

Capítulo VII

ESTRUCTURA DE RIESGO Y ARQUITECTURA DE BIENESTAR

EL INCREMENTO DE LA DESIGUALDAD originada en el mercado laboral; los cambios en la estructura y los arreglos familiares –incluida la nueva división sexual y social del trabajo remunerado y no remunerado–; el desafío intergeneracional, plasmado en las cambiantes tasas de dependencia infantil y de la tercera edad y en las estructuras de oportunidades y activos de estas diferentes generaciones; y los cambios en la morfología urbana, con sus correlatos de segregación y segmentación socio-espacial, tensionan aún más la concordancia, ya históricamente imperfecta, entre la estructura del riesgo social en la región y su arquitectura de protección social, amenazando con ello el avance decidido hacia las metas del milenio.

A su vez, tres transformaciones institucionales del Estado Social interactúan con estas transformaciones socioestructurales afectando la progresividad y regresividad del gasto social en América Latina y su capacidad de enfrentar las viejas y nunca bien tratadas estructuras de riesgo, así como las nuevas vulnerabilidades derivadas de los procesos recientes que hemos tratado a lo largo de este trabajo: su composición y evolución sectorial, la cobertura y los criterios de elegibilidad para el acceso a los sistemas de protección social, y el grado de colectivización o privatización plasmado en los prestadores y en el pago o grado de subsidio de dichos sistemas. Si bien estas transformaciones sociales e institucionales han variado en la región, existen algunas pautas comunes

a revisar. En dicha revisión, procuraré establecer las heterogeneidades más relevantes para los subgrupos de países.

MERCADO LABORAL Y ARQUITECTURA DE DERECHOS DE LOS SISTEMAS DE SEGURO DE MANUTENCIÓN DE RENTA: DESIGUALDAD Y EXCLUSIÓN

LA DIVERGENCIA ENTRE RIESGOS Y REFORMAS: UN EJEMPLO DE IDEAS FUERA DE LUGAR

La realidad del empleo presentada en el Capítulo V coloca en problemas serios de bienestar, cohesión e integración social especialmente a los sectores que hemos identificado como los más castigados en esta materia: sectores escasamente calificados, mujeres y jóvenes. La intersección de las tres características prácticamente garantiza la pobreza y exacerba el riesgo de exclusión social. Estos sectores son vulnerables en un sentido estático (bienestar, seguridad e integración presente) y más aún en un sentido dinámico (bienestar, seguridad e integración en el futuro). La actual arquitectura de los Estados sociales latinoamericanos y las reformas que se han venido ensayando en sus tres grandes pilares, educación, seguridad social y salud, no siempre dan cuenta de esta configuración de riesgos emergentes del transformado mercado laboral. Discutiré en este punto el tema de la seguridad social, ya que ejemplifica cabalmente las limitaciones reformistas de los años precedentes.

En efecto, el caso más claro en esta materia lo representa la realidad de las pensiones y sus reformas recientes. Debe quedar claro que una parte importante de la caída en materia de cobertura de la seguridad social se hubiera producido aun de no haber mediado transformaciones en el sistema de seguridad social, ya que el mismo, al apoyarse en la pertenencia al mercado de trabajo formal, hubiera igualmente sufrido los reveses del empeoramiento laboral. Pero el hecho de haber desarrollado un conjunto de reformas de nuestros sistemas desde la perspectiva liberal, con modelos de capitalización individual y formas de administración privadas, han agravado el problema. Los datos sobre cobertura y reformas de los sistemas de seguridad social que se presentan en la Tabla 21 son elocuentes.

La razón de esa caída es bastante simple. Los modelos de capitalización individual, sumados a los procesos de mejora en la documentación de las historias laborales de los aportantes, vinculan más fuertemente la cobertura a la inserción formal laboral de los trabajadores. Las reformas paramétricas que en los sistemas reformados (como en el caso de Argentina, Uruguay, Chile y Colombia) y en los no reformados (o con reformas paramétricas) han incrementado las edades y años de aportes exigidos para lograr el derecho jubilatorio también

Tabla 21

América Latina y el Caribe. Cobertura de la seguridad social antes y después de las reformas estructurales estimada a partir del porcentaje de población activa que contribuye con la seguridad social (en %)

	Cobertura de los sistemas pasados estimados por aportes reales	Afiliación considerando todos los pilares luego de la reforma (2002)	Cobertura considerando todos los pilares luego de la reforma estimados por aportes reales (2002)
Chile	64	111	58
Argentina	50	69	24
Uruguay	73	77	60
Costa Rica	53	65	48
México	37	72	30
Colombia	32	59	24
Bolivia	12	23	11
El Salvador	26	40	19
Perú	31	28	11

Fuente: Mesa Lago (2004).

agravan estas realidades⁴⁵. La elegibilidad depende más que antes de la condición del ciudadano de mercancía apta y formalizada en el sistema contractual de los mercados laborales. Al mismo tiempo que el empleo formal pierde presencia en los sectores populares urbanos como factor estructurador del bienestar presente y futuro, los sistemas de seguridad social de la región o bien permanecen relativamente inalterados, asentándose en el viejo modelo formalizado bismarckiano, o involucionan hacia formas aún menos solidarias, apoyándose en la capacidad de pago desde la base formal para sistemas de capitalización individual.

ESTRUCTURA DE EDADES Y DESIGUALDAD: SUSTENTABILIDAD Y EQUIDAD DEL CONTRATO INTRA E INTERGENERACIONAL

Uno de los problemas clave que varios países de América Latina enfrentan o deberán enfrentar en el futuro cercano se refiere a la carga de la tercera edad y su impacto sobre la demanda de renta y servicios del Estado Social latinoamericano. Pero este problema que aún debe

45 Un estudio reciente del caso uruguayo indica que ningún trabajador de los quintiles de ingreso más pobres (1 y 2) tendría derechos jubilatorios a los 60 años, y menos de un 20% a los 65 años, en la mejor de las hipótesis. Las reformas que están siendo discutidas en Chile surgen por la constatación de datos igualmente preocupantes, ya que algunas estimaciones indican que un 60% de la población activa no alcanzaría el mínimo jubilatorio o pensión alguna.

ser enfrentado, por ejemplo, por los países de Europa occidental y del Este y por otros países con transiciones demográficas de moderadas a avanzadas, es muy complejo de abordar en América Latina por los altos niveles de desigualdad y por la baja formalización del empleo. Esto implica que los contratos intergeneracionales, que siempre están basados al menos en alguna medida en el contrato intrageneracional de la población activa, enfrentan serios obstáculos para producir dispositivos de solidaridad adecuados.

Como la arquitectura distributiva del pasado (sistema de reparto con base en contribuciones del salario y aportes definidos) y la actual (modelos mixtos o puros de capitalización individual) ataba y aún ata, en forma bastante clara, los aportes (en tanto porcentaje del salario) a los beneficios, los sistemas de pensiones reflejan en general la distribución del ingreso de los sectores activos. El hecho de que las pensiones reflejen la estructura de la desigualdad de la población activa no es necesariamente un problema: pero sí lo es en América Latina, precisamente por sus altos niveles de desigualdad. Efectivamente, en la mayoría de los países, el gasto en seguridad social presenta esta pauta. Entre un 40 y 50 % del gasto en seguridad social se concentra en el quintil superior de ingresos en la mayoría de los países latinoamericanos: esto se observa en todos los casos para los cuales se cuenta con información. En algunos de estos casos la apropiación de la renta de la seguridad social rebasa el 70% en el quintil superior, como ocurre en Colombia y Guatemala (CEPAL, 2005a; 2005b). La desigualdad en materia de previsión social no refleja, en rigor, la desigualdad actual de ingresos de los activos sino la distribución del ingreso de antaño; es decir, cuando los actuales pasivos estaban realizando sus aportes. En un modelo de capitalización esto también será así –de hecho, será más marcado–, por lo cual la distribución de beneficios de la seguridad social reflejará la pauta de desigualdad actual. Este detalle aparentemente menor es clave para entender los efectos futuros del sistema de pensiones en la región y su imposibilidad para producir mayores niveles de equidad y cohesión social.

El contrato intergeneracional de antaño se ha visto asediado por los cambios en las relaciones entre activos y pasivos que amenazan la sustentabilidad fiscal de los sistemas de reparto. Pero, en rigor, existe otra amenaza al contrato intergeneracional, y es un cambio abrupto en las condiciones del mercado laboral: estas afectan la sustentabilidad debido a mayores niveles de informalidad, pero también afectan el contrato a futuro, por los mayores niveles de desprotección que deberán enfrentar los trabajadores actualmente activos. La ventaja de los sistemas de reparto en sus orígenes es que estos contaban con muchos activos para financiar a pocos pasivos. Dicha relación se deteriora por razones

demográficas y del mercado de empleo, donde la elevación de las tasas de actividad no se traduce en el incremento de activos aportantes por razones de informalidad.

En el Cono Sur y en algunos países con sistemas más extendidos como Costa Rica y Brasil, el problema es mayor ya que el número de pasivos es efectivamente grande, sumado a que la mayor parte de los aportes que el fisco general debe hacer para sostenerlo no se ubica en la población desprotegida sino en la población con sistemas de protección privilegiados. En efecto, en Argentina el 50% del gasto en pensiones proviene de rentas generales; en Uruguay, casi el 30%, en Brasil y México, en especial el sector público, consume una alta proporción de subsidio de rentas generales. Algo similar ocurre con sectores privilegiados en Colombia, Chile (Fuerzas Armadas) y Perú (Filgueira, 2005). Este gasto en rentas generales se destina, en una proporción ínfima, a financiar pilares no contributivos y, en mayor proporción, a financiar pilares contributivos desfinanciados de sectores privilegiados del Estado o de sectores formales privados. Por otra parte, recordemos que si bien buena parte de los sectores populares urbanos no alcanzarán derechos jubilatorios al final de su vida activa, la causa no respondera a no haber realizado aporte alguno sino a no haberlo hecho en el tiempo adecuado y con la densidad suficiente, con lo cual sus pagos terminan financiando intergeneracionalmente a quienes sí recibirán jubilaciones en el futuro. En otras palabras, si bien estos sectores contribuyen al contrato intergeneracional de los sistemas PAYG (*pay as you go*) o bien cumplen con su contrato de responsabilidad sobre su futuro en los sistemas de capitalización, lo hacen en forma insuficiente de acuerdo a las normas de elegibilidad. Se los obliga a ahorrar y a asegurarse; y luego se les señala que sus densidades o tiempo de aportes no fueron suficientes.

Asimismo, cabe enfatizar que cualquier alternativa que procure apoyarse, primordialmente o de manera exclusiva, en el mercado laboral formal para proveer el cinturón básico de protección social de renta en América Latina fracasará en el futuro como lo hizo en el pasado con el modelo bismarckiano y como lo está haciendo en el presente con el modelo de capitalización individual. La media latinoamericana en lo que refiere a población cubierta por pensiones y jubilaciones para la población de 70 años y más es del 40%, entre 65 y 69 años es inferior al 35%, y entre 60 y 65 años es menor al 30% (CEPAL, 2006). Existen solamente cinco países donde a los 70 años los porcentajes se acercan o superan el 80%: Argentina, Brasil, Bolivia, Uruguay y Chile. En Brasil y Bolivia es posible precisamente porque existen modelos no contributivos muy importantes (universal en el caso de Bolivia con Bonosol y cuasi universal para la población rural en Brasil). En el caso de Uruguay, la cobertura casi universal se basa en dos mecanismos: el acceso

al derecho jubilatorio mediante declaración jurada de testigos, aunque el beneficiario no tenga historia de aportes (hoy esto ya no es posible), y la pensión no contributiva a la vejez donde el beneficio corresponde a toda persona mayor de 70 años que no posea jubilación ni otros recursos económicos (en el año 2000 estas pensiones representaban casi el 10% del total de pensiones pagadas por el Estado). Los casos chileno y argentino, con coberturas actuales bastante menores que los países anteriormente considerados, presentan en la actualidad una cobertura de su población activa que en el futuro dejará al 40% de la población chilena fuera del sistema de protección, y a casi un 70% de la argentina.

Es más fácil, aunque parezca más complejo, montar un sistema tributario de rentas generales sólido y apostar a una ciudadanía fiscal y social en el largo plazo que perseguir una formalidad esquiva anclada además en altos aportes para financiar a sistemas crecientemente jaqueados por su relación activos-pasivos. Con base en Gómez Sabaini (2006) puede indicarse que si el impuesto a la renta de las personas físicas asumiera un peso mayor en los sistemas tributarios como instrumento privilegiado para cerrar la “brecha fiscal” se alcanzaría una tributación correspondiente a casi 3 puntos promedios del PBI⁴⁶. A su vez, generar un sistema universal de pensiones que garantice la superación de la pobreza en la tercera edad insumiría un 2,2% del PBI regional, hacerlo de manera focalizada implicaría un gasto de 0,9% del PBI. Un sistema de acceso y manutención de renta básica apoyada en rentas generales puede ser la plataforma de lanzamiento para exigir en el futuro aportes de base salarial formal. Debe pensarse, necesariamente, en una arquitectura de bienestar sin claros precedentes en el resto del mundo. La ruta de la protección social universal en América Latina en materia de renta debería ser de base no contributiva o complementaria de una sólida base no contributiva allí donde los pilares contributivos existentes se fortalecen y se sanean, o simplemente no será universal.

Los argumentos en contra de una postura como la aquí defendida son conocidos y no carecen de buenas razones. Si el sistema de pensiones pasa a apoyarse en mayor medida que antes en pilares no contributivos, se teme que los mismos afecten negativamente los incentivos para contribuir al sistema actual. Si, por otra parte, los sistemas de base no contributivos carecen de interés para los sectores medios y altos, la economía política de la calidad se resentirá, tornando las prestaciones no contributivas en caricaturas miserables de formas básicas de ciudadanía social.

46 Esto se lograría sin cerrar la brecha fiscal global. Las brechas fiscales en tributación en consumo, propiedad y comercio exterior no se modificarían. Solamente se cerraría la brecha fiscal en lo que hace a la recaudación actual y potencial del impuesto a la renta.

Ante estos argumentos vale la pena indicar lo siguiente. En la mayoría de los países, la contribución a las pensiones, especialmente la de los sectores medios-bajos y bajos, no se percibe como un mecanismo de seguro sino como un impuesto del cual, por otro lado, no se beneficiará buena parte de los aportantes en materia de cobertura presente o futura. Ello no es miopía de futuro sino realismo, dada la densidad y años de aportes que pueden esperar realizar en su vida activa entre el 30 y 70% de la población activa hoy, y dada la ausencia de derechos de seguros de desempleo en la mayoría de los sistemas contributivos generales de los países latinoamericanos. El problema de la evasión a la seguridad social es un problema de incentivos, pero no porque existan otros sistemas no contributivos, sino porque no existen beneficios presentes o futuros contra aportes presentes.

Adicionalmente, la falta de aportes a la seguridad social tiene otro capítulo que poco o nada tiene que ver con los incentivos entendidos en este sentido. La razón por la cual trabajadores y patronos evaden, muchas veces de común acuerdo, el pago de la seguridad social es porque de no hacerlo, y dadas las tasas de aportes, estos harían inviable la actividad económica. El sistema más eficiente de generación de trabajo remunerado en América Latina –la microempresa y la pequeña empresa– se encuentra en dicha situación. La capacidad de aporte que se encuentra en estos sectores requiere para ser activada de tasas menores. La capacidad de aporte holgada se encuentra, por otra parte, en los sectores de baja intensidad de mano de obra y alta productividad. El impuesto a la renta y el impuesto al consumo son las fuentes tributarias que el Estado recauda de estos sectores, sin dejar de recaudar de los sectores de menores ingresos y con efectos menos perniciosos sobre la generación de empleo formal. Si esto es cierto, las rentas generales provenientes de estos sistemas de recaudación son las que deberían financiar una parte importante del gasto en pensiones y seguridad social. En muchos países esto ya sucede sobre la base de orientar dicho gasto a los sectores privilegiados antes que a modalidades no contributivas básicas y con una sobre-representación en el financiamiento de dichos déficit de los impuestos al consumo, los cuales son notoriamente menos progresivos que el impuesto a la renta de las personas físicas.

De lo planteado se concluye que la arquitectura de protección social debería orientarse a menores tasas de aportes de base salarial, mayores prestaciones de bases no contributivas, mayor adecuación de los sistemas contributivos en términos de exigencia en la densidad de los aportes presentes, y mayor credibilidad y atractivo de los beneficios presentes y futuros para los sectores medios y bajos. Asimismo, es indispensable atacar las actuales fuentes de estratificación del sistema si se pretende dotarlo de viabilidad fiscal.

El problema no parece ser, por lo planteado anteriormente, un tema de inviabilidad técnica o económica, aunque ambas esferas presenten grandes desafíos a la gestación de una estrategia como la esgrimida. El mayor obstáculo parece ser el de la inviabilidad política. Esta inviabilidad política presenta dos facetas: resulta inviable implantar estos sistemas y sus bases tributarias y, dada la economía política de los regímenes políticos, mantener la calidad de las prestaciones en estos sistemas. La actual hegemonía democrática en América Latina debería contribuir a tornar estas alternativas más viables. Si algo hay de cierto en la teoría del *median voter*, nuestros sistemas de prestación social deberían acercarse a esta teoría y no, como señala Mesa Lago (2004), a una América Latina imaginada de personas con ingresos medios-altos y altos, formalizados y de empleo estable (Filgueira y Rossel, 2005). La segunda razón que debería permitirnos ser más optimistas respecto a viabilizar políticamente estas alternativas se encuentra en el cambio –que debe ser alimentado– en el discurso y las posturas de las agencias multilaterales de crédito, mucho más proclives que en el pasado a apostar a sistemas que fortalezcan los primeros pilares en base no contributiva. Aun, esta revisión tiende a ser reacia a considerar formatos universales y solidarios, prefiriendo en general formas restrictas de focalización. En este sentido, Sojo (2003) advierte:

En cuanto a la universalidad y su financiamiento solidario, el desdeñar *ad portas* esta posibilidad, o analizar la solidaridad sólo a escalas excesivamente micro, escamotea el análisis de aquellas condiciones históricas de nuestra propia región que han permitido avanzar gradualmente hacia ese horizonte en países tan disímiles como Brasil, Colombia y Costa Rica.

Para ello resulta clave fortalecer nuestros sistemas tributarios. El problema de recaudación actual de los Estados nacionales no es el de la evasión de los sectores medios-altos y altos a las pensiones; por lo tanto, los sistemas de capitalización privada únicamente parecerían suprimir el financiamiento solidario de los sistemas contributivos. El problema de la recaudación se encuentra en la ausencia de aportes a la seguridad social de los sectores de bajos ingresos y en el bájísimo peso de los impuestos a las rentas de las personas físicas (Gómez Sabaini, 2006). Existe una lección relativamente simple de la tabla que se presenta a continuación (Tabla 22). La clave redistributiva de los Estados europeos se encuentra tanto en la manera en que recaudan como en la que gastan. La recaudación es progresiva por el fuerte peso del impuesto a la renta de las personas físicas. El gasto lo es por la existencia de sistemas no contributivos de extensa cobertura, cuando no universales, y por una baja segmentación de los pilares financiados por el Estado.

Tabla 22

Efecto distributivo de los impuestos, contribuciones y transferencias estatales sobre los ingresos de los hogares en los países de la Unión Europea*, 2001 (en %)

Grupos decílicos de población	Ingreso total disponible	Ingreso original	Beneficios y pensiones públicas	Impuestos	Contrib. a la seguridad social	Distrib. del ingreso real (disp.)	Distrib. del ingreso original
1	100	51	59	4	6	3,2	1,6
2	100	53	59	5	7	4,9	2,5
3	100	66	51	8	9	6,1	3,9
4	100	77	44	10	11	7,1	5,3
5	100	87	37	12	12	8,3	7,1
6	100	97	31	15	13	9,4	8,9
7	100	106	25	17	14	10,8	11,1
8	100	111	22	19	14	12,4	13,4
9	100	120	16	22	14	14,9	17,4
10	100	129	14	31	12	22,9	28,9
Total	100	103	28	19	12	100	100
Pobres**	100	51	60	5	6	-	-

Fuente: De Armas (2006).

* Los países analizados son: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Portugal, Reino Unido y Suecia.

** Se considera en riesgo de caer en situación de pobreza a la población cuyos ingresos equivalentes disponibles son inferiores al 60% de la media de la población total.

La provisión de bienes públicos, cuasi públicos y privados por parte del Estado no posee a priori una cantidad óptima. No es posible desvincular la eficiencia de la provisión estatal de bienes y sus cantidades y calidades adecuadas del tema distributivo. A su vez, el problema distributivo, especialmente en lo que refiere a la extracción de recursos, no presenta una modalidad adecuada y una cantidad a priori, sino que depende de las capacidades económicas de los países, técnicas de sus Estados, y de las coaliciones político-distributivas que existan o se puedan generar.

En contraste con esta forma de financiamiento y gasto, la actual arquitectura del Estado Social latinoamericano en materia de pensiones, dada la desigualdad actual y sus formas de manifestarse en el mercado laboral (desempleo, informalidad, etc.), no parece garantizar niveles de igualdad y seguridad mínimas. Su reforma es, por tanto, necesaria. Su clave es el sistema tributario general para financiar modelos no contributivos y/o subsidiar el acceso de la población pobre a

sistemas contributivos, así como el saneamiento y moderación de las desigualdades de los sistemas contributivos actuales. En ninguna de estas opciones los sistemas de capitalización parecen ser parte de la solución: más bien son parte del problema.

LOS RIESGOS DE SALUD: DESHACER ENTUERTOS DEL PASADO Y ENFRENTAR DESAFÍOS FUTUROS

LAS BASES SOCIALES DE LAS VIEJAS Y NUEVAS VULNERABILIDADES EN MATERIA DE SALUD

De la misma manera en que la transición demográfica modifica las estructuras de edades y, por tanto, las cargas que en materia de rentas y manutención de rentas deberá construir el Estado Social, este proceso de envejecimiento, sumado a otros de naturaleza tecnológica y de avances en materia de saneamiento y acceso a bienes básicos como agua, salud e inmunización, demarca una transición en lo que refiere a la epidemiología y cargas de tipos de enfermedades. Se habla de transición epidemiológica cuando la población pasa de sufrir y morir de enfermedades esencialmente infecto-contagiosas a sufrir y morir de enfermedades no transmisibles, y donde también crece la mortalidad por accidentes u otras causas. América Latina presenta, en este sentido, una coetaneidad de etapas epidemiológicas que también en materia de salud acortan las ventajas de estar transitando de un estadio epidemiológico a otro. En efecto, la región presenta un creciente peso de enfermedades propias de estadios epidemiológicos avanzados cuando aún mantiene una importante carga de enfermedades de etapas previas.

Si observamos en términos comparados con los países ricos, a través del indicador que mide los años de vida saludable perdidos por diferentes cargas de enfermedad (Tabla 23), podemos advertir en forma más clara la peculiaridad regional.

Tabla 23
Indicadores de carga de la enfermedad
Años de vida saludables perdidos por cada 1.000 habitantes (en %)

	OCDE (altos ingresos)	América Latina
Enfermedades no transmisibles	108	115
Enfermedades transmisibles y materno infantiles	8	45
Accidentes y causas externas	12	29

Fuente: CEPAL (2006).

Nuevamente, la clave de la desigualdad y sus diferentes manifestaciones en segmentación urbano-rural, formal-informal y étnica se encuentra detrás de esta forma superpuesta de transiciones (ver Recuadro 4). Ello

Recuadro 4**Transiciones epidemiológicas superpuestas**

En Brasil, mientras que las enfermedades del aparato circulatorio ya se ubicaban entre las primeras causas de muerte, representando el 27% del total, las derivadas de enfermedades respiratorias con fuerte peso de las infecto-contagiosas aún representaban el 10% de las causas de muerte (Tobar, 2000). Aun el caso de la Argentina o Uruguay presentaban hacia 1995 a la neumonía y la influenza con el 3% del total y una tasa de prevalencia del 20,4% (Tobar, 2000). En países como Costa Rica, que presenta uno de los sistemas de salud ejemplares dentro del continente, se identifica la llamada patología del desarrollo (con incremento de enfermedades degenerativas combinadas con aquellas propias de procesos de deterioro social) al tiempo que reemergen enfermedades como la malaria, el dengue y el cólera. En Chile, las enfermedades respiratorias y las del aparato digestivo representaban casi el 18% de las causas de muerte en 1996, en tanto que los tumores y las enfermedades del aparato circulatorio alcanzaban casi el 50% de las causas de muerte. Si en los países más avanzados en su transición demográfica aún se producían estas complejas superposiciones, algo similar pero con pesos invertidos ocurre en los países de menor desarrollo relativo. En El Salvador, quitando causas externas, las enfermedades combinan males propios de sociedades avanzadas en su estadio epidemiológico con enfermedades propias de etapas tempranas. Entre las cuatro principales causas de muerte se encontraban los tumores, las enfermedades del aparato circulatorio, combinadas en casi iguales proporciones con enfermedades transmisibles y afecciones del período perinatal. El caso mexicano es otro que como Brasil debe enfrentar el rezago relativo en lidiar con enfermedades del subdesarrollo, cuando ya se han instalado como principales causas de muerte las de un estadio de transición demográfica y epidemiológica más avanzado.

responde en parte a que una proporción importante de la población vive en situaciones de pobreza, desnutrición y falta de acceso a sistemas de saneamiento y agua potable y, por otra parte, a que, como veremos más adelante, los sistemas de atención de salud se encuentran segmentados en calidad y acceso, dejando a una parte de la población no sólo sin acceso a niveles terciarios de atención sino con acceso limitado o nulo a medicamentos y sistema primarios de atención.

Si tradicionalmente uno de los problemas clave identificados por la literatura especializada en el tema de salud en la región era el poco desarrollo de una oferta adecuada de servicios básicos y de acceso a bienes preventivos de enfermedades infecto-contagiosas, hoy se le suman a estos problemas el deterioro de las condiciones de vida en las ciudades y, en especial, los procesos de segregación residencial y exilio a la periferia urbana de sectores otrora integrados al casco urbano, con lo que ello conlleva en términos de riesgo concentrado epidemiológico y ausencia de acceso a saneamiento y agua potable en las ciudades.

El incremento de la esperanza de vida al nacer y la caída de la mortalidad infantil muestra, sin embargo, que es posible avanzar en áreas “blandas” del desarrollo en salud. Pero son justamente estos avances, sin un acceso más integral a los sistemas de prevención y atención de la enfermedad, los que colocan a una masa nunca antes presente de personas con riesgos de salud.

Por otra parte, el incremento de la esperanza de vida luego de los 60 años se produce en forma por demás desigual, en sociedades por demás desiguales. Por ello, la carga de enfermedad de esta población y los costos asociados a una sobrevivencia alta se derivan esencialmente de los sectores de mayores ingresos y de poder.

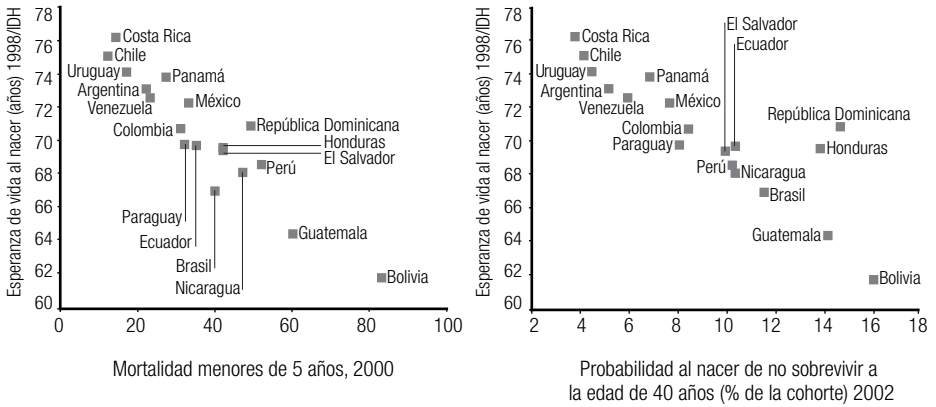
De la misma manera en que los sistemas de pensiones deben revisar sus contratos intergeneracionales por razones no sólo de equidad intergeneracional sino también por razones de equidad intrageneracional, también deben hacerlo los sistemas de salud. Dicho en forma más tajante: cuando los 80 años de vida sean una oportunidad accesible por parte de toda la población, la universalización de los cuidados propios de esas edades serán redistributivos; antes serán regresivos. Ahora bien, en consideración del incremento de la esperanza de vida deseable y esperable en el futuro, deben seleccionarse con sumo cuidado las prestaciones a universalizar en lo que hace a la tercera edad, de tal manera de reconocer la nueva presencia de una carga de enfermedad postransicional, sin que ello revierta en una sobrecarga fiscal que suprima fondos para la población más joven. Lo que no es viable es dejar en manos del mercado el ajuste de estas tensiones y demandas adicionales, ya que el mismo operará “descremando” riesgos y dejando en manos del Estado las enfermedades catastróficas de quienes no puedan pagar. Si se pretende focalizar la atención de la salud, ello puede darse en un subconjunto de prestaciones de alto costo y difícil acceso en la tercera edad, no en las prestaciones cuyo efecto distributivo es progresivo porque es universal la presencia del riesgo, o incluso presenta mayor prevalencia en los sectores más pobres: infancia, maternidad y enfermedades “laborales” de la vida activa, en ese orden.

En términos simples, se podría afirmar que una menor desigualdad, un mayor gasto público social y un mayor compromiso de dicho gasto social con el gasto en salud tendrían que favorecer una estructura más equitativa de la distribución del riesgo en salud y de su cobertura. Una simple consideración de algunos análisis de esperanza de vida y mortalidad en los países de América Latina permite ilustrar el punto.

Como puede observarse en los gráficos 33 y 34, existe una fuerte asociación entre esperanza de vida al nacer y mortalidad infantil en menores de 5 años y entre la esperanza de sobrevivir más de 40 años y la esperanza de vida al nacer. Este es, de hecho, un producto

Gráficos 33 y 34

América Latina y el Caribe. Esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil y porcentaje al nacer que no se espera que sobreviva a los 40 años



Fuente: PNUD (2002).

estadístico: en ambos casos la primera medida depende fuertemente de la segunda. Pero lo que interesa destacar en este punto es que en Bolivia, por ejemplo, una vida promedio de 62 años es compatible con 80 muertes por cada mil niños de entre 0 y 5 años. Esto quiere decir –en buen romance– que en tanto un porcentaje alto de personas vive hasta los 80 años (no existe otra manera de llegar a esa media con casi uno de cada diez niños nacidos vivos que mueren antes de los 5 años), otro porcentaje, al menos 10%, no alcanza los 5 años de vida. Asimismo, puede verse cómo, a pesar de que entre un 10 y un 15% de la población de países como Brasil, Colombia, Ecuador, Nicaragua y otros no alcanzará la edad de 40 años, la esperanza de vida al nacer en los mismos países se ubica encima de los 60 años, y en muchos casos sobrepasa los 65 años.

Pero más allá de esta intuición, podría solicitarse la evidencia que demuestre que una baja desigualdad, un alto gasto social y una alta presencia de gasto público en salud favorecen una forma más igualitaria de alcanzar la tercera edad. Para ello se salvaron los residuos estandarizados de la esperanza de vida al nacer respecto a las probabilidades de no sobrevivir a los 40 años (ver Tabla 24). La variable que surge de dicha operación fue sometida a análisis de regresión con diferentes variables explicativas. Las tres variables clave que se consideraron fueron la desigualdad general medida por ingresos, el gasto público social como porcentaje del PBI y el gasto público en salud como porcentaje del gasto público social. Los resultados se presentan en la Tabla 24.

Si el argumento que hemos presentado es correcto, cuanto mayor la desigualdad, mayor su efecto sobre las diferencias entre esperanza de vida a los 40 años y esperanza de vida al nacer. Por su parte, si nuestras hipótesis son correctas, cuanto mayor el gasto social general y mayor el gasto social en salud, menor la brecha entre mortalidad antes de los 40 años y esperanza de vida. Los tres modelos arrojan resultados significativos, siendo el modelo que incorpora a las tres variables el que presenta un coeficiente de asociación mayor, manteniendo grados de significación en todas sus variables independientes y con betas que arrojan el signo esperado.

Tabla 24

Regresión sobre los determinantes de igualdad en la sobrevivida luego de los 40 años (residuos estandarizados de probabilidad de no sobrevivir a los 40 años y esperanza de vida al nacer)

	1		2		3	
	Beta	Sig	Beta	Sig	Beta	Sig
Constante	-	-	-	0,060	-	0,192
Gini	0,515	0,035	0,541	0,018	0,512	0,019
GPS/PBI	-	-	-0,450	0,043	-0,395	0,060
GPSalud/GPS	-	-	-	-	-0,405	0,055
F	5,401		5,898		6,031	
Signific.	0,035		0,015		0,011	
R ² ajustado	0,216		0,395		0,519	
Número de casos	16		16		16	

Fuente: Elaboración propia con base en CEPAL (2002) y PNUD (2004).

Sig: Significación.

GPS: Gasto Público Social.

GPSalud: Gasto Público en Salud.

En particular, cabe destacar el fuerte efecto de la desigualdad, la cual mantiene en todos los casos un beta significativo y superior a 0,5. Un modelo de acceso a la salud que opere en base a incentivos de mercado tenderá, en este contexto, a subproveer cuidados a los grupos jóvenes de riesgo y a sobreproveer cuidados a la tercera edad con mejor situación económica. Si, por otra parte, los sistemas son segmentados utilizando el subsector privado instalaciones del sector público y descremando riesgos mediante precios de los seguros, no sólo el sector público estará subsidiando al sector privado, sino que el sistema en su conjunto contribuirá a una marcada regresividad agregada y, en particular, con las enfermedades de mayor costo de tratamiento.

COBERTURA, CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD Y ARQUITECTURA DISTRIBUTIVA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

El problema del empleo y de la formalidad requerida para ser parte del sistema de seguros de renta se traslada, aunque en forma un poco menos destacada, al problema de la cobertura de los sistemas de salud.

En lo que refiere al tema de cobertura de riesgos de salud, deben distinguirse aspectos relativos a la prevención básica a través de los sistemas de vacunación, de aquellos de atención primaria, secundaria y terciaria de salud, los cuales también presentan notorias diferencias entre sí en materia de cobertura y acceso. A diferencia de la educación y las pensiones orientadas a mantención de renta, la salud presenta la ventaja de permitir establecer un subconjunto de prestaciones de carácter universal que se diferencia materialmente de otro tipo de prestaciones. Desde la atención al parto hasta el tipo de medicamentos, tratamientos e intervención quirúrgica, cada acto médico es susceptible de ser separado y entregado con mayor autonomía entre una y otra prestación que las prestaciones esenciales del sistema educativo y de la seguridad social. Y, efectivamente, esto ha sido así en América Latina. Es por ello, en parte, que el gasto en salud es bastante más progresivo que el gasto en jubilaciones y pensiones. Esta mayor progresividad no se deriva de un mayor acceso a la cobertura en sistemas de seguro basados en los mecanismos de la seguridad social sino en la cobertura garantizada por el sistema público y por un conjunto de prestaciones cuyo criterio de acceso no pasa por estar asegurado en el sistema formal. Si comparamos las brechas de acceso a los sistemas de seguro de salud con las brechas de acceso a una prestación específica como la inmunización, resulta evidente que son pronunciadas en los sistemas de seguro y mucho menores en lo que respecta a vacunación. A su vez, en el caso de la atención al parto, la evidencia es menos terminante. Si bien es claro que los sectores más pobres acceden a estas prestaciones en mayor medida en que acceden a las prestaciones derivadas de la condición de asegurado, las brechas entre quintiles pueden ser más marcadas que en el caso de los seguros.

En tanto, en Guatemala, Ecuador, El Salvador, Nicaragua y Bolivia, en el quintil más pobre, menos de un hogar de cada diez se encuentra asegurado. En materia de atención al parto lo hace una mujer de cada diez en Guatemala, dos de cada diez en Bolivia, tres de cada diez en Paraguay y cuatro de cada diez en Nicaragua. Por su parte, dados los niveles de inmunización contra la tuberculosis y el sarampión en estos mismos países (entre un 80 y 100% para la población general) es evidente que las coberturas de los quintiles más pobres se encuentran en todos los casos por encima de los niveles de cobertura en materia de seguros de salud y de atención al parto⁴⁷.

47 Para los datos pormenorizados en estos indicadores, ver PNUD (2004) y CEPAL (2005a; 2005b).

Ahora bien, que tanto el acceso a medicamentos como la atención primaria de la salud se encuentren fuertemente estratificados –aunque sea en menor medida que en materia de acceso a seguros de salud contratados o asignados sobre la base contributiva– responde en buena medida a la existencia de sistemas segmentados de atención de salud donde se manifiestan las segmentaciones sociales y económicas más generales. Existe un primer conjunto de población de altos ingresos que casi en su totalidad adquiere su cobertura de salud en el sistema privado. En segundo lugar, otra parte de la población accede por la vía de sistemas de solidaridad y contribuciones a partir del sector formal de empleo. En tercer lugar, un sector de la población se ve reducido a acceder a las prestaciones de salud en sistemas públicos desfinanciados y de prestaciones limitada. Finalmente, en buena parte de América Latina, especialmente en la población rural e indígena, no existe acceso a sistema alguno de salud en materia de prestaciones terciarias y en forma muy limitada a atención primaria y preventiva.

Cinco países presentan sistemas de base no contributiva fuerte o sistemas integrados o semi-integrados entre financiamiento público, contributivo y privado, y prestación y acceso: Brasil, con un sistema único de salud; Cuba, cuyo sistema de salud es enteramente estatal; Colombia, que ostenta una compleja ingeniería que combina bases contributivas y no contributivas y un programa para población que se encuentra en transición entre una franja y otra del espectro; Costa Rica, que subsidia a quienes no realizan contribuciones; y Venezuela. Todos los restantes países de América Latina tienen sistemas fuertemente segmentados entre prestadores públicos y privados, con condiciones de acceso, calidad y rango de prestaciones diferenciadas para quienes contribuyen a algún sistema de seguro social y quienes no lo hacen.

En los países donde las formas de solidaridad vertical (que se basan en obras sociales por categorías de trabajadores, sistemas mutuales o cooperativos en base a prepago y/o pertenencia a corporaciones atadas a formatos de empleo formal) garantizan el acceso a seguros de salud, las crisis económicas y los procesos de informalización generan un proceso de “desfonde” de los sistemas, en que una parte importante de la población pierde derechos de salud en el sistema privado o cooperativo y debe ser asistida en el sistema público. En este contexto, y dados los problemas estructurales que algunos de estos viejos sistemas presentan en materia de costos y sustentabilidad, generalmente el Estado recibe demandas de subsidios por parte de un desfinanciado sistema mutual o corporativo. De ahí que el fisco se vea tensionado entre las mayores demandas que llegan al sistema público por desfonde de los sistemas de aseguramiento y por la exigencia de sostener financieramente a estos sistemas. A ello se suma el “descreme” que un

mercado pujante de seguros privados de salud realiza de los sistemas de solidaridad vertical.

Así, nuestros sistemas de base estamental solidaria se ven atacados desde dos flancos: “desfonde” de quienes ya no pueden acceder; y “descreme” de quienes votan con su billetera. El problema que muchas veces se les achaca a los sistemas universales de tipo Beveridge –que predominan en el Caribe anglo y que intenta hace más de una década Brasil– es que los mismos sufren en materia de calidad para dar paso a mercados privados de seguros. Si bien esto es definitivamente un problema, no lo es menos, por lo visto, en los sistemas que partían de la afiliación mediante modalidad de tipo obra social o mutual, ni en aquellos que aseguraban mediante el vínculo formal con el mercado de empleo. Todos ellos sufren este proceso de “descreme”. Cuando el Estado contribuye a crear y, de hecho, a subsidiar estos mercados privados, el efecto es todavía más marcado. Cuando el Estado apuesta a un sector público con prestaciones homogéneas y universales, es razonable esperar un efecto más moderado. La otra alternativa la presenta el caso de Costa Rica, donde un sistema contributivo es subsidiado por el Estado para garantizar el acceso a quienes no tienen capacidad contributiva. Esto es muy diferente que subsidiar a un sistema de salud fragmentado y hacerlo para las brechas de gastos y aportes de los sectores altos. En este último caso, el efecto es netamente regresivo; en el caso de Costa Rica, en cambio, el efecto es incluyente y progresivo.

EDUCACIÓN Y SUS NUEVOS DESAFÍOS

Los servicios del Estado Social están llamados a cumplir una función fundamental en la reestructuración del sistema de protección social en América Latina, función que debe reconocer esta pauta dual de transiciones familiares. Podría, además de la apuesta en materia de servicios, abogarse por un incremento en las transferencias monetarias a las familias con hijos, de tal manera que estas accedan a bienes y servicios de cuidado en el mercado. Las transformaciones señaladas implican también un necesario rediseño del modelo de aseguramiento en materia de salud, tal como se indicara anteriormente, y modificaciones en las regulaciones sobre derechos y deberes de padres unidos matrimonialmente que no abordaremos aquí. Sin embargo, dadas las limitaciones de nuestra arquitectura de bienestar en lo que hace a transferencias de rentas, creo que, sin dejar de considerar estas alternativas, una parte importante de la apuesta de inversión para enfrentar esta nueva estructura de riesgos debería estar puesta en los servicios educativos, los cuales presentan una serie de efectos positivos y evitan, o tienen al menos el potencial de evitar, la reproducción de los actuales niveles de desigualdad, como sí sucede en materia de pensiones. Esto debe consi-

derarse en el contexto de un conflicto intergeneracional que atraviesa y es atravesado por las realidades distributivas intrageneracionales.

En efecto, América Latina no sólo presenta niveles de desigualdad muy altos, también presenta una combinación de fecundidad y envejecimiento que coloca una muy alta carga social o tasa de dependencia demográfica sobre los hombros de los trabajadores activos y sobre el fisco. El peso y poder de la tercera edad, y especialmente de la tercera edad que contó con una robusta inserción laboral, tiende a hacerse presente en estos contextos inclinando la puja distributiva en favor de dicha población, antes que de la población infantil. Especialmente cierto es este punto, cuando contraponemos “transferencia monetaria a la infancia” y “transferencia monetaria a la tercera edad”. Tendemos a pensar que de los primeros se ocupa la familia, en tanto de los segundos se ocupa el Estado. Dicho de otra forma, hay una tendencia si se quiere “natural” a colectivizar el bienestar de la tercera edad y a privatizar el bienestar de la infancia, sobre todo cuando hablamos de dinero. Ante esta realidad resulta evidente que, de no mediar una renovada opción por una economía de servicios de *Welfare State*, el modelo de *cash transfer* tenderá a predominar y a concentrarse en las transferencias monetarias a la tercera edad.

Pero esta tendencia “natural” o que “naturalizamos” se apoya en una hipótesis esencialmente falaz. Y ella es la que afirma que los niños deben y pueden ser cubiertos adecuadamente en materia de bienestar por sus familias, en tanto que la tercera edad (especialmente la que contó con fuertes vínculos con el mercado laboral) no puede mediante opciones privadas acceder a niveles de bienestar adecuados. La evidencia sobre los niveles de pobreza diferencial entre niños y adolescentes, por un lado, y personas de mayor edad, por el otro, no permite sustentar dicha hipótesis. Aun realizando el ejercicio de suprimir íntegramente el sistema de jubilaciones y pensiones en toda América Latina, los niveles de pobreza de esta población (65 años y más) serían similares o inferiores a los actuales porcentajes de pobreza infantil (CEPAL, 2003)⁴⁸. Con ello no estamos obviamente abogando por tal extremo absurdo. Estamos advirtiendo que, si los Estados no asumen una actitud proactiva en defensa del gasto orientado a infancia, este tenderá a perder terreno, en un contexto de crecientes cargas demográficas altas y combinadas en favor del gasto en la tercera edad. Ahora bien, dicha actitud proactiva, ¿deberá concentrarse en defender los actuales modelos de *cash transfer* focalizados a las

48 Ver las estimaciones realizadas por la CEPAL (2000). Es evidente que ello responde en parte a que los adultos mayores viven en hogares multigeneracionales con otras fuentes de ingresos, además de las jubilaciones. Cuando el mismo ejercicio se realiza para los adultos mayores que viven en hogares monogeneracionales, el impacto de suprimir las jubilaciones es notoriamente más marcado.

familias con hijos (PANES, PROGRESA-Oportunidades, Programa Jefes y Jefas de Hogar Desocupados, etc.) o los viejos sistemas de asignaciones familiares existentes en los países con mayor desarrollo relativo de su Estado Social? La apuesta de largo plazo para enfrentar las nuevas estructuras de riesgo es menos la transferencia monetaria, y más una economía de servicios desde el aparato del Estado. La educación está llamada a cumplir, en este sentido, una función básica. Las razones para esta apuesta responden no solamente a que es más fácil políticamente defender el gasto en servicios de salud y educación para los niños (en contraste con transferencias monetarias a las familias con hijos), sino al hecho de que los riesgos sociales que enfrentan las familias, especialmente de los sectores populares urbanos, requieren que el Estado recupere el “gobierno social”, esto es, que recupere la capacidad de dirigir y moldear preferencias tanto como la de renovar su contrato educativo con las familias. Estas necesidades de un nuevo contrato educativo entre escuela y familia responden al conjunto de transformaciones asociadas a las familias, y a la particular configuración que estas asumen en los sectores populares, y que hemos procurado documentar anteriormente.

Dentro de los sectores que deberán liderar la expansión de servicios educativos se encuentran los orientados a la primera infancia. Si se observan las tasas de escolarización de los niños de 5 años en América Latina, se podrá constatar un notorio incremento que llevó a las primeras de poco más del 31% a más del 45% entre 1990 y 1997 (UNICEF/CEPAL/SECIB, 2001). Si se toma un tramo de edades variable por países (de entre 3-5 a 4-5 y solamente 5 años) para América Latina entre 1998 y 2001, se constata un incremento que lleva la tasa de 57% de acuerdo a los datos de UNESCO (2002) a poco más del 67%. Esto indica que existe un incremento notorio de la oferta y la demanda familiar de estos servicios, lo cual es consistente con lo expresado hasta aquí. El problema es que una parte de esta expansión importante de la oferta se ha dado en el sector privado y no en el sector público, lo que conlleva brechas muy marcadas de acceso a los servicios de este tipo entre población de bajos recursos y sectores de mejores ingresos.

En lo referente a la atención de niños de 5 años (donde está más universalizado el servicio educativo), igual se constatan distancias entre el cuartil 1 y el cuartil 4 de ingreso que oscilan entre un 20% de brecha matricular (el caso de Uruguay donde se apostó a universalizar desde el Estado dicha atención) y un 35% o más (los casos de Brasil, Guatemala, Costa Rica y Honduras). La situación en lo que hace a los niños de 3 y 4 años es posiblemente peor no sólo en materia de cobertura general sino de brechas en particular.

Adicionalmente a la creación y/o expansión de un pilar de pre-primaria robusto y estatal (o al menos gratuito por la vía de subsidios

a oferta o demanda), la extensión de la jornada escolar constituye el otro elemento clave de la apuesta a servicios sociales del Estado en la lógica de las economías de los cuidados familiares. En algunos países de América Latina este proceso se ha iniciado, y se encuentra ya notoriamente avanzado en Chile. Ya sea mediante una expansión paulatina o mediante una inversión masiva, la jornada completa o extendida constituye un fundamental mecanismo desfamiliarizador.

Sin embargo, cuando se observa el crecimiento del gasto público social en América Latina puede percibirse que las presiones por el incremento del gasto en pensiones son notoriamente más fuertes que para el gasto en educación. Es por ello que el crecimiento del gasto social no ha sido siempre un buen remedio a la incrementada desigualdad en la que hemos insistido a lo largo de este trabajo, ni tampoco un mecanismo que permita ir al encuentro de las estructuras reales de riesgo, ya que el mismo se ha apoyado demasiadas veces en estructuras de gasto previo montadas sobre las abrumadoras desigualdades y sistemas excluyentes persistentes. Así, a pesar de que el gasto en seguridad social ha crecido, lo ha hecho en general reflejando las desigualdades de origen. Los otrora anémicos y hoy algo más robustos programas focalizados de la seguridad social o de la nueva era reformista (programas de renta condicionada) no han logrado disminuir el efecto esencialmente regresivo (o en el mejor de los casos neutro) del gasto en transferencias monetarias de los Estados sociales en la región. Ello no debe sorprendernos. En general, dado que estos programas de nueva generación no superan en ningún caso el 0,35% del PBI, y al considerar la altísima fragmentación de estos programas y de otros –legado de los experimentos de los noventa–, no creemos que permitan considerar “la multidimensionalidad de la pobreza”. Continúan ausentes miradas estratégicas de mediano y largo plazo en aras de modas cortoplacistas impuestas por las agencias multilaterales de crédito. En suma, ni los viejos sistemas de base corporativa y estatal, ni los nuevos programas focalizados parecen ofrecer claves para que el gasto social tenga oportunidades de afectar, aunque sea en el mediano plazo, nuestras colosales desigualdades económicas ni las diversas formas de exclusión del bienestar y de los bienes públicos que caracterizan a la región.

Entre los diferentes tipos de gasto social en América Latina, el gasto educativo, especialmente el gasto en educación primaria, es el gasto más progresivo (CEPAL 2005b). Ello no responde a su focalización, sino a su universalidad. Esta es una lección simple para todo tipo de gasto social y una oportunidad para el papel del sistema educativo en el futuro Estado Social latinoamericano. La universalidad con gasto homogéneo por unidad –o mejor aún con gasto compensatorio progresivo– en un contexto de desigualdad abrumadora constituye el arma más potente para lograr que las desigualdades se mitiguen y no se traduzcan en exclusión social.

La progresividad y el incremento del gobierno social del Estado no son las únicas ventajas de una fuerte inversión en el sistema educativo. La misma presenta tres funciones positivas en relación con los desafíos del trabajo y mercado laboral en el nuevo contexto económico y social de la región. En efecto, existen tres funciones de la educación en el mercado laboral, aunque generalmente sólo se enfatiza una de ellas. Por un lado, la educación permite dotar de capital humano necesario a la población. Por otro, la educación, por ser un servicio de alta intensidad de mano de obra calificada, posee un efecto positivo en los mercados laborales presentes. Finalmente, la educación, por ser un servicio con amplios potenciales desfamiliarizadores (esto es, cumple o suple funciones familiares de reproducción social cotidiana o, como hoy se la denomina, de “economías de cuidado”), libera mano de obra para el mercado laboral remunerado. La educación en tanto política social debe entender estas tres funciones y trabajar para aportar desde sus tres funciones potenciales y no solamente desde la función de producción de capital humano.

La incorporación de la mujer al mercado laboral es una buena noticia, pero la menor y más baja inserción de las mujeres de los sectores populares debe advertirnos sobre el riesgo de liberar mano de obra sólo en el mejor extremo de la estratificación social. La alta carga reproductiva de las mujeres más pobres y la imposibilidad de comprar servicios de cuidado infantil en el mercado implican que, de no mediar una expansión de la oferta de servicios especialmente en las etapas tempranas de crianza de los hijos, el resultado social de las transformaciones antedichas se manifestará en una mayor participación laboral sólo en los sectores medios y altos. Por otra parte, existe un efecto interactivo positivo entre inserción en el mercado laboral y disminución de la fecundidad. Así la educación y los servicios educativos entre 0 y 6 años deben ser priorizados si se pretende lograr un impacto en esta área.

Por otra parte, resulta evidente que la expansión de los servicios educativos requiere una masiva incorporación de mano de obra calificada. Esta mano de obra calificada puede provenir de (al menos en una parte) la liberación de fuerza de trabajo que los propios servicios educativos requieren. En definitiva, tal es la estrategia de colectivización del cuidado infantil. El Estado extrae recursos de la comunidad para volcarlos en un esfuerzo educativo que permita colectivizar parte del cuidado infantil, con lo cual se libera fuerza de trabajo de la propia comunidad que incrementa la productividad y el empleo, a donde el Estado va nuevamente a buscar recursos para financiar otra vez un *Welfare State* orientado a los servicios de los nuevos sectores vulnerabilizados: madres y niños.