

# La seguridad social\*

## I. EVOLUCIÓN HISTÓRICA<sup>1</sup>

El término seguridad social abarca a los seguros sociales por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (riesgos del trabajo), las pensiones por vejez, invalidez y muerte, el seguro de maternidad y enfermedad (no laboral) y el seguro de desempleo. El modelo del seguro social introducido en el decenio de 1880 por el Canciller Bismarck en Alemania influyó al resto de Europa y de ahí a América Latina y Cuba. En este período no existía en la Isla seguridad social, sino seguros sociales, debido a que no todos los riesgos eran cubiertos, había una notable fragmentación de los programas de pensiones, sin coordinación entre ellos, y no se alcanzó la universalidad en la cobertura. La Revolución de 1933 introdujo nuevos programas de seguro social.

La Constitución de 1940 fue promulgada antes del Informe de William Beveridge, el cual introdujo el nuevo concepto de la seguridad social: universal, integral y unificada. La Carta Magna cubana fue influida por las resoluciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) creada en 1919 e incluyó los principios de los seguros sociales en varios de sus artículos, con las siguientes características: [1] el derecho de los trabajadores al seguro social pero sin definir la cobertura del sistema (la protección de los trabajadores asalariados privados se reguló en una sección diferente a la de los funcionarios y empleados

---

\* Este trabajo es una síntesis de la obra del autor sobre el tema publicada en los últimos 40 años. Describe la evolución de la seguridad social en Cuba en la centuria transcurrida entre 1902 y 2002, identifica sus avances y problemas a fines de la República (1958) y en la actualidad (fines de 2001), ordena a Cuba en América Latina en 1958 y 2000 y explora las reformas necesarias. La primera parte del trabajo (1902-1958) se publica en este número de *Encuentro* y la segunda parte (1959-2002) saldrá en el próximo número.

<sup>1</sup> Esta sección y la siguiente se basan fundamentalmente en Mesa-Lago 1960, 1985 y CERP 1964.

públicos); [2] la protección de los riesgos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, vejez, invalidez y muerte, así como desempleo, omitiendo a los riesgos de maternidad y enfermedad común; [3] el mandato que la administración de los seguros sociales fuese mediante representantes elegidos por trabajadores y empleadores, y otros designados por el Gobierno; [4] la mención de un «Banco de Seguros Sociales» cuyas funciones no fueron especificadas pero que podría quizás convertirse en una institución unificadora o coordinadora de todo el sistema; [5] la estipulación que el financiamiento fuese tripartito, a través de contribuciones de los trabajadores, empleadores y el Estado; y [6] la fijación de una pensión mínima (equivalente a un salario mínimo) así como una pensión máxima (fijada en pesos, lo cual era absurdo debido a la inflación), sin aclarar si ambas se aplicaban solo a los empleados públicos o a todos los trabajadores.

La Constitución dio un fuerte impulso a la creación de nuevos programas de pensiones, un proceso que se aceleró después del fin de la Segunda Guerra Mundial, aumentando aun más la multiplicidad existente. Varios estudios técnicos recomendaron la reforma de los seguros sociales pero ésta no se implantó. A continuación se resume la evolución en los diversos seguros sociales; el Cuadro 1 traza la evolución legal de los mismos.

#### *A. Riesgos del trabajo*

Cuba fue uno de los primeros países de América Latina en promulgar una ley de seguro social por accidentes del trabajo (1916) que cubría a todos los trabajadores asalariados bajo el principio de la responsabilidad patronal (se asumía que el empleador era responsable del siniestro a menos que se probase lo contrario en los tribunales). Era financiado exclusivamente por los empleadores, los cuales debían o bien contratar una póliza con una compañía de seguros o auto asegurarse (con requisitos de depósito, etc.). Una ley de 1933 añadió la protección contra las enfermedades profesionales. Los beneficios comprendían prestaciones monetarias (compensación temporal o pensión al asegurado y, su deceso a sus familiares), atención médico-hospitalaria y rehabilitación. Como en casi todos los países de la región en esa época, estaban excluidos de cobertura: servicio doméstico, trabajadores por cuenta propia, familiares sin remuneración y eventuales. Los trabajadores agrícolas asalariados estaban cubiertos, aunque la ejecución no era adecuada fuera de las grandes plantaciones. En 1941-1958 se puso hincapié en la prevención de accidentes y seguridad en el trabajo; además, las compañías de seguros nacionales lograron predominar en este campo sobre las extranjeras (un total de 25 compañías comerciales gestionaban este seguro en 1958).

#### *B. Pensiones de vejez, invalidez y muerte*

Entre 1913 y 1958 se crearon en Cuba 51 programas de pensiones separados e independientes (llamados «cajas», «retiros» o «seguros») para distintas ocupaciones, oficios y profesiones. Cada uno de ellos tenía sus propias disposiciones legales, grupo de asegurados, administración, financiamiento, condiciones de

**CUADRO 1**  
**CREACIÓN DE PROGRAMAS DE SEGURO / SEGURIDAD SOCIAL**  
**EN CUBA: 1902-2001**

AÑO	RIESGO	GRUPO CUBIERTO O MEDIDA	SECTOR
1913	P	Fuerzas Armadas	Público
1915	P	Comunicaciones	Público
1916	A	Todos los asalariados	Público y privado
1917	P	Poder judicial	Público
1919	P	Funcionarios y empleados; Maestros (2)	Público
1920	P	Policía	Público
1921-23	P	Teléfonos; ferrocarriles y tranvías <sup>a</sup> (2)	Privado
1927	P	Marítimo	Privado
1929	P	Notaría; Registro de la propiedad (2)	Profesional
1933	EP	Trabajadores asalariados	Público y privado
1934	M	Trabajadoras asalariadas	Público y privado
1935	P	Periodismo	Profesional
1938	P	Banca	Privado
1939	P	Registro mercantil	Profesional
1941	P	Azúcar-industrial y agrícola	Privado
1943	P	Médicos	Profesional
1945	P	Abogados	Profesional
1945	P	Textil y henequén	Privado
1946	P	Barbería y peluquería; Tabaco-industrial y agrícola (2)	Privado
1946	P	Procuradores	Público
1946	P	Obreros del Estado, provincias y municipios	Público
1947	P	Imprentas	Privado
1947	P	Farmacéuticos	Profesional
1948	P	Electricidad, gas y agua	Privado
1948	P	Corredores de aduana	Profesional
1949	P	Dentistas; Veterinarios; Arquitectos (3)	Profesional
1949	P	Panadería y repostería; Comercio (2)	Privado
1950	P	Hoteles y restaurantes	Privado
1950	P	Poder legislativo	Público
1951	P	Petróleo; Radio (2)	Privado
1952	P	Seguros y fianzas	Privado
1952	P	Enfermero(a)s	Profesional
1953	P	Cervecerías	Privado
1954	P	Taquígrafos; Ingenieros civiles (2)	Profesional
1954	P	Empleados seguro maternidad	Público
1954	P	Construcción; Ganadería, calzado y pieles (2)	Privado

**CONTINUACIÓN CUADRO 1**

AÑO	RIESGO	GRUPO CUBIERTO O MEDIDA	SECTOR
1955	P	Tribunal de Cuentas	Público
1955	P	Doctores en Ciencias y Filosofía; Ingenieros agrícolas; Pedagogos; Maestros escuelas privadas (4)	Profesional
1956	P	Gobernadores y alcaldes y sus empleados	Público
1957	P	Chóferes	Privado
1959-63	P	Unificación de todas las «cajas», homologación de sus condiciones y extensión a todos los trabajadores asalariados	Público, privado y profesional
1963	S	Creación de un sistema nacional de salud	Universal
1974	M	Unificación y expansión de prestaciones monetarias	Asalariados
1976, 1988	P, A/EP	Sistema especial de las fuerzas armadas y seguridad interna	Público
1979	P, A/EP	Nuevo sistema de seguridad social	Toda la PEA
1983	P, A/EP	Sistema especial para cooperativas agrícolas	Cooperativo

A = Accidentes de trabajo; EP = Enfermedades profesionales; M = Maternidad;  
P = Pensiones; S = Salud

<sup>a</sup>. Luego se convierte en Transporte.

Fuentes: CERP 1964; Mesa-Lago 1985.

acceso y prestaciones. Estos programas se clasificaban en tres grandes sectores: [1] 20 públicos (funcionarios, empleados y obreros asalariados o jornaleros del Estado, las provincias, los municipios y entidades autónomas); [2] 11 privados (empleados y obreros, asalariados y jornaleros de empresas privadas en la agricultura, la industria, la construcción, el transporte, el comercio y diversos servicios), y [3] 20 profesionales (graduados universitarios o de carreras técnicas que trabajaban como independientes o asalariados en los sectores privado y público). El primer programa de pensiones privado cubano, fundado en 1921 para los trabajadores de teléfonos, fue solo precedido en 1919 por el programa de servicios públicos de Uruguay.

El Cuadro 1 resume la creación de los programas de pensiones mostrando el año de la disposición legal inicial, el grupo ocupacional cubierto y el sector correspondiente; cuando en el mismo año se crearon dos o más instituciones en el mismo sector, se indica entre paréntesis el número establecido (para un análisis detallado y comparativo de los 51 programas ver CERP 1964).

Esta evolución fragmentada o «estratificada» de los programas de pensiones no fue única en Cuba, ya que otros países «pioneros» de la región experimentaron una evolución similar: Uruguay, Chile, Argentina y Brasil (ver Mesa-Lago 1978). Sin embargo, el número de instituciones/programas establecidos en Cuba superó al de los otros países, a pesar del tamaño relativamente pequeño de la población de la Isla. La ausencia de un ente coordinador generaba serios problemas, como la falta de «portabilidad» (un asegurado que cambiaba de empleo no podía transferir sus contribuciones), así como conflictos entre programas en cuanto a la afiliación. Más aun, en Cuba no se estableció, como en otros países pioneros, un programa de amplia cobertura para «empleados» u «obreros» que abarcara a aquellos no cubiertos por los esquemas específicos.

Muchas de las «cajas» establecidas carecían de financiamiento adecuado y desde el inicio sufrieron desequilibrio actuarial, un problema mayor en el sector privado que el público, pues en este último el Estado podía cubrir el déficit con el presupuesto o creando nuevos impuestos. Este problema se agravó durante la Gran Depresión debido a la caída severa del ingreso fiscal y la liberalización de condiciones para facilitar el retiro a muchos desempleados, por lo que fue necesario reducir el monto de los beneficios, anular pensiones concedidas ilegalmente e introducir medidas para mejorar el financiamiento. La contribución fiscal variaba mucho entre las «cajas»: algunas eran financiadas principalmente por el Estado, otras no recibían apoyo fiscal; en algunas el Estado debía aportar una suma fija, en otras un porcentaje del salario; algunas recibían fondos de la lotería nacional, y para muchas «cajas» profesionales el Estado creó impuestos (relacionados con la profesión) que a veces financiaban la mitad o más de sus gastos.

Mientras que en los 38 años transcurridos entre 1902 y 1940 se crearon 15 programas de pensiones, en los 18 años entre 1940 y 1958 se establecieron 36. Cuba fue pionera en la región en la creación de programas que cubrieron a trabajadores agrícolas asalariados, como los azucareros, tabacaleros, ganaderos, henequeneros, etc. Por otra parte, la proliferación de programas empeoró la falta de «portabilidad» y los problemas financieros se agravaron en muchos de ellos en parte por una liberalización de las prestaciones<sup>2</sup>. No obstante, algunos programas (como el de la banca privada) estaban adecuadamente financiados y actuarialmente equilibrados.

Para enfrentar algunos de los problemas, se autorizó al Ministerio de Trabajo para dirimir conflictos e incorporar a pequeños grupos de asegurados en algunos programas existentes; también el Congreso extendió el ámbito de cobertura de algunas instituciones. Varias disposiciones legales en 1952-55 intentaron regular los aportes estatales a las «cajas» con el fin de apuntalarlas financieramente, pero también controlar el aporte fiscal. La autonomía de las instituciones de pensiones impedía el control y la supervisión estatal, pero esa

<sup>2</sup> En el programa de funcionarios y empleados públicos, bajo ciertas condiciones, la pensión se hizo igual al salario mayor percibido durante la vida laboral; en 1958 se otorgó la pensión máxima a los miembros de las fuerzas armadas o funcionarios públicos que quedaran total o parcialmente incapacitados en el ejercicio de sus funciones por ataques de «perturbadores del orden público».

situación cambió en 1946-50. El Ministerio del Trabajo empezó a solicitar información contable y estadística, inspeccionar las cajas y supervisar algunas de sus actividades, mientras que dos nuevas instituciones (el Banco Nacional de Cuba y el Tribunal de Cuentas) asumieron funciones de supervisión del presupuesto e inversión de las reservas, depósito de éstas, etc. Pero los fondos cuantiosos de muchas cajas eran un atractivo irresistible para el Estado, de ahí que bajo la dictadura de Batista, el Gobierno primero ejerciera presión y luego obligase a las instituciones a invertir sus reservas en obligaciones públicas que no eran muy rentables. Además, a partir de 1952, el presidente recibió mayores poderes para designar y despedir al director de las juntas administrativas de los programas; con frecuencia, muchos de los nombrados eran políticos que carecían de conocimientos técnicos y buscaban el enriquecimiento personal.

### *C. Seguros de maternidad y enfermedad*

En 1934 se creó el seguro de maternidad que cubría a todas las trabajadoras asalariadas (y a sus hijos), ya trabajasen en el sector público o privado; la cónyuge o compañera (no empleada) de un trabajador asegurado también estaba cubierta. Este programa fue el segundo en América Latina, después de Chile en 1924, Argentina lo creó en el mismo año que Cuba. Otorgaba las siguientes prestaciones: [1] licencia pagada (igual al salario) a las trabajadoras durante las seis semanas anteriores al parto y las seis semanas subsiguientes<sup>3</sup>; y [2] atención de salud a la mujer y su hijo (en hospitales públicos de maternidad) durante el embarazo, el parto y un año después del parto (este último beneficio no se concedía a la cónyuge no ocupada de un trabajador asegurado). En 1951-52 se expandió la cobertura a las trabajadoras agrícolas, se aumentó el porcentaje del salario pagado por la licencia de maternidad y se erigieron más hospitales de maternidad.

Contrario a la creación temprana de los otros seguros sociales explicados, no se estableció un seguro nacional para la enfermedad no laboral durante la República. Este seguro se introdujo entre 1923 y 1944 en otros países latinoamericanos de un nivel social similar al cubano (Chile, Brasil, Argentina y Costa Rica, pero no Uruguay), y entre 1935 y 1967 en el resto de los países de la región. La Ley de Servicio Civil de 1909 concedía a los funcionarios y empleados públicos licencia por enfermedad igual al salario, por un período de uno a varios meses. Una ley de 1950 otorgó a los trabajadores asalariados del sector privado licencia pagada por enfermedad, pero con un límite de tres días al mes y nueve días al año; los convenios colectivos extendían dicho beneficio a varios grupos de trabajadores. Pero estos beneficios monetarios obviamente eran insuficientes en el sector privado y excluían la atención médico-hospitalaria en forma de seguro en todos los casos.

Existía una red nacional de hospitales públicos en todo el país, dirigida y administrada por el Ministerio de Salubridad y Asistencia Pública, con hospitales

---

<sup>3</sup> La trabajadora no podía ser reemplazada mientras estaba con licencia de maternidad y se le garantizaba el retorno a su puesto después de concluida la licencia.

regionales en las capitales de provincias, los cuales eran financiados por el Estado, las provincias y los municipios. A ella se unían hospitales de la Universidad de La Habana, fundaciones filantrópicas, la Iglesia católica y entes privados lucrativos. Muchos de estos hospitales o clínicas tenían una especialización: pediatría, ginecología, psiquiatría, cáncer, cardiología, ortopedia, tuberculosis, poliomielitis, enfermedades venéreas, etc. Una red de «casas de socorro» proveía atención de urgencia y de primer nivel. La población pobre y de bajo ingreso podía solicitar atención gratuita en la red pública de atención.

Una explicación de la ausencia de un seguro de enfermedad en Cuba fue el desarrollo notable, desde fines del siglo XIX, de sociedades mutuales y cooperativas de atención médica (llamadas «quintas»). Dentro de América Latina, estas instituciones solo tuvieron una importancia similar en Uruguay, cuyo seguro de enfermedad no se estableció hasta 1960, y actualmente las mutuales prestan atención médica a la mayoría de la población (Mesa-Lago y Bertranou 1998). Las mutuales cubanas tuvieron un origen étnico: fueron creadas por los inmigrantes españoles de distintas regiones y financiadas por cuotas modestas mensuales pagadas por ellos; más tarde fueron abiertas al resto de la población. También se estableció una mutual para el ramo del comercio, en el que muchos españoles trabajaban, cuya protección incluía tanto a los empleadores como a sus empleados. En 1935 una huelga de médicos de dichas sociedades resultó en el despido de muchos de ellos, que entonces organizaron cooperativas médicas, en competencia con las mutuales. En 1958 existían más de 100 mutuales y cooperativas, la mayoría no tenía fines de lucro y reinvertía sus utilidades para mejorar sus servicios; los miembros pagaban una cuota promedio mensual de 3 pesos y elegían a la junta directiva. En su famoso informe de 1935 sobre Cuba, la Foreign Policy Association afirmó que estas sociedades se encontraban «entre los experimentos más exitosos de cooperación en cualquier país». Sin embargo, ellas estaban concentradas en La Habana y, en menor grado, en otras ciudades como Santiago de Cuba, Cienfuegos, Camagüey y Santa Clara.

En los 56 años de la República, se incrementó tres veces el número de hospitales y cinco veces el número de camas hospitalarias. Combinando la red hospitalaria pública, las mutuales y cooperativas, así como el sector privado, en 1958 existían aproximadamente 90 hospitales, 40 clínicas y 200 casas de socorro, con un total de unas 21.000 camas (para un estudio detallado del año de fundación de los hospitales, su ubicación geográfica, tipo, especialidades y número de camas, ver CERP 1964). No obstante, la red hospitalaria se concentraba en las ciudades y solo había un hospital en el campo.

#### *D. Seguro de desempleo*

Tampoco Cuba instauró un seguro social de desempleo durante la República pero, en esa época, este programa era muy raro en la región<sup>4</sup>; así solo

---

<sup>4</sup> Aún hoy, casi medio siglo después, solo siete países latinoamericanos tienen un seguro social de desempleo convencional.

existían dos: Chile (1937) y Uruguay (1944). El desempleo se redujo entre 1902 y 1958, pero creció entre 1943 y 1958. Seis cajas de pensiones (transporte, chóferes, textiles, tabaco, panadería y gastronomía) otorgaban al asegurado que quedaba sin empleo o bien un subsidio o una pensión si éste tenía acumulado cierto número de años de servicio. Algunos convenios colectivos daban ayuda a los trabajadores durante el paro. A través de la República existieron unos pocos programas de asistencia social al desempleo para sectores específicos (por ejemplo, portuarios, textileros) y se intentó un par de veces establecer comités para ayuda a los desempleados. Debido a la falta de este seguro, la legislación laboral protegía al trabajador contra el despido y éste solo podía ocurrir mediante juicio en los tribunales, lo cual resultaba en un régimen muy inflexible y costoso que operaba como desincentivo a la creación de empleo.

## II. AVANCES Y PROBLEMAS EN VÍSPERAS DE LA REVOLUCIÓN

### A. Avances

A fines del año 1958 Cuba presentaba los siguientes avances en seguridad social: [1] el establecimiento del seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, el primero fue uno de los pioneros en América Latina; [2] la creación de 51 programas de seguro social de pensiones, el primero de los cuales fue el segundo introducido en la región (después de Uruguay); [3] el establecimiento del seguro de maternidad que protegía a todas las trabajadoras asalariadas, el cual fue el segundo en la región (después de Chile); y [4] la introducción de la licencia pagada por enfermedad no laboral.

El Cuadro 2 compara diez indicadores de seguridad social en Cuba en 1902 y 1958 a fin de determinar su nivel de desarrollo en esta área, con los siguientes resultados: [1] el gasto agregado de pensiones, que era nulo en 1902, aumentó a 5,6% del producto interno bruto (PIB) en 1958, siendo el más alto de América Latina; [2] la razón promedio de trabajadores asegurados contribuyentes («activos») por un pensionado en todos los programas, la cual mide la capacidad de financiamiento del sistema, era de 14,7 a uno en 1958, o sea, bastante alta (aunque no hay un ordenamiento de esta razón en 1958, probablemente la de Cuba era más baja, al menos, que las de Argentina y Uruguay); [3] la cobertura de la PEA en pensiones avanzó de cero a 62,6%, lo que colocó a Cuba en el segundo lugar de la región (después de Uruguay)<sup>5</sup>; [4] la razón de un médico por 10.000 habitantes aumentó de 6 a 9,2, ésta era la tercera más alta en la región (siguiendo a Argentina y Uruguay); [5] la razón de camas en los hospitales *públicos* sólo, por 1.000 habitantes, subió de 2,6 a 4,2, ordenando a Cuba en el tercer lugar latinoamericano (después de Argentina y Uruguay), pero un estimado del total de camas hospitalarias

<sup>5</sup> En 1956, la OIT realizó otras estimaciones de cobertura, pero limitadas al sector privado; para una evaluación de dichos cálculos ver CERP 1964.



**CUADRO 2**  
**COMPARACIÓN DE INDICADORES DE SEGURIDAD SOCIAL DE CUBA EN 1902 Y 1958 Y ORDENAMIENTO DE CUBA EN AMÉRICA LATINA EN 1958**

INDICADORES	1902	1958	ORDEN EN AMÉRICA LATINA 1958
Gasto de pensiones en el PIB (%)	0	5,6	1
Razón trabajadores activos por un pensionado	—	14,7	n.d.
Cobertura de la PEA en pensiones (%)	0	62,6 <sup>a</sup>	2
Médicos por 10.000 habitantes	6,0	9,2	3
Camas hospitalarias por 1.000 habitantes	2,6	4,2 <sup>b</sup>	3 <sup>b</sup>
Tasa de mortalidad general (por 1.000)	14,6	6,3	1
Tasa de mortalidad infantil (por 1.000)	58,5 <sup>c</sup>	32,3	1
Esperanza de vida al nacer (años)	n.d.	64,0 <sup>d</sup>	3
Desempleo declarado en la PEA (%)	40,6	16,4 <sup>e</sup>	n.d.
Subempleo en la PEA (%)	n.d.	13,8 <sup>e</sup>	n.d.

<sup>a</sup>. Cuba nunca ha publicado estadísticas de cobertura; el año 1958 es un estimado de CERP 1964; en 2000 la cobertura era casi universal.

<sup>b</sup>. Solo camas en hospitales públicos, si se añaden las camas en mutuales, cooperativas y sector privado (estimadas por CERP 1964) la razón subía a 8,4 y Cuba se colocaba en primer lugar.

<sup>c</sup>. 1926, no hay cifras para 1902.

<sup>d</sup>. 1960.

<sup>e</sup>. 1956-57.

*Fuentes:* Elaboración del autor basado en ONU 1961, 1966; UP 1960, 1961, 1963; CERP 1964, 1965; CEPAL 1976; Mesa-Lago 2002a.

(combinando las públicas, mutuales, cooperativas y privadas) en 1958 resulta en una razón de 8,4, la más alta de la región; [6] la tasa de mortalidad general por 1.000 descendió de 14,6 a 6,3 y era la más baja de la región; [7] la tasa de mortalidad infantil disminuyó de 58,5 en 1926 (debió ser más alta en 1902) a 32,3 en 1958, y ésta era la más baja de la región; [8] la esperanza de vida al nacer era de 64 años en 1960, la tercera más alta en la región (después de Uruguay y Costa Rica); [9] el desempleo declarado cayó de 40,6% de la población económicamente activa (PEA) en 1902 a 16,4% en 1956-1957 (la OIT solo dio cifras comparables para dos países de la región en 1957); y [10] no hay estimaciones del subempleo hasta 1956-57, y éste ascendía a 13,8% (no es posible hacer comparaciones con el resto de la región debido a la falta de cifras).

Al juzgar las cifras anteriores y el ordenamiento en 1958, debe recordarse que Argentina y Uruguay, los dos países que aventajaban a Cuba en varios indicadores, habían alcanzado la independencia casi un siglo antes. La Guerra de Independencia cubana causó efectos devastadores físicos y humanos en la Isla, los cuales se tardó años en superar. Además, los dos países del Río de la

Plata eran mucho más ricos que Cuba; por ejemplo, a principios del siglo xx, el nivel de desarrollo de Argentina era similar o superior al de los Estados Unidos.

### *B. Problemas*

Si bien la seguridad social cubana había avanzado considerablemente en los 56 años de la República, confrontaba serios problemas, que son analizados a continuación:

1. FALTA DE UN SEGURO SOCIAL DE ENFERMEDAD. A diferencia de toda América Latina, salvo Uruguay, Cuba no tenía un seguro social de enfermedad. Aunque se pagaba licencia por enfermedad, ésta era adecuada en el sector público pero muy reducida en el privado. La red hospitalaria pública y la complementaria mutualista-cooperativa atenuaban la falta del referido seguro, pero ambas estaban concentradas en el sector urbano.

2. MULTIPLICIDAD, ESTRATIFICACIÓN Y DESIGUALDAD EN PENSIONES. Los 51 programas de pensiones constituían un laberinto jurídico y carecían de coordinación, provocando numerosos efectos nocivos: [a] eran un obstáculo a la movilidad laboral, pues las cotizaciones no eran transferibles cuando se cambiaba de empleo: por ejemplo, había dos cajas para los maestros, una pública y otra profesional, y si se pasaba de un sector a otro se perdían las cotizaciones; [b] adolecían de notables desigualdades injustificadas en las condiciones de acceso, por ejemplo, la edad para el retiro variaba desde cualquiera con 25 años de servicios hasta 65 años de edad con 20 años de servicio; [c] el aporte fiscal también era desigual y regresivo, en general aumentaba con el ingreso del grupo asegurado: por ejemplo, 88% del ingreso de los programas de congresistas y notarios era financiado por el Estado (a través del presupuesto o impuestos especiales), pero no había aporte alguno a los programas que cubrían a los trabajadores agrícolas azucareros y tabacaleros; [d] solo el 10% de los programas aplicaban reglas actuariales y la mitad de ellos sufrían déficit financiero; [e] los programas con pequeños grupos de asegurados encaraban serios problemas para la compensación de riesgos y la necesaria viabilidad financiera; [f] ocurrían frecuentes conflictos de jurisdicción entre las cajas cuando no estaba claro a cuál debía afiliarse un trabajador; y [g] el procedimiento de pago de los aportes de empleadores y trabajadores era complejo y costoso para las empresas, las grandes podían tener trabajadores afiliados a 8 ó 9 cajas.

3. DESIGUALDADES ENTRE LAS ZONAS URBANA Y RURAL. Ya se ha indicado que tanto la red de hospitales públicos como la complementaria de mutuales, cooperativas y sector privado estaban fuertemente concentradas en las zonas urbanas, especialmente en La Habana y las ciudades grandes. Solo había un hospital rural en 1958, y el 60% de los médicos y camas hospitalarias estaban en La Habana, que tenía el 20% de la población. La disparidad en los indicadores de salud era prueba fehaciente de esas diferencias, por ejemplo, si bien el promedio nacional de mortalidad infantil era el más bajo de América Latina, las zonas urbanas tenían un cuarto de la tasa

de las zonas urbanas. Este problema no era único en Cuba, sino generalizado en la región, aún actualmente (Mesa-Lago y Bertranou 1998).

4. DESPROTECCIÓN DEL SEGMENTO DE MENOR INGRESO. Si bien Cuba tenía la segunda cobertura más alta de la región, los grupos de menor ingreso no estaban cubiertos: los trabajadores por cuenta propia (no profesionales), los trabajadores familiares sin remuneración, los trabajadores eventuales y los desempleados. Mientras que la cobertura en el sector público era del 95% y en el sector privado era del 80%, entre los trabajadores por cuenta propia era del 15%. Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que en 1958 solo dos países latinoamericanos cubrían al menos parte de sus trabajadores por cuenta propia (Argentina y Uruguay), y que entre los trabajadores agrícolas azucareros y tabacaleros el empleo durante la cosecha garantizaba la cobertura durante el «tiempo muerto» cuando el trabajador quedaba desempleado.

5. ALTAS TASAS DE DESEMPLEO Y SUBEMPLEO. Una encuesta realizada en 1956-1957 estimó que el 16,4% de la PEA sufría de desempleo declarado y alrededor del 13,8% estaba afectado por subempleo. Además, el desempleo declarado aumentaba de 4-5% en el período de actividad en la zafra azucarera a 20-25% durante el período de «tiempo muerto». En 1958 el Consejo Nacional de Economía reconoció la gravedad del problema y la necesidad urgente de una política socioeconómica para hacerle frente (Mesa-Lago 1972).

### *C. Intentos fallidos de reforma de los seguros sociales*

Entre 1944 y 1958, se llevaron a cabo ocho estudios sobre los seguros sociales y virtualmente todos recomendaron una reforma, especialmente la unificación de los programas de pensiones. Un informe económico del Banco Mundial en 1950 planteó la necesidad de: crear una administración central, promulgar legislación uniforme, eliminar los aportes fiscales regresivos y preparar balances actuariales. El estudio más técnico y comprensivo, hecho por la OIT en 1956, recomendó la unificación de todas las «cajas» de pensiones del sector público, así como la coordinación o unificación de las de los sectores privado y profesional bajo una entidad autónoma. Pero los cubiertos por las cajas» privilegiadas también eran precisamente los grupos de mayor influencia política y se opusieron con éxito a las reformas necesarias y justas. A Batista no le convenía alienar a dichos grupos y no usó sus poderes dictatoriales para unificar y homologar el sistema.

### **III. RESUMEN**

Bajo la República, Cuba introdujo tres ramas de seguros sociales: riesgos del trabajo, pensiones de vejez, invalidez y sobrevivientes, así como maternidad y licencia pagada por enfermedad no laboral. Históricamente la Isla fue pionera en la región en la creación de estos programas y logró un avance notable en 1902-1958 en los indicadores fundamentales en este campo. En vísperas de la Revolución, Cuba se colocaba en los tres primeros lugares de América Latina

en cuanto a ocho indicadores que medían el avance de los seguros sociales. Pero existían varios problemas serios: falta de un seguro social de enfermedad; multiplicidad, estratificación y diferencias notables entre los 51 programas de pensiones existentes; desigualdades importantes entre las zonas urbana y rural; desprotección del segmento de menor ingreso de la población, y altas tasas de desempleo declarado y subempleo sin auxilio a los desocupados. Algunas de estas deficiencias no eran exclusivas de Cuba ya que estaban generalizadas en la región (por ejemplo, la desprotección del sector de bajo ingreso), mientras que otras eran explicables por peculiaridades de la historia cubana (así, la red hospitalaria pública y la complementaria mutualista cooperativa atenuaban la falta de un seguro de enfermedad); pero otras fallas eran inexcusables (como la proliferación y ausencia de coordinación entre 51 programas de pensiones). Varios intentos de reformar los seguros sociales y corregir algunos de sus problemas no tuvieron éxito, debido al poder de los grupos de presión y la debilidad del Gobierno para enfrentarse a ellos en aras del interés nacional.



**Raquel Revuelta**

David