

La Seguridad Social*

Bajo la revolución (1958-2002)

Carmelo Mesa-Lago

I. EVOLUCIÓN HISTÓRICA¹

Bajo la Revolución, el aumento enorme del poder estatal y de su control sobre todos los sectores sociales (incluyendo los sindicatos y asociaciones de profesionales) permitió una reforma radical. En 1959-63 se unificaron todas las «cajas» de pensiones de los tres sectores; en 1963 se creó el sistema nacional de salud; en 1974 se unificó y expandió la licencia por maternidad; en 1979 se promulgó la ley de seguridad social que reguló todas las prestaciones monetarias de los trabajadores asalariados del Estado; y entre 1964 y 1983 se crearon regímenes especiales para varios grupos de trabajadores (ver el Cuadro 1 publicado en la primera parte de este trabajo).

Las medidas tomadas resolvieron la mayoría de los problemas existentes, continuaron el avance de los primeros 56 años y convirtieron a los seguros sociales en seguridad social. Por otra parte el Estado colectivizó todos los programas de seguros sociales así como las sociedades mutuales y cooperativas, convirtiéndose en el administrador único de todo el sistema. Además, continuaron las condiciones de acceso muy liberales, aumentó considerablemente el gasto y esto, unido a la abolición de la cotización del trabajador, agravó el déficit financiero e incrementó el subsidio fiscal. La generosa ayuda de la URSS (65,000 millones de dólares en 1960-1990) permitió al Estado mantener y expandir el costoso sistema de seguridad social. Pero la caída de la URSS y el bloque socialista desató

* La primera parte de este trabajo se publicó en el número anterior de *Encuentro*. Esta segunda parte analiza la evolución histórica, avances, problemas y reformas necesarias de la seguridad social bajo la Revolución.

¹ Esta sección se basa principalmente en Mesa-Lago 1960, 1985, 1997 y 2000a; Peñate Rivero 2000.

la severa crisis de los 90, la cual agravó el déficit financiero y afectó adversamente el nivel de las prestaciones.

A. Riesgos del trabajo

La rama de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales se integró al sistema de seguridad social, por lo que dejó de haber diferencias con los riesgos no derivados del trabajo (con excepción del monto de las licencias), lo cual implica que se perdió el tratamiento favorable que tenía la protección de aquellos siniestros. La cobertura se extendió a todos los trabajadores asalariados y su ejecución, especialmente en el campo, se reforzó. Las empresas estatales y mixtas son responsables del pago de licencias (subsidios) por riesgos del trabajo con cargo a una cotización sobre los salarios que ellas administran (estas licencias son algo mayores que las pagadas por accidente o enfermedad no laboral). El Ministerio del Trabajo y Seguridad Social (MTSS) supervisa dichas licencias así como la prevención de estos riesgos y la seguridad en el trabajo. La atención de los trabajadores que sufren accidentes y enfermedades profesionales se hace por el sistema nacional de salud, el cual no discrimina por la causa de los mismos. Si el trabajador queda totalmente incapacitado o muere, él o sus familiares dependientes reciben una pensión con cargo al sistema general, el cual tampoco discrimina por la causa del riesgo. Los trabajadores por cuenta propia, familiares sin remuneración, campesinos privados y otros en el sector informal, no tienen derecho a la licencia pero reciben atención en el sistema nacional de salud.

B. Pensiones de vejez, invalidez y muerte

Entre 1959 y 1979 se reformó todo el sistema de pensiones a través de las medidas siguientes: [1] unificación de los 51 programas de pensiones, así como homologación de las condiciones de acceso de todos los trabajadores asalariados estatales (con excepciones que después se explicarán); [2] homologación de la edad de retiro con pensión «ordinaria» en 55 años para la mujer y 60 años para el hombre, ambos con 25 años de trabajo, y con pensión «extraordinaria» en 60 y 55 años de edad, respectivamente, con 15 años de trabajo; [3] fijación de pensiones mínimas y máxima, y cálculo homogéneo de la pensión para todos los asegurados (50% del salario promedio de los mejores cinco años en los últimos diez años de trabajo); [4] extensión de la cobertura a todos los trabajadores asalariados en el sector estatal (y el sector mixto desde los 90) incluyendo toda la agricultura asalariada; [5] creación de pensiones de asistencia social para las personas no aseguradas que se encuentren en estado de necesidad y no tengan familiares obligados a sostenerlos; [6] centralización de la administración en el MTSS y eliminación de la representación de trabajadores y empleadores en la administración; [7] abolición de la cotización del trabajador y fijación de un porcentaje de cotización uniforme a todas las empresas en 12%, financiamiento del déficit resultante por el Estado con cargo al presupuesto nacional; y [8] método de «reparto», o sea, no hay un fondo de reserva, el gobierno cobra todas las cotizaciones y se hace cargo del pago de todas las pensiones.

El gobierno ha excluido a varios grupos del sistema general de pensiones y les ha dado un régimen especial (mejor o peor) o no tienen protección. Cuando ha otorgado condiciones más ventajosas ha sido para otorgar privilegios a un grupo político cuyo apoyo es crucial, así los miembros de las fuerzas armadas y la seguridad interna pueden retirarse con 25 años de servicio en el sector y cualquier edad, o 50 años de edad y 25 de servicios combinados en los sectores civil y militar, de manera que si entran al servicio a los 18 años se pueden retirar a los 43 años (17 años más joven que un trabajador civil), además, la pensión es igual al salario del último mes (en vez de 50% del promedio de cinco años de salarios en el sistema general). Por lo contrario, las condiciones son peores que en el sistema general cuando el gobierno ha querido castigar una actividad privada o independiente del Estado: [1] los campesinos que poseen granjas privadas pueden optar por venderlas al Estado a cambio de una suma mensual que se les paga mientras vivan, fijada de acuerdo con el valor de la granja (un régimen similar se aplica a los miembros de cooperativas de crédito y servicios); [2] los miembros de las cooperativas de producción agropecuaria (CPA) tienen un régimen más estricto que el general, por ejemplo, la edad de retiro es 60 años para las mujeres y 65 años para los hombres (cinco años más que en el sistema general y entre 10 y 22 años más que los militares y agentes de seguridad), y la pensión es 40% del ingreso promedio (en vez de 50%)²; y [3] los trabajadores independientes (cuenta propia, cooperativistas pesqueros y carboneros) pueden afiliarse *voluntariamente* a un régimen especial. Por último, los trabajadores independientes del sector informal no tienen cobertura de pensiones.

C. Maternidad y enfermedad

La licencia pagada por maternidad continúa siendo igual al salario, pero se extendió de seis a doce semanas después del parto. Si después de los doce meses de licencia la trabajadora no puede reintegrarse a su empleo por no tener quien le cuide a la prole, se le concede una pensión equivalente a 60% del salario hasta que el hijo cumpla seis meses. Además se otorgan seis días de licencia pagada para recibir asistencia médica anterior al parto o durante el primer año de vida del hijo. La atención de salud a la madre y a la prole se hace a través del sistema nacional de salud.

En lugar de crear un seguro de enfermedad como en el resto de América Latina, se estableció un sistema nacional de salud (SNS), como es típico en el Caribe anglófono. Es totalmente público, administrado por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), financiado enteramente con cargo al presupuesto estatal, de cobertura universal y gratuita para todos los residentes (los extranjeros pueden atenderse pagando los servicios). El trabajador no paga cotización sobre su salario ni tampoco una cuota por el uso de ciertos servicios (los

² Por lo contrario, los miembros de las Unidades Básicas de Producción Cooperativa (UBPC) están integrados al sistema general de trabajadores asalariados estatales.

pacientes no hospitalizados tienen que pagar las medicinas). Todas las sociedades mutuales, cooperativas e instalaciones privadas fueron confiscadas por el Estado en el decenio de los 60 e integradas al SNS. Está prohibida la práctica privada de la medicina, a pesar de que se autoriza el trabajo por cuenta propia en 157 actividades; un proyecto de ley de 1995 que permitía el ejercicio por cuenta propia a todos los profesionales graduados universitarios (incluyendo a médicos, dentistas, enfermeros, etc.) no ha sido aprobado. El SNS cuenta con una red de hospitales, clínicas, puestos de salud y medicina de familia, organizada en cuatro niveles: vecindad, municipal, provincial y nacional; los servicios de salud han sido extendidos a virtualmente toda la población; y el SNS atiende la enfermedad y accidente laboral y no laboral, así como la maternidad. Estas características del SNS lo hacen único en toda América Latina.

Los dos únicos grupos excluidos del sistema general son las fuerzas armadas y la seguridad interna, los cuales se atienden en una red hospitalaria separada y exclusiva que también atiende a los dirigentes y altos miembros del partido. La calidad de estos servicios es superior a los del sistema general.

D. Seguro de desempleo

El desempleo declarado se redujo hasta 1970 pero resurgió en los 70 y creció más aún durante la parte peor de la crisis de los 90. Hasta entonces, Cuba no tenía un programa de alivio al desempleo pero mantenía el salario de los trabajadores «excedentes» (innecesarios), con el propósito que fueran recalificados y reubicados. El notable incremento del desempleo declarado durante el «Período Especial» llevó a dictar varias disposiciones legales que establecieron una compensación a los trabajadores desplazados («sobrantes», «interrumpidos» o «disponibles») por el cierre de empresas o interrupción de sus actividades debido a la falta de insumos. Este programa es temporal y no equivale a un seguro de desempleo convencional, no obstante provee ayuda a los desocupados pagándoles un porcentaje de sus salarios (descendiente de 100% a 60%) por un período entre 6 y 8 meses dependiendo del tiempo de servicios prestados con anterioridad.

II. AVANCES Y PROBLEMAS BAJO LA REVOLUCIÓN

A. Avances

Durante los 43 años transcurridos bajo la Revolución, Cuba continuó su avance, transformando a los seguros sociales en un sistema de seguridad social y resolviendo la mayoría de los problemas detectados en 1958: [1] creó un sistema nacional de salud de cobertura universal y gratuita para todos los residentes; [2] unificó los 51 programas de pensiones y homologó las condiciones de acceso, extendiendo la cobertura a todos los trabajadores asalariados; [3] disminuyó considerablemente las desigualdades entre el campo y la ciudad, mediante la extensión de la cobertura de pensiones a todos los trabajadores asalariados agrícolas y la cobertura de toda la población rural por el SNS; [4] incorporó a la población de bajo ingreso y pobre a través de pensiones

asistenciales y el SNS; y [5] en los 90 introdujo una compensación a los trabajadores desplazados por la crisis.

Las dos primeras columnas del Cuadro 3 comparan los diez indicadores de seguro /seguridad social en 1958 y 1999-2000, mientras que la tercera y cuarta columnas ordenan a Cuba dentro de los países latinoamericanos en ambos años. Los resultados son: [1] el gasto agregado de pensiones aumentó de 5,6% a 6,8% del PIB y en 2000 era el segundo más alto de América Latina, después de Uruguay; [2] la razón promedio de trabajadores activos asegurados por un pensionado bajó de 14,7 a 2,7 y subió a la segunda más alta de la región, después de Uruguay (los dos primeros indicadores indican la enorme presión sobre el financiamiento y la inviabilidad a largo plazo); [3] aunque no hay estadísticas sobre cobertura de la PEA, la información existente indica que es probablemente la primera en la región (seguida de cerca por Uruguay y Costa Rica); [4] la razón de médicos por 10.000 habitantes saltó de 9,2 a 55,8, a la cabeza de América Latina y a considerable distancia de Uruguay; [5] la razón de camas hospitalarias por 1.000 habitantes aumentó ligeramente de 4,2 (sólo hospitales *públicos*) a 4,9 y se colocaba en primer lugar (sin embargo, si se usa el estimado de *todas* las camas en 1958 la razón descendió de 8,4 a 4,9, y Cuba continuó siendo primera); [6] la tasa de mortalidad general ascendió de 6,3 a 7,1, y Cuba se ordenó en el 15to lugar de la región (aunque esto se debió en gran medida al envejecimiento de la población, Argentina y Uruguay tenían tasas menores); [7] la tasa de mortalidad infantil disminuyó de 32,3 a 7,2 y Cuba mantuvo el primer lugar en la región (sólo Guadalupe tenía una tasa igual); [8] la esperanza de vida al nacer aumentó de 64 a 74,8 años y Cuba ascendió del tercer al segundo lugar de la región (después de Costa Rica); [9] el desempleo declarado se redujo de 16,4% a 5,8% de la PEA, y Cuba se colocó en cuarto lugar (Costa Rica tuvo una tasa inferior a la cubana); y [10] el subempleo (ver sección B-6) empeoró de 13,8% a 25,1% de la PEA (y no existen cifras comparables sobre este indicador en la región). Al sumar el desempleo declarado y el subempleo se arriba a 30,2% en 1958 y 30,9% en 1998-2000, un ligero deterioro, lo que indica que este problema no se ha podido resolver. (*Ver Cuadro 3 página siguiente*)

La comparación de los indicadores en 1958 y 1999-2000 muestra que Cuba continuó avanzando bajo la Revolución, pero este progreso no hubiera sido posible sin la posición cimera que ya ocupaba al final de la República. En los 43 años transcurridos, Cuba: [a] mejoró su ordenamiento regional en cuatro indicadores: cobertura, razones de médicos y camas (si se usan sólo las camas públicas en 1958) y esperanza de vida (posiblemente también en desempleo declarado); [b] empeoró en tres indicadores: gasto pensiones/PIB, mortalidad general y, probablemente, razón activo/pasivo, y [c] quedó igual en dos indicadores: mortalidad infantil y razón de camas (si se usan todas las camas en 1958). La posición de Argentina se deterioró en este período, mientras que Uruguay mantuvo muchos de sus niveles y Costa Rica (que se colocaba por debajo de Cuba en 1958) superó a ésta en esperanza de vida y un menor desempleo declarado (para una comparación de Cuba y Costa Rica ver Mesa-Lago 2002a).

CUADRO 3
COMPARACIÓN DE INDICADORES DE SEGURIDAD SOCIAL DE CUBA EN 1958
Y 1999-2000, Y ORDENAMIENTO DE CUBA EN AMÉRICA LATINA
EN 1958 Y 1999-2000

INDICADORES	1958	1999- 2000	ORDEN EN AMÉRICA LATINA	
			1958	1999- 2000
Gasto de pensiones en el PIB (%)	5,6	6,8	1	2
Razón trabajadores activos por un pensionado	14,7	2,7 ^c	n.d.	2
Cobertura de la PEA en pensiones (%)	62,6 ^a	a	2	1
Médicos por 10.000 habitantes	9,2	55,8	3	1
Camas hospitalarias por 1.000 habitantes	4,2 ^b	4,9	3 ^b	1
Tasa de mortalidad general (por 1.000)	6,3	7,1	1	15
Tasa de mortalidad infantil (por 1.000)	32,3	7,2	1	1
Esperanza de vida al nacer (años)	64,0 ^c	74,8	3	2
Desempleo declarado en la PEA (%)	16,4 ^d	5,8	n.d.	4
Subempleo en la PEA (%)	13,8 ^d	25,1 ^f	n.d.	n.d.

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

^b. Sólo 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.

^c. 1960.

^d. 1956-57.

^e. 1997.

^f. «Desempleo equivalente» calculado por CEPAL para 1998.

Fuentes: Elaboración del autor. Indicadores y orden en 1958 del Cuadro 2 publicado en la primera parte de este trabajo. Indicadores y orden en 1999-2000 de CEPAL 2000a, 2000b, 2001; Mesa-Lago 2002a, 2002b; ONE 2000.

B. Problemas³

A pesar del notable avance del sistema de seguridad social cubano bajo la Revolución, ya antes del decenio del 90 el mismo enfrentaba problemas, los cuales fueron agravados por la severa crisis debida principalmente a la pérdida de la ayuda y la mayor parte del comercio con la URSS.⁴ La mayoría de estos

³ Esta sección se basa principalmente en Mesa-Lago 1985, 1986, 1993, 1997, 1999, 2001b, 2002a, 2002b.

⁴ En 1992 y especialmente en 1996, ocurrió un endurecimiento del embargo de los EE UU que pudo haber contribuido al deterioro, pero Cuba tenía relaciones económico-comerciales con el resto del mundo y los problemas fundamentales continuaban siendo el sistema económico cubano y su incapacidad para aumentar el valor de las exportaciones, unidas a la paralización desde 1996 de las tímidas reformas hacia el mercado (ver Mesa-Lago 2001b).

problemas eran diferentes a los de 1958, excepto el déficit financiero; casi todos se originaban en el sistema mismo aunque uno era exógeno: el envejecimiento de la población.

1. CONDICIONES DE ACCESO EXCESIVAMENTE LIBERALES. Tanto las condiciones para acceder a las pensiones como al sistema de salud son muy generosas. Por ejemplo, el retiro ordinario a la edad de 55 las mujeres y 60 los hombres es una de las más bajas de América Latina, mientras que la esperanza de vida es una de las dos más altas, por lo que el promedio de vida de un pensionado cubano es el más largo en toda la región, lo cual resulta extremadamente costoso. Países que tienen una esperanza de vida muy inferior a la de Cuba (Bolivia, México, Perú), tienen una edad de retiro de 65 años para ambos sexos y, países con esperanza de vida similares (Argentina, Costa Rica, Chile, Uruguay), también tienen edades superiores. La forma de calcular la pensión también es una de las más liberales. Los regímenes especiales de las fuerzas armadas y seguridad interna gozan de condiciones aún más generosas, aunque esto es cierto en todos los países de la región, excepto Costa Rica que no tiene ejército.

2. COTIZACIÓN INSUFICIENTE, SEVERO DÉFICIT FINANCIERO Y FUERTE SUBSIDIO FISCAL. La eliminación de la cotización del trabajador, la fijación de la cotización de las empresas en 14% del salario⁵ (baja a niveles regionales) y la falta de contribución al SNS, han resultado en ingresos insuficientes para financiar los gastos del sistema. Así el porcentaje de cotización salarial total en Cuba equivale a una cuarta parte del de los países cuyo nivel de seguridad social es comparable (Argentina, Uruguay, Costa Rica). Por otra parte el gasto de pensiones era 6,8% del PIB en 2000, y el gasto total de seguridad social (incluyendo salud y asistencia social pero excluyendo el subsidio a los desempleados) era del 13%, ambos se encontraban entre los dos más altos de la región. Siendo los ingresos muy inferiores a los gastos, el resultado ha sido un déficit que llegó a 9% del PIB en 2000 y, como no hay fondos de reserva, debe ser financiado por el Estado con cargo al presupuesto. El subsidio estatal ese año cubrió 68% del gasto mientras que la cotización del 14% financió sólo el 32% del gasto. Para que dicha cotización pudiese financiar todo el gasto tendría que haber sido de 44% del salario en 2000 y continuar aumentando en años sucesivos. La crisis agravó estos problemas pues mientras el PIB cayó 35% en 1989-93, los gastos de seguridad social continuaron creciendo, por lo que la brecha se agravó, haciendo la carga fiscal intolerable.

3. AGRAVACIÓN DEL PROBLEMA FINANCIERO POR EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN. La caída en la tasa de crecimiento de la población (por causa del descenso de la tasa de fecundidad y de la emigración) ha resultado en la tasa más baja de toda la región: 0.36% en 1999 (ONE 2000). Este factor,

⁵ 12% para pensiones y 2% para financiar las licencias por riesgos de trabajo, enfermedad y maternidad.

combinado con el aumento de la esperanza de vida, ha generado un rápido envejecimiento de la población; así se proyecta que para 2025 Cuba tendrá la población más envejecida de América Latina. El problema se agrava por las tempranas edades de retiro y empeorará en 2015-25 cuando la generación del «*baby boom*» nacida en los 60 llegue a la edad de jubilación. Ya vimos en el Cuadro 2 que la razón de trabajadores activos por un pensionado era de 2.7 en 1997, pero la misma continuará bajando e incrementando la presión financiera sobre el sistema de pensiones. Además, el envejecimiento provoca un fuerte aumento en el costo de la salud, pues al haber una proporción mayor de ancianos y vivir estos más años, la atención médico-hospitalaria-farmacéutica se hace por un mayor período y es agravada por enfermedades cuyo tratamiento es costosísimo, como tumores degenerativos y padecimientos cardiovasculares.

4. CAÍDA DEL VALOR REAL DE LAS PENSIONES Y DE LA RED DE PROTECCIÓN A LOS PENSIONADOS. Hasta principios de los 90, la inflación en Cuba había estado controlada (excepto en 1981), debido al control estricto de los precios por el Estado, por lo que el valor de las pensiones—aunque modesto—se mantuvo. Además los pensionados se beneficiaban de una red de protección mínima creada por la Revolución: el racionamiento aseguraba un suministro, aunque básico y magro, de alimentos y vestido a precios subsidiados; la atención a la salud era de calidad y gratuita, el transporte y las tarifas de servicios públicos eran muy baratos. Pero la crisis cambió esa situación favorable. La inflación aumentó de 4,9% a 26,7% en 1990-94, por lo que la pensión real promedio cayó de 56 a 14 pesos mensuales y, aunque subió algo después, aún era de 32 pesos en 1998, o sea, disminuyó 43% en el período. Con la dolarización, el peso se devaluó de 7 a 95 por un dólar; al cambio oficial en dólares en 1998 (21 por uno), la pensión mensual promedio equivalía a 1,54 dólares (menos de un euro) en 1998. Las cuotas de racionamiento ahora sólo cubren diez días al mes, mientras que los precios en los mercados agropecuarios, el mercado negro y las tiendas en dólares son tan altos que están fuera del alcance de la gran mayoría de los pensionados. El deterioro del transporte, la escasez de medicinas y el aumento de ciertas enfermedades contagiosas han afectado más severamente a los pensionados que al resto de la población.

5. DISMINUCIÓN DE LA COBERTURA DE PENSIONES. En 1989-99 el sector laboral no estatal aumentó de 4,8% a 22% (ONE 2000). A medida que el empleo asalariado estatal ha disminuido y ha crecido el empleo por cuenta propia, los trabajadores familiares sin remuneración (por ejemplo, en los paladares), el sector informal y los campesinos independientes, también se ha reducido la cobertura ya que estos grupos o no están protegidos o su afiliación es voluntaria y muy costosa. Por ejemplo, los trabajadores por cuenta propia que deseen afiliarse deben pagar 10% de su ingreso declarado, mientras que los asalariados estatales no pagan cotización.

6. ASIGNACIÓN NO BALANCEADA DE RECURSOS EN SALUD. Cuba tiene la tasa de mortalidad infantil más baja de la región, comparable a la de los países desarrollados. A medida que desciende dicha tasa se hace más difícil y costoso reducirla, pero el gobierno ha seguido invirtiendo en este empeño. Por ejemplo, se utiliza el sonograma y pruebas para determinar si el feto tiene problemas congénitos que amenacen su supervivencia, en cuyo caso se informa a la madre de la situación y se le ofrece el aborto como alternativa. A pesar de que la razón de médicos por 10.000 habitantes aventaja con creces a todos los países latinoamericanos, se siguen invirtiendo recursos en graduar más médicos. Las camas hospitalarias proporcionalmente son las más altas de la región, pero su ocupación descendió de 80,4% a 70,9% en 1980-97. Por otra parte ocurrió un serio deterioro de la infraestructura de agua potable y alcantarillado, así en 1997 menos del 60% de la red de agua potable y sólo el 40% de los servicios de alcantarillado estaban en buen estado. Este deterioro a su vez ha incidido en el aumento de enfermedades relacionadas, tales como las diarreas agudas en los niños y la hepatitis; por otra parte, la sífilis y la gonorrea han aumentado debido al crecimiento de la prostitución y escasez de preservativos (ONE 2000). En vez de invertir recursos escasos en reducir aún más la mortalidad infantil y entrenar más médicos (acciones sin duda beneficiosas pero muy costosas), esos fondos deberían haberse utilizado en mejorar la infraestructura sanitaria, prevenir las enfermedades venéreas, etc.

7. EXCEDENTE DE MANO DE OBRA. El desempleo declarado en Cuba se redujo gradualmente de 11,8% de la PEA en 1960 a 1,3% según el censo de 1970; sin embargo, la introducción de algunas reformas en el decenio del 70 generó un aumento a 5,5% según el censo de 1981; la severa crisis económica y las tímidas reformas de mercado en los 90 provocaron un incremento a 7,9% en 1995. En todos estos años el subempleo fue creciendo aunque no existían estadísticas ni estimados; en 1998 la CEPAL realizó cálculos de «desempleo equivalente» o subempleo, que en 1993 llegó al 35,2% de la PEA. En 1995 el gobierno anunció que serían despedidos entre 500.000 y 800.000 trabajadores estatales innecesarios, pero previamente se aumentaría el empleo en el sector no estatal para evitar el aumento del desempleo declarado. Pero no se despidió a dichos trabajadores y, desde 1996, virtualmente se paralizó la reforma hacia el mercado y la extensión del empleo no estatal (desde 1997 se reporta una disminución en el desempleo declarado). Esta reversión ha sido causada por el temor del gobierno al crecimiento del sector privado que representa un reto y amenaza, pero debe haber causado una caída en la productividad laboral (en 1998 estaba 20% por debajo de 1989). Aunque en 1998 la CEPAL discontinuó la publicación de la serie sobre desempleo equivalente, éste debe haber crecido. Por otra parte, el costo del subsidio de desempleo tomó entre 7% y 12% del PIB en 1996, el último año sobre el que se tienen estimados (CEPAL 2000). Si se suma este costo al resto de

la seguridad social (13%), la carga total es entre 20% y 25% del PIB, la más alta de la región y una de las mayores en el mundo.

C. *Propuestas de reformas*⁶

En 1994-2000 se trabajó en un borrador de anteproyecto de ley de reforma de las pensiones cuyos aspectos principales son: [1] aumento gradual de la edad de retiro del sistema general en cinco años (de 55/60 a 60/65) en un período de 18 años; [2] restablecimiento de la cotización del trabajador (la Ley tributaria No. 73 de 1994 estipuló dicha cotización pero no ha sido implantada), y [3] incremento de la pensión mínima y ajuste de las pensiones al costo de vida. Aunque estas medidas son positivas, serían insuficientes para resolver el déficit financiero, por lo que habría que: aumentar las edades de retiro en un período más corto, incrementar la cotización de las empresas, homologar al sistema general los regímenes privilegiados de las fuerzas armadas y la seguridad interna, y crear un fondo de reserva que podría ser invertido y generaría una renta adicional. Por otra parte, dichas medidas no tocan otros problemas identificados como la caída en la cobertura y el deterioro de la red de protección mínima a los pensionados (sobre los modelos de reforma de pensiones en América Latina, sus ventajas e inconvenientes ver Mesa-Lago 2001a).

No hay ningún proyecto de reforma del SNS. Si bien la salud debe ser mantenida como un servicio público, universal y gratuito para la población pobre y de bajos ingresos, para conseguir su viabilidad es imprescindible reducir sus costos, aumentar su eficiencia y generar recursos no fiscales, a cuyo efecto se requeriría: [1] una reasignación más racional y balanceada de los recursos; [2] el incremento de la eficiencia hospitalaria y la introducción de cuotas de ingreso en la carrera de medicina para reducir el excedente de médicos y los costos de entrenamiento; [3] la autorización del ejercicio por cuenta propia de la medicina y carreras conexas, a fin de reducir los costos del SNS y permitir a la población con recursos el acceso a una atención más rápida y cómoda, y [4] el establecimiento de una cuota de uso para ciertas atenciones de salud, la cual sería pagada sólo por el sector que tiene ingresos suficientes (los pobres y sector de bajo ingreso no pagarían dichas cuotas).

El problema del excedente de mano de obra es el más peliagudo financiera y políticamente. Debido a la magnitud del problema y su alto costo, no es aconsejable (al menos a mediano plazo) la creación de un seguro de desempleo convencional. La meta fundamental debería ser la creación de empleo productivo, principalmente en el sector no estatal, pero ella enfrenta la resistencia ideológico-política de la dirigencia. Serían aconsejables las medidas siguientes: [1] eliminación de las actuales fuertes restricciones a la creación de empleo no estatal (cuenta propia, trabajadores familiares sin remuneración,

⁶ Esta sección se basa en Mesa-Lago 1993, 1997, 2002a, 2002b.

etc.) y autorización a los profesionales a prestar servicios por cuenta propia; [2] creación de un programa efectivo y eficiente de reentrenamiento de la fuerza laboral para adaptarla a los cambios en la demanda de empleo; y [3] mantenimiento de una ayuda temporal a los desempleados con estímulos para enrolarse programas de reentrenamiento.

III. CONCLUSIÓN

Durante la Revolución, Cuba resolvió la mayoría de los problemas que existían en 1958, transformó a los seguros sociales en seguridad social y continuó el proceso de avance en este campo: unificó todos los programas de pensiones y homologó sus condiciones de acceso (pero excluyendo a las fuerzas armadas y la seguridad interna que tienen un régimen separado privilegiado) y extendió la cobertura a toda la fuerza laboral asalariada estatal; introdujo pensiones de asistencia social para el sector no cubierto en estado de necesidad; creó un sistema nacional de salud gratuito y con cobertura universal (las fueras armadas y la seguridad interna también tienen hospitales propios y superiores); disminuyó las desigualdades entre la ciudad y el campo e introdujo una ayuda a los desocupados por la crisis en el decenio del 90. Este progreso hubiese sido imposible sin el avance ya alcanzado a fines de la República. Una comparación de diez indicadores de seguro/seguridad social y el ordenamiento regional de Cuba en 1958 y 1999-2000 muestra que: mejoró en cuatro de ellos (cobertura, médicos por 10.000 habitantes, esperanza de vida y probablemente desempleo declarado), empeoró en tres (la carga de las pensiones en el PIB, la razón activo/pasivo y la mortalidad general) y quedó igual en mortalidad infantil (en la razón de camas puede haber mejorado o continuado igual, según el criterio que se use). La suma del desempleo declarado con el subempleo indica un ligero deterioro, prueba de que este problema no ha sido resuelto.

A pesar de su avance notable, la seguridad social cubana enfrenta hoy severos problemas (aunque diversos a los de 1958), los cuales han sido agravados por la crisis del decenio del 90: condiciones de acceso excesivamente liberales que hacen insostenible el costo del sistema; cotización salarial insuficiente, severo déficit financiero y fuerte subsidio fiscal, empeorados por el envejecimiento de la población que harán de Cuba el país más envejecido de la región en el futuro inmediato; caída notable del valor real de las pensiones y de la red de protección de los pensionados; disminución de la cobertura de pensiones según se expande el sector laboral no estatal; asignación sesgada de los recursos de salud (por ejemplo, continuada inversión innecesaria en reducir la mortalidad infantil pero abandono de la infraestructura de agua potable y alcantarillado), y excedente de mano de obra y alto costo del subsidio de desempleo. Se viene discutiendo una reforma del programa de pensiones, pero algunas de las medidas propuestas son insuficientes para resolver los problemas y de difícil implantación por razones político-sociales. Por otra parte, no hay siquiera un debate sobre la necesidad de reformar el sistema de salud a fin de controlar sus costos y mejorar

su eficiencia, ni tampoco sobre cómo resolver el persistente problema del subempleo.

El debate nacional y abierto de la reforma es esencial para que la población se percate de los problemas existentes y comprenda la necesidad de los cambios, a fin de que la seguridad social cubana resuelva los problemas que enfrenta y continúe avanzando en el siglo XXI como lo hizo durante el siglo XX.

Bibliografía

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2000a. *Balance Preliminar de las economías de América Latina y el Caribe 2000* (Santiago).
- 2000b. *La economía cubana: reformas estructurales y desempeño en los 90* (México: Fondo de Cultura Económica, 2da. Edición).
- 1976, 2001. *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 1975, 2000* (Santiago).
- Cuban Economic Research Project (CERP), elaborado por Roberto E. Hernández y Carmelo Mesa-Lago. 1964. *Social Security in Cuba* (Miami: University of Miami).
- 1965. *A Study on Cuba* (Miami: University of Miami Press).
- Mesa-Lago, Carmelo. 1960. *Planificación de la seguridad social: Análisis especial de la problemática cubana* (La Habana: Editorial Librería Martí).
- 1972. *The Labor Force, Employment and Underemployment in Cuba: 1989-1970* (Beverly Hills: Sage Publications).
- 1978. *Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification and Inequality* (Pittsburgh: University of Pittsburgh Press).
- 1985. *El desarrollo de la seguridad social en América Latina* (Santiago de Chile: CEPAL).
- 1986. *La crisis de la seguridad social y la atención de la salud: Experiencias y lecciones latinoamericanas* (México: Fondo de Cultura Económica).
- 1993. «The Social Safety Net in the Two Cuban Transitions», en *Transition in Cuba: New Challenges for U.S. Policy* (Miami: Florida International University, Cuban Research Institute).
- 1997. «La seguridad social y la pobreza en Cuba», en *La seguridad social en América Latina: Seis experiencias diferentes* (Buenos Aires: CIEDLA): 51-110.
- 1999. «Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI», *Revista de la CLAD: Reforma y democracia* (Caracas) 15 (octubre):7-72.
- 2001a. «La reforma estructural de las pensiones de seguridad social en América Latina: Modelos, características, resultados y lecciones», *Revista Internacional de Seguridad Social* (Ginebra) 54: 4 (octubre-diciembre): 77-103.
- 2001b. «The Cuban Economy in 1999-2001: Evaluation of Performance and Debate on the Future», en *Cuba in Transition* (Washington D.C.: ASCE, vol. 11).
- 2002a. *Buscando un modelo económico en América Latina ¿mercado, socialista o mixto? Chile, Cuba y Costa Rica* (Caracas: Nueva Sociedad).
- 2002b. «Las pensiones de seguridad social en Cuba: Diagnóstico y sugerencias de reforma», 4th Conference on Cuba and Cuban American Studies, CRI, Florida International University, 6-9 marzo.
- Mesa-Lago, Carmelo y Fabio Bertranou. 1998. *Manual de Economía de la Seguridad Social en América Latina* (Montevideo: CLAEH).
- Naciones Unidas (ONU). 1961, 1966. *Demographic Yearbook, 1961, 1966* (New York).
- Oficina Nacional de Estadísticas. 2000. *Anuario Estadístico de Cuba 1999* (La Habana).
- Peñate Rivero, Orlando. 2000. «La alternativa cubana», en *La reforma de los sistemas de pensiones en América Latina: La alternativa cubana*, Luis Gutiérrez Urdaneta y O. Peñate, eds. (La Habana: Editorial de Ciencias Sociales).
- Unión Panamericana (UP). 1960, 1961, 1963. *América en Cifras 1960, 1961, 1963* (Washington D.C.).