ver Orenstein (2008).
- 29 Definido por Jasso-Aguilar *et al.* (2005, página 39) como servicios de asistencia médica, bajo el control administrativo de grandes organizaciones privadas, con financiación prepaga. La gestión de la atención médica, que se vio favorecida por la política de salud de Estados Unidos en la década de 1980, requiere un intermediario para administrar la financiación bajo el concepto del riesgo compartido. A través de la gestión de la atención médica muchas aseguradoras esperaban controlar el rápido aumento de los costos de la asistencia médica generado por las prácticas de pago de tarifa-por-servicio y, de hecho, muchas aseguradoras terminaron formando sus propias organizaciones de gestión de servicios de salud.
- 30 Ver Waitzkin *et al.* (2007).
- 31 Ver Waitzkin *et al.* (2007).
- 32 Tales como la derogación de la ley Glass-Steagal, en 1999, que permitió a los bancos de inversión de Wall Street entrar en el ámbito de las finanzas de venta al por menor.
- 33 Ver Lapavitsas (2009).
- 34 Ver Investigación IFSL (2009).
- 35 Ver Investigación IFSL (2010).
- 36 Desde 2008; McKinsey (2009).
- 37 Desde 2008, precios actuales. Banco Mundial, Indicadores de Desarrollo Mundial, (2010).
- 38 Ver Lapavitsas (2009).
- 39 Ver Wade (2004).
- 40 Desde finales de marzo de 2010; Ver Pica (2010).
- 41 Ver Pica (2010).
- 42 Ver Fazio y Riesco (1997).
- 43 Grupo de pensadores chilenos del Centro de Estudios para el Desarrollo Alternativo (www.cendachile.cl).
- 44 Ver Riesco (2009).
- 45 Ver Leiva (2005).
- 46 Ver Iriart (2005).
- 47 Ver Barrientos y Lloyd-Sherlock (2000).
- 48 Descrito detalladamente por Iriart (2005).
- 49 Ver Iriart (2005).
- 50 Ver Iriart (2005).
- 51 Ver Iriart (2005).
- 52 Ver Iriart (2005).
- 53 Ver Iriart (2003).
- 54 Ver DeMoro (2010).

Bibliografía

- Barrientos, A., Lloyd-Sherlock, P., 2000, "Reforming health insurance in Argentina and Chile", *Health Policy and Planning*, No. 15, Oxford University Press.
- Blackburn, R., 2008, "The global drive to commodify pensions", CENDA, <http://sites.google.com/a/cendachile.cl/cenda/Home/publicaciones/autores-invitados/blackburn--the>.
- Blackburn, R., 2007, "Plan for a global pension", *New Left Review*, Vol. 47.
- Blackburn, R., 2002, *Banking on Death*, Verso, London.
- Brooks, S., 2009, *Social Protection and the Market in Latin America*, Cambridge University Press.
- DeMoro, R., 2010, "Diary of a wimpy health care bill", ZNet, <http://www.zcommunications.org/diary-of-a-wimpy-health-care-bill-by-rose-ann-demoro>.
- CENDA Chile, 2010, "Resultados para sus Afiliados de las AFP y Compañías de Seguros Relacionadas con la Previsión 1982-2008", http://www.cendachile.cl/Home/publicaciones/reforma-pensiones/resultados-afp-seguros-82-08/resultados-afp-82_08.
- Edwards, S., Cox, A., 2002, "Social security privatization reform and labor markets: The case of Chile", *Economic Development and Cultural Change*, Vol. 50, No. 3.
- Fazio, H., Riesco, M., 1997, "The Chilean Pension Fund Associations", *New Left Review*, Vol. 1/223.
- IFSL Research, 2009, "Insurance", http://www.ifsl.org.uk/upload/Insurance_2009.pdf.
- IFSL Research, 2010, "Pension markets", http://www.ifsl.org.uk/upload/Pension_markets_2010.pdf.
- Iriart, C., 2005, "The transnationalization of the healthcare system in Argentina", in: M. Mackintosh and M. Koivusolo (eds.), *Commercialization of Healthcare: Global and Local Dynamics and Policy Responses*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Iriart, C., 2003, "Managed care and globalization: The Argentinean case", <http://www.bioethics.nih.gov/globalslides/iriart.pdf>.
- Jasso-Aguilar, R. et al., 2005, "Multinational corporations and health care in the United States and Latin America: Strategies, actions and effects", in: M. Mackintosh and M. Koivusolo (eds.), *Commercialization of Healthcare: Global and Local Dynamics and Policy Responses*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Oxfam et al., 2008, "Health insurance in low-income countries", Joint NGO Briefing Paper, http://www.oxfam.org.uk/resources/policy/health/downloads/bp112_health_insurance.pdf.
- Jütting, J., and Drechsler, D., 2005, "Private health insurance for the poor in developing countries?", *OECD Policy Insights*, No. 11.
- Kurtz, M., 2002, "Understanding the third world welfare state after neoliberalism: The politics of social provision in Chile and Mexico", *Comparative Politics*, Vol. 34, No. 3.
- Lapavistas, C., 2009, "The roots of the global financial crisis" *Development Viewpoint*, No. 28, Centre for Development and Policy Research, SOAS, <http://eprints.soas.ac.uk/7325/1/TheRootsOfTheGlobalFinancialCrisis.pdf>.
- Leiva, F., 2005, "Chile's privatized social security system: Behind the free-market hype", *Connections*, Vol. 10, No. 11.
- Mackintosh, M., Koivusolo, M., 2005, *Commercialization of Healthcare: Global and Local Dynamics and Policy Responses*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Mesa-Lago, C., 2008, "Social insurance (pensions and health), labour markets and coverage in Latin America", *UNRISD Social Policy and Development Programme Paper*, No. 36.
- McKinsey Global Institute, 2009, *Global Capital Markets: Entering a New Era*, McKinsey & Company.
- Müller, K., 2003, *Privatising Old-Age Security: Latin America and Eastern Europe Compared*, Edward Elgar Publishing, Cheltenham.
- Orenstein, M., 2008, *Privatizing Pensions: The Transnational Campaign for Social Security Reform*, Princeton Press.
- Pica, C., 2010, "Chile top Pension funds continue recovering after 2008 slump", *Wall Street Journal*, 12 April 2010, <http://online.wsj.com/article/BT-CO-20100412-709311.html>.
- Riesco, M., 2009, "The end of privatised pensions in Latin America", *Global Social Policy*, Vol. 9, No. 2.
- Riesco, M., 2007, "Se derrumba un mito", CENDA Santiago, http://www.cep.cl/Cenda/Cen_Documentos/Pub_MR/Libros/Libro_2006_Derrumbe/Libro_2006_original.pdf.
- Sapelli, C., Torche, A., 2001, "The mandatory health insurance system in Chile: Explaining the choice between public and private insurance", *International Journal of Healthcare Finance and Economics*, Vol. 1.
- Sekhri, N. and Savedoff, W., 2006, "Regulating private health insurance to serve the public interest: policy issues for developing countries", *International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 21.
- Singh, A., 1996, "Pension reform, the stock market, capital formation and economic growth: A critical commentary on the World Bank's proposals", *SCEPA Working Papers*, 1996-03, The New School.
- Stiglitz, J., Orszag, P., 2001, "Ten myths about social security", in: Holzmann, R. and Stiglitz, J. (eds.), *New Ideas About Old Age Security*, World Bank, Washington, D.C.
- Tricarico, A., 2007, "Betting on the risks of the poor: World Bank's approach to social risk and security", in: Social Watch Annual Report, *Dignity and Rights: Making the Universal Right to Social Security a Reality*, <http://www.socialwatch.org/node/9292>.
- Wade, R., 2004, "On the causes of increasing world poverty and inequality, or why the Matthew Effect prevails", *New Political Economy*, Vol. 9, No. 2.
- Wadee H. et al., 2003, "Healthcare inequity in South Africa and the public-private mix", UNRISD, [http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/890762B189D36924C1256DB90030161B/\\$file/wadee2.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/890762B189D36924C1256DB90030161B/$file/wadee2.pdf).
- Waitzkin, H. et al., 2007, "Privatization of health services in less developed countries: An empirical response to the proposals of the World Bank and Wharton School", *International Journal of Health Services*, Vol. 37.
- WHO, 2007, "Composition of world health expenditure", http://www.who.int/nha/use/pie_2007-large.pdf.
- World Bank, 1993, *Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote Growth*, Washington D.C.
- World Bank, 2010, "Economy", *World Development Indicators*, <http://data.worldbank.org/sites/default/files/wdi/section4.pdf>.

Este informe fue escrito por Sheena Sumaria, del Proyecto Bretton Woods. Recibió apoyo financiero de la Unión Europea, la Fundación Ford y la Fundación CS Mott. El contenido de este documento es responsabilidad exclusiva de los autores y bajo ninguna circunstancia puede ser considerado como un reflejo de la posición de los financiadores.

Muchas personas contribuyeron con comentarios muy útiles durante todo el proceso de su redacción. Agradecemos especialmente a Antonio Tricarico, Celia Iriart, Manuel Riesco, Peter Chowla y Jesse Griffiths.

