

**(DES)ENCUENTROS ENTRE  
REFORMAS SOCIALES, SALUD, POBREZA  
Y DESIGUALDAD EN AMÉRICA LATINA**

**TOMO I**



Carlos Fidel - Enrique Valencia Lomelí  
(Coordinadores)

**(DES)ENCUENTRO ENTRE  
REFORMAS SOCIALES, SALUD, POBREZA  
Y DESIGUALDAD EN AMÉRICA LATINA**

TOMO I

(Des) encuentros entre reformas sociales, salud, pobreza y desigualdad en América Latina. / Carmen Midaglia ... [et.al.] ; coordinado por Carlos Fidel y Enrique Valencia Lomelí . - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO; Bernal: Universidad Nacional de Quilmes; Centro de Desarrollo Territorial de la Universidad Nacional de Quilmes, 2012.

v. 1, 240 p. ; 23x16 cm. - (Grupos de trabajo de CLACSO)

ISBN 978-987-1891-20-7

1. Sociología. 2. Salud. 3. Pobreza. I. Midaglia, Carmen II. Carlos Fidel, coord. III. Valencia Lomelí, Enrique, coord.

CDD 362.5



**Editor Responsable:** Pablo Gentili – Secretario Ejecutivo de CLACSO

**Programa Grupos de Trabajo**

Marcelo Langieri, coordinador

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

EEUU 1168 | C1101 AAx Ciudad de Buenos Aires | Argentina

Tel [54 11] 4304 9145/9505 | Fax [54 11] 4305 0875 | e-mail [clacso@clacso.edu.ar](mailto:clacso@clacso.edu.ar) | web

[www.clacso.org](http://www.clacso.org)



CLACSO cuenta con el apoyo de la Agencia Sueca de Desarrollo Internacional (ASDI)



**Universidad Nacional de Quilmes**

Rector: Lic Gustavo Lugones

Vicerector: Dr. Mario Lozano

**Departamento de Economía y Administración**

Director: Dr. Alejandro Villar

**Departamento de Ciencias Sociales**

Director: Mg. Jorge Flores

**Centro de Estudios Territoriales de la Universidad Nacional de Quilmes (CDT-UNQ)**

Director: Mg. Carlos Fidel

Codirector: Dr. Alejandro Villar

Impreso en la Argentina - Printed in Argentina.

Queda hecho el depósito que previene la ley 11.723.

## INTRODUCCIÓN

### DIVERSIDAD DE REFORMAS EN AMÉRICA LATINA

Los encuentros y las separaciones son dos nociones que aluden el título de este libro, referidos a las problemáticas que relacionan reformas sociales, los sistemas en la esfera de la salud y los actores sociales, y las estructuras de la pobreza y la desigualdad.

Temática que atraviesa el mapa de América Latina, que sin duda conforma un territorio que ha sido, históricamente, una región donde se aplicaron reformas económicas, políticas y sociales, diseñadas e implementadas de manera diferenciada y con alcances heterogéneos. Esta dinámica social de creación, mutación, evoluciones y nuevas adaptaciones nacionales y regionales, ha estado presente en la historia latinoamericana y de forma notable en la última parte del siglo XX e inicio del XXI. Tan intensa ha sido esta dinámica que, en los últimos 30 años América Latina ha destacado mundialmente como una de las regiones más intensamente reformadas.

Así desde los años 80, América Latina ha experimentado reformas trascendentales, aunque con diferentes direcciones y desiguales alcances, en los regímenes políticos y en las políticas económicas y sociales. En el marco de un tránsito prácticamente generalizado hacia regímenes formalmente democráticos, en la región se puso en marcha, por oleadas, un paquete de reformas económicas que precedió a un nuevo conjunto de reformas sociales. Las reformas económicas preexistieron y dejaron su impronta en las subsecuentes reformas sociales.

Una primera oleada o generación de reformas económicas surgió, en los años 80, con el llamado Consenso de Washington que Rodrik (2006) sintetizó en “mantén tus balances macroeconómicos en orden, saca al Estado de los negocios, dale rienda suelta a los mercados” y también en “minimiza los déficits fiscales, minimiza la inflación, minimiza las tarifas,

maximiza la privatización, maximiza la liberalización financiera”. El acento de esta primera generación fue la creación de un “paquete ortodoxo de reformas para liberalizar los mercados de los países latinoamericanos” (Dayton-Johnson, Londoño y Nieto Parra, 2011: 10). En realidad, la urgencia de las corrientes hegemónicas por el desarrollo de los mercados y por la disminución del rol de los Estados, hizo a un lado las cuestiones y reformas sociales (Filgueira, 2005: 35).

Los resultados de esa primera generación de reformas fueron más importantes en la apertura de los sistemas comercial y financiero, limitados en la privatización<sup>1</sup>, y menores en la flexibilización legal del mercado laboral de acuerdo a un balance elaborado por Lora (2001), siempre con desarrollos heterogéneos entre los diversos países de la región.

Sin embargo, las consecuencias de esta primera generación en el desempeño económico fueron decepcionantes con freno notable en el crecimiento regional, mayor inestabilidad y exposición a los riesgos de crisis, además de mayor pobreza y desigualdad (Stiglitz, 2003). Fue relevante el caso de Argentina, país catalogado por Lora (2001: 24) con el índice más completo de reforma financiera, que entraría muy poco después en una profunda crisis e inestabilidad financieras, en cesación de pagos y en crisis bancaria, con impactos sociales muy severos. Paradójicamente, el país más avanzado en las reformas financieras de mercado – Argentina – cayó en una crisis sistémica monetaria y financiera, y el país que no realizó importantes reformas legales para la flexibilización del mercado laboral – México – en los hechos avanzó hacia ellas de manera contundente, con serias dificultades de defensa de derechos laborales para los trabajadores (Bensusán, 2006).

El contraste entre profundas reformas económicas y decepcionantes resultados generó debates en torno a la necesidad de nuevas transformaciones, lo que dio paso desde los años 90 a una segunda generación de reformas institucionales, que incluyeron diversos aspectos del Estado, de las instituciones educativas y de la salud, y de la regulación de la competencia de dichas instituciones (Navia y Velasco, 2002: 1).

En esta segunda generación de reformas, a diferencia de la primera, se buscó una nueva reconfiguración del Estado (en cierto sentido, un regreso del Estado, Navia y Velasco, 2002: 4) y la incorporación de polí-

<sup>1</sup> No obstante sus limitaciones, el conjunto de privatizaciones latinoamericano (396 ventas de empresas públicas al sector privado) representó más de la mitad entre los países en desarrollo entre 1986 y 1999 (Lora, 2001: 15).

ticas frente a la pobreza y la desigualdad; no implicó un rompimiento drástico con la primera generación, sino que se trató fundamentalmente de un paquete de políticas complementarias (Dayton-Johnson, Londoño y Nieto Parra, 2011: 11). Se trataba de “afinar detalles” de la primera generación que supuestamente había aportado “los fundamentos a largo plazo del crecimiento económico” (Stiglitz, 2003: 8-9). La mirada hacia el Estado, el sector financiero, la competencia, la pobreza y la desigualdad siguió siendo *desde* los mercados (Rodrik, 2006. Ver Cuadro 1).

**Cuadro 1. El Consenso de Washington Original y Aumentado. Versión Rodrik**

El Decálogo del Original Consenso de Washington	El Consenso de Washington Aumentado. La lista original más:
1. Disciplina fiscal	11. Gobernanza corporativa
2. Reorientación del gasto público	12. Anti-corrupción
3. Reforma fiscal	13. Flexibilidad en el mercado laboral
4. Liberalización financiera	14. Acuerdos OMC
5. Tipos de cambios unificados y competitivos	15. Estándares y códigos financieros
6. Liberalización comercial	16. Apertura “prudente” de la cuenta de capital
7. Apertura a la inversión extranjera directa	17. Regímenes de cambio de banda móvil
8. Privatización	18. Bancos centrales independientes/focalizados en inflación
9. Desregulación	19. Redes de seguridad social
10. Derechos de propiedad asegurados	20. Reducción de la pobreza

Fuente: A partir de Rodrik (2006).

La segunda generación de reformas incluyó centralmente las políticas sociales, a diferencia del original Consenso de Washington. En la práctica, se generaron así nuevas propuestas de políticas públicas en salud, educación, seguridad social y para disminuir la pobreza.

Las fronteras entre primera y segunda generación de reformas no son nítidas, ni tampoco existe para ellas una cronología “oficial”. A fin de cuentas lo que las distingue es que la primera acentúa las reformas de los mercados y la segunda las reformas institucionales y sociales necesarias para consolidar el desarrollo de los mercados (Rodrik, 2006). Para las primeras se sistematizó un coherente paquete de políticas (Williamson, 1990), generado a partir de las reformas propugnadas por las instituciones financieras internacionales (Stiglitz, 2003) y de la práctica de los principales países reformadores (Williamson, 1998); para las segundas, no se llegó a una sistematización normativa ni a una identidad reconocida como fue el caso del primer Consenso de Washington, sino que fueron “más complejas, inciertas y difíciles de implementar, e involucraban a una mayor diversidad de actores en el proceso de formación de políticas” (Dayton-Johnson, Londoño y Nieto Parra, 2011: 11).

En cuanto a la periodización, el arranque más generalizado de la primera generación de reformas puede situarse en la crisis de pagos de 1982, aunque Chile, el país pionero, inició transformaciones en esta línea desde la segunda mitad de los años 70. De acuerdo a Lora (2001: 21), el periodo más intenso de reformas estructurales entre los diversos países de la región puede situarse entre 1989 y 1994, y aún no está cerrado: a pesar de las críticas severas a las que ha sido sujeto el primer paquete de reformas, incluso declarado como muerto (Rodrik, 2006), en algunos países como México continúa siendo la matriz central de sus políticas económicas. En cuanto al segundo paquete de reformas, su arranque puede situarse en el contexto de las crisis financieras de la segunda mitad de los años 90, inicialmente con la “crisis del tequila” a fines de 1994. La desprotección de los sectores más vulnerables quedó aun más en evidencia en la concatenación de crisis financieras con impactos sociales severos.

A partir de los años 2000 va surgiendo en América Latina una tercera generación de reformas económicas y sociales, influenciadas por el llamado Consenso de Beijing (Dayton-Johnson, Londoño y Nieto Parra, 2011: 11), o por el “posneoliberalismo” (Sader, 2008). Esta nueva generación emerge en, al menos, una triple matriz que la caracteriza, condiciona y complejiza: la multiplicación de alternativas de políticas sociales de segunda generación, la profundización de los cuestionamientos globales a las políticas económicas impulsadas en el Consenso de Washington y la creciente presencia en el escenario de la representación política de gobiernos de matriz de izquierda.

La *primera matriz* de las nuevas reformas de tercera generación fue el activismo notable en la generación de nuevas acciones en las políticas

sociales en América Latina en los años 90 (Preciado Coronado, 2006). Algunas de ellas estuvieron centradas en enfoques próximos con el mercado y con las reformas de primera generación, como es el caso paradigmático del primer programa de corte nacional de transferencias monetarias condicionadas, Progresas/Oportunidades en México vinculado a la teoría del capital humano, enfoque apoyado por una densa coalición transnacional de políticas públicas (Franzoni Martínez y Voorend, 2011; Valencia, 2012). Sin embargo, tras la etiqueta de transferencias monetarias condicionadas en AL se esconde una diversidad de enfoques y de innovaciones locales-nacionales, no todos ellos vinculados estrechamente a esta teoría del capital humano: después de la experiencia mexicana y brasileña surgieron en la región numerosos programas de transferencias monetarias, algunos con condicionalidad más severa (tipo Progresas), otros con condicionalidad más suave (tipo Bolsa Familia) y unos más como “redes de coordinación programática con condicionalidades” (tipo Chile Solidario) (Cecchini y Martínez, 2011: 180). De esta manera, la segunda y tercera generación de políticas sociales se entrecruzan y suceden.

Pueden destacarse algunos casos nacionales (Argentina, Brasil y Chile) que han impactado en la región y que se han convertido en cierto sentido en paradigmáticos o muestras del cruce de enfoques en las políticas sociales. En la generación de Bolsa Familia se ha insistido en la redistribución (Fiszbein y Schady, 2009: 36), con una tensión entre la inversión en capital humano y la protección de derechos sociales (Soares, 2012), y han influido las posiciones de diversos actores con vinculaciones a la Constitución de 1988, al derecho universal a una renta mínima, a la inclusión y los derechos sociales, y a la generación de un sistema de protección social básica (Valencia, 2012). Otras acciones de política social brasileñas muestran la incorporación de esquemas de ciudadanía en los programas participativos que se extendieron desde Porto Alegre a partir de 1989 hasta otros municipios brasileños y varios países latinoamericanos (Preciado Coronado, 2006) o de derechos sociales como las pensiones no contributivas garantizadas en los programas *Benefício de Prestação Continuada*, iniciado en 1996, y *Previdência Social Rural*, en 1992 que alcanza ya a cerca de 10 millones de derechohabientes y con beneficios notablemente superiores a los de Bolsa Familia (Barrientos, 2011)<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> De acuerdo a Barrientos (2011: 21), en 2010 *Benefício de Prestação Continuada* cubre a 7.8 millones de personas con un presupuesto de 1.4 del PIB; *Benefício de Prestação Continuada* a 3.1 millones con 0.6% del PIB; y *Bolsa Família* a 12.3 millones de hogares con 0.4% del PIB.

En Chile, el Programa Puente generado en 2002 y que después se amplía e incorpora en el Sistema de Protección Social Chile Solidario, en 2004, no es sólo un clásico programa de transferencias monetarias condicionadas sino que es un instrumento para que los ciudadanos pobres se vinculen a la oferta de servicios públicos (Robles, 2011: 21), es “un sistema articulado de beneficios” que incluye transferencias monetarias diversas, apoyo psicosocial a la familia y acceso preferencial a servicios públicos (Raczynski, 2008: 11). En Chile Solidario se expresa la transición de un esquema focalizado convencional hacia un enfoque de derechos sociales (Raczynski, 2008: 8; Robles, 2011), la vinculación entre acciones claramente focalizadas integradas en una política social más inclusiva (Martínez Franzoni y Voorend, 2011).

En Argentina, en el año 2002 irrumpió el Programa de Jefes y Jefas de Hogares Desocupados, en el marco de la grave crisis económica. Las características principales fueron sus rasgos de universalidad y la ampliación al derecho a un ingreso mínimo; además, desde su origen incluyó una fuerte participación de organizaciones sociales y grupos de desempleados. Este Programa inició con una transferencia condicionada<sup>3</sup> equivalente a 75% del salario mínimo y su presupuesto llegó a representar 1% del PIB (Golbert, 2006). Este Programa sería sustituido paulatinamente a partir de 2006 por otro denominado Programa Familia por la Inclusión Social, con objetivos más delimitados, de transferencias monetarias condicionadas. En el año 2009 se comienza a aplicar el programa universal llamado Asignación Universal por Hijo, que otorga a los trabajadores desocupados u ocupados de modo informal, un subsidio monetario por cada hijo menor de 18 años.

A fines de la primera década de los años 2000, surgen nuevas transformaciones, especialmente en el campo de las pensiones, que hablan de una reforma de las reformas de segunda generación: la innovación pensionaria en Chile, en 2008, que genera una Pensión Básica Solidaria para quienes no tienen una pensión contributiva, un Aporte Previsional Solidario para quienes aportaron al sistema contributivo pero tienen beneficios reducidos y un Bono por Hijo equivalente a 18 meses de cotización (calculado como un trabajador que obtiene el salario mínimo) en las cuentas pensionarias de las madres de familia (Arza, 2012).

<sup>3</sup> Debido a las condicionalidades, Lautier (2011) lo caracteriza como un programa con elementos de *workfare*.

En la reforma chilena conviven la anterior reforma de segunda generación y la nueva de carácter universal y de derecho social; en la reforma argentina la ruptura con la anterior reforma de segunda generación fue notable y tajante<sup>4</sup>. En Argentina, desde el año 1993 regían dos sistemas jubilatorios, uno estatal y otro manejado por empresas privadas denominada Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJPs) con aportes individuales de los trabajadores. En el año 2008 se produce nuevamente una profunda reforma y se instala un solo sistema público (el Sistema Integrado Previsional Argentino), con el que el Estado recuperó los fondos previsionales, amplió la cobertura y posibilitó el acceso de los segmentos sociales más desprovistos de recursos (Fidel, Di Tomaso y Farias, 2012).

La *segunda matriz* de las nuevas reformas de tercera generación se gesta con la crisis paradigmática de las políticas económicas (o del Consenso de Washington) en América Latina (Stiglitz, 2003). La actual división de la producción y del consumo a escala mundial denominada globalización se encuentra transitando, especialmente en los países centrales, por una fuerte crisis que pone en cuestión la aplicación de políticas de mercado que, especialmente a partir de las décadas de los ochenta y noventa se diseñaron y estimularon, con fuerte intervención de los organismos multilaterales de crédito. Como expusimos anteriormente, en las últimas décadas, en las dos primeras generaciones de reformas planteadas, la mayoría de los campos del pensamiento social tendieron a relacionarse con conceptos que pueden reconocer en su enunciación una estrecha supremacía de la “lógica económica”.

Muchas de dichas reflexiones están apoyadas en metodologías, esquemas y fórmulas de matriz matemática<sup>5</sup>, desarrolladas desde un enfo-

<sup>4</sup> En otros países también se dan modificaciones en esa década: en el caso de México se generan programas de pensiones no contributivas estatales y uno federal, como la Ley de Pensión Alimentaria del DF (Valencia, Foust y Tetreault, 2012); las primeras como simples programas gubernamentales, la segunda como derecho social. En el caso de Bolivia, se crean una Renta Universal de Vejez con beneficio general no contributivo, una Pensión Solidaria de Vejez con contribuciones individuales y aportes solidarios, y al igual que Chile aportaciones contributivas de 12 meses para las madres de familia (Arza, 2012).

<sup>5</sup> Dice Krugman (2009): “Como lo veo, la profesión económica se extravió porque los economistas, como grupo, confundieron a la belleza, vestida de una matemática impresionante, con la verdad”.

que abstracto, centrado en la presentación de los mecanismos contingentes de causas y efectos que operan en un espacio denominado *mercado*. Esta corriente propone que el funcionamiento de los actores que operan en el mercado alcance su máximo despliegue, para ello hay que obstruir toda intervención extraña y/o externa, tal es el caso del Estado u otro actor colectivo o individual. De tal modo que el pleno desenvolvimiento auto-regulado del mercado garantizaría la total y apropiada utilización de las capacidades humanas y materiales de una sociedad. Se trata de una verdadera utopía del mercado; la crisis era, en este marco ideal, considerada prácticamente imposible (Boyer, 2009).

Desde ese enfoque, la incidencia de las nuevas innovaciones de soporte digital, utilizadas en los medios e instrumentos de procesamiento de los productos, datos, comunicación y el traslado de bienes y personas tiende a disolver las asimetrías locales y regionales. Por ese rumbo el mercado debería adquirir mayor peso y autonomía y, por ende, se irían diluyendo los pliegues, los conflictos, las particularidades de los segmentos sociales propios de toda sociedad y los nexos sociales articulados por las intervenciones de las negociaciones que se enlazan como resultado de las instancias políticas; así, se empujaría a la disminución de la presencia y las funciones del Estado. Sin embargo, en los hechos reales, en las últimas décadas fue emergiendo la primacía del capital financiero con innovaciones que favorecieron la inestabilidad y la transmisión global de las crisis (Boyer, 2009; Bresser-Pereira, 2010). Mientras el anterior esquema neoliberal se tornaba hegemónico en el pensamiento político y académico, era acompañado por un ramillete de medidas que atravesaba el diseño de las políticas nacionales y de los organismos multilaterales de crédito. Esta hegemonía convivía, sin embargo, con una gran inestabilidad y con la repetición de crisis nacionales hasta llegar a la gran crisis global en 2008 (Boyer, 2009; Bresser-Pereira, 2010).

Simultáneamente, a manera de respuesta, ante la constatación de que en las sociedades se registraba la intensificación de las formas más complejas de las desigualdades, se fueron generando orientaciones de pensamiento y acciones gubernamentales de matrices heterodoxas, las que retomaron otras tradiciones alternativas. En ese sentido, se pueden localizar múltiples iniciativas prácticas y/o teóricas. Se trata de acciones heterogéneas, no todas ellas aplicadas en un mismo espacio nacional, pero que buscan una nueva relación entre Estado y mercado. En particular, las transformaciones en los regímenes políticos impactaron a las políticas públicas. Así, la *tercera matriz* de las nuevas reformas de tercera generación se crea a partir no sólo de la práctica generalización de los regímenes

formalmente democráticos sino también del vuelco hacia políticas de generación de producción, empleo y redistribución.

Ahora, el centro de las nuevas políticas (Cuadro 2) está en consolidar la competitividad internacional, pero también en disminuir la concentración del ingreso; las políticas gubernamentales contienen un enfoque marcado por un “pragmatismo económico”, muy diferenciado de la ortodoxia que encontraba su soporte en el funcionamiento desatado de las fuerzas del mercado.

### **Cuadro 2. Nueva generación de reformas heterodoxas en América Latina**

1. Diseño de políticas con mayor grado de autonomía de las instituciones financieras internacionales
2. Reducción de deuda pública y de fuentes de endeudamiento externos. (Superávit en la cuenta corriente del balance de pagos y altas reservas de moneda externa)
3. Iniciativas de cooperación, creación de redes e intercambio de información, investigación y desarrollo de tecnologías en la región
4. Políticas de crecimiento y ampliación del mercado interno
5. Extensión de espacios organizados con parámetros de la economía social
6. Políticas orientadas a la creación de empleo. (Apoyos al crecimiento de las pequeñas y medianas empresas)
7. Incremento de los salarios reales
8. Ampliación de la cobertura en la atención de la salud (enfoque universal) y avances en la aplicación de las tecnologías médicas
9. Políticas de incremento del acceso de la población más pobre a la alimentación, la educación y la vivienda. (Enfoque universal). Y políticas de inclusión de segmentos sociales discriminados
10. Transferencias de ingresos destinadas a los sectores más vulnerables. (Enfoque universal)

Fuente: Elaboración propia a partir de Rofman y Fidel (2012).

Desde las anteriores reflexiones emergen algunos interrogantes, en el marco de la convivencia de las tres generaciones de reformas señaladas: ¿Cuáles son los lazos entre sociedad, pobreza y Estado? ¿Cuál es la situación de la atención a la salud de la población? ¿Cómo se delimitan los cauces y los canales de la intervención pública y privada en la salud? ¿Cuál es la posible evolución de la pobreza y de la atención a la salud de la población? Estas son las interrogantes que cruzan los dos tomos que resultaron del Seminario Internacional “**(Des) Encuentros entre reformas Sociales: salud, pobreza y desigualdad en América Latina**”, realizado entre los días 7 y 10 de junio de 2011 en la Universidad Nacional de Quilmes (UNQ). El mismo fue organizado en forma conjunta por el Grupo de Trabajo de Pobreza y Políticas Sociales del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) y el proyecto de investigación “Producción, calidad de vida y exclusión. Desarrollo local en el partido de Quilmes” de la Universidad Nacional de Quilmes.

### **En este tomo presentamos los siguientes trabajos:**

*Reformas sociales: El papel de los nuevos ministerios sociales en la región*, de Carmen Midaglia, Marcelo Castillo y Guillermo Fuentes. En este artículo los autores analizan los cometidos asignados y la dinámica de funcionamiento de las nuevas Secretarías de Estado especializadas en el tratamiento de clásicas y actuales vulnerabilidades sociales. Se analizan los casos de Argentina, Chile y Uruguay, en la medida que representan países que llevaron a cabo opciones de reforma social pro-mercado de distinta envergadura, y por ende matrices de bienestar emergente que tienden a diferenciarse.

*La reforma de los sistemas de salud en América Latina: los casos de las reformas de tempranas, intermedias y de tercera generación en México y Chile*, de Carlos Barba Solano, quien analiza los diversos tipos de reformas de los sistemas de salud de América Latina y en particular las últimas reformas chilenas y mexicanas, de las cuales surgieron el programa de Acceso Universal con Garantías Explícitas en Chile, y el Seguro Popular en México.

*Servicios de salud, universalismo y desigualdad en Centroamérica: tercetos legados e incipientes transformaciones*, de Juliana Martínez Franzoni. El texto aborda los distintos regímenes de bienestar, tanto estatales como informales, que se han generado en Costa Rica, Panamá, El Salvador, Guatemala, Hon-

duras y Nicaragua; y analiza la densidad que adopta el universalismo básico en el campo de la salud, a través de la arquitectura institucional, la inversión social pública, la cobertura de los servicios públicos (contributivos o no contributivos) y la suficiencia de las prestaciones.

*Posibilidades y restricciones de las políticas públicas: El caso del sistema de salud argentino*, de Laura Golbert. En este artículo se analizan las estrategias gubernamentales a partir de la crisis de 2001. La autora se centra en las nuevas políticas sociales, delimita los alcances y profundidad de los nuevos programas sociales, y puntualiza las principales características de los actores que intervinieron y fueron protagonistas de los mismos.

*Reformas en el sistema de salud mexicano y profundización de su segmentación*, de Enrique Valencia Lomelí. Aquí el autor propone identificar las recientes reformas del sistema de salud mexicano, los principales debates sociales formados en torno a estas y los actores centrales del proceso de profundización de la segmentación-estratificación.

Finalmente, en el artículo *Desigualdad urbana, pobreza y racismo: las recientes tomas de tierra en Argentina*, de Sonia Alvarez Leguizamón, María Angela Aguilar y Mariano D. Perelman, se analiza la evolución del entramado social y cultural, y las tensiones y choques en el conflicto derivado de la “toma” de terrenos en el Parque Indoamericano en diciembre de 2010, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

## BIBLIOGRAFÍA

- Arza, Camila (2012), *Pension Reforms and Gender Equality in Latin America*, Gender and Development Programme Paper N° 15, Ginebra: UNRISD.
- Barrientos, Armando (2011), *Explaining the growth of social assistance in Brazil*, Brooks World Poverty Institute, University of Manchester, mimeo.
- Boyer, Robert (2009), “Feu le régime d’accumulation tiré par la finance : La crise des subprimes en perspective historique”, *Revue de la régulation* [En línea], N°5, Primer Semestre. <http://regulation.revues.org/index7367.html>.
- Bresser-Pereira, Luiz Carlos (2010), “The global financial crisis, neoclassical economics, and the neoliberal years of capitalism”, *Revue de la régulation* [En línea], N°7, Primer semestre 2010, <http://regulation.revues.org/index7729.html>.
- CEPAL (2010), *Panorama Social en América Latina 2010*, Santiago de Chile: CEPAL.

- Danani, Claudia y Beccaria, Alejandra (2011), “La (contra) reforma provisional argentina 2004-2008: aspectos institucionales y político-culturales del proceso de transformación de la protección” en Claudia Danani y Susana Hintze (Coords.), *Protecciones y desprotecciones: la seguridad social en Argentina 1990-2010*, Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento, pp. 33-60.
- Dayton-Johnson, Jeff; Londoño, Juliana y Nieto Parra, Sebastián (2011), *The Process of Reform in Latin America: A Review Essay*, Working Paper 2011-12, Paris: OECD Development Centre.
- Filgueira, Fernando (2005), *Welfare and Democracy in Latin America: The Development, Crises and Aftermath of Universal, Dual and Exclusionary Social States*, Geneva: UNRISD.
- Fiszbein, Ariel y Schady, Nobert (2009), *Conditional Cash Transfers. Reducing Present and Future Poverty*. A World Bank Policy Research Report, Washington: World Bank.
- Franzoni Martínez, Juliana y Voorend, Koen (2011), “Actors and ideas behind CCTs in Chile, Costa Rica and El Salvador” en *Global Social Policy*, Vol. 11, Nos. 2-3.
- Golbert, Laura (2006), *Aprendizajes del Programa de Jefes y Jefas de Argentina*, Ponencia presentada en la Reunión de Expertos “Gestión y financiamiento de las políticas que afectan a las familias”, CEPAL, Santiago de Chile, 16 y 17 de octubre.
- Krugman, Paul (2009), “¿Cómo pudieron equivocarse tanto los economistas?” [How Did Economists Get It So Wrong?], en *New York Time Magazine*, 2 de septiembre. Traducción de Alberto Loza Nehmad.
- Lautier, Bruno (2011), “Políticas de redistribución y de transferencias sociales” en Carlos Quenán y Sébastien Velut, *Los desafíos del desarrollo en América Latina. Dinámicas socioeconómicas y políticas públicas*, París: Institut des Amériques/Agence Française de Développement, pp. 254-292.
- Lora, Eduardo (2001), *Structural Reforms in Latin America: What Has Been Reformed and How to Measure it*, Working Paper 348, Washington: IDB.
- Madrid, Raúl L. (2008), “Ideas, Economic Pressures and Pension Privatization” in *Latin American Politics and Society*, Vol. 47, No. 2, pp. 23-50.
- Mesa Lago, Carmelo (2005), *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*, Santiago de Chile: CEPAL.
- Navia, Patricio y Velasco, Andrés (2002), *The Politics of Second Generation Reforms in Latin America*, Paper presentado en la IIE Conference on Latin America, Montevideo, 16 de octubre de 2001. (Versión revisada 2002).
- Preciado Coronado, Jaime A. (2006), “Programas de combate a la pobreza: la innovación social desde la perspectiva regional en Brasil, Chile, México

- y Perú, 1997-2002” en Gerardo Ordóñez Barba, Rocío Enríquez Rosas, Ignacio Román Morales y Enrique Valencia Lomelí, *Alternancia, políticas sociales y desarrollo regional en México*, Guadalajara: COLEF, ITESO y Universidad de Guadalajara, pp. 85-120.
- Raczynski, Dagmar (2008), *Sistema Chile Solidario y la política de protección social de Chile: Lecciones del Pasado y Agenda para el Futuro*, San Pablo, Brasil/Santiago de Chile: iFHC/CIEPLAN.
- Robles, Claudia (2011), *El sistema de protección social de Chile: Una mirada desde la igualdad*, Documento de proyecto, Santiago de Chile: CEPAL.
- Rodrik, Dani (2006), “Goodbye Washington Consensus, Hello Washington Confusion? A Review of the World Bank’s Economic Growth in the 1990s: Learning from a Decade of Reform” in *Journal of Economic Literature*, Vol. XLIV (December 2006), pp. 973-987.
- Rofman, Alejandro y Fidel, Carlos (2012), “Modelos económicos-sociales en Argentina: la disputa continúa” en José Luis Calva (Coord.), *Estrategias económicas exitosas en Asia y en América Latina*, México: Juan Pablos Editor/Consejo Nacional de Universitarios, pp. 51-66.
- Sader, Emir (2008), *Refundar el Estado. Posneoliberalismo en América Latina*, Buenos Aires: CLACSO.
- Soares, Sergei (2012), *Bolsa Família, its Design, its Impacts and Possibilities for the Future*, Working Paper 89, Brasilia: International Policy Centre for Inclusive Growth, UNDP.
- Stiglitz, Joseph (2003), “El rumbo de las reformas. Hacia una nueva agenda para América Latina” en *Revista de la CEPAL*, No. 80, pp. 7-40.
- Valencia Lomelí, Enrique (2012), *Ideas y actores en el diseño de los programas de transferencias monetarias condicionadas: los casos de Bolsa Familia y Oportunidades*, Ponencia presentada en el XXX Congreso Internacional de LASA, San Francisco, Mayo 23-26.
- Williamson, John (1990), “What Washington Means by Policy Reform” en J. Williamson (Ed.), *Latin American Adjustment: How Much Has Happened?*, Washington: Peterson Institute for International Economics. <http://www.iie.com/publications/papers/paper.cfm?researchid=486>
- Williamson, John (1998), “Revisión del Consenso de Washington” en L. Emmerij y J. Núñez del Arco (Comp.), *El desarrollo económico y social en los umbrales del siglo XXI*, Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, pp. 51-65.
- World Bank (2005), *Economic Growth in the 1990s: Learning from a Decade Reform*, Washington: WB.



**PRIMERA PARTE**  
**REFORMAS SOCIALES**  
**E INSTITUCIONES PÚBLICAS**



## EL PAPEL DE LOS NUEVOS MINISTERIOS SOCIALES EN LA REGIÓN

*Dra. Carmen Midaglia - Lic. Marcelo Castillo -  
Lic. Guillermo Fuentes*

### 1. INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente artículo es analizar los cometidos asignados y la dinámica de funcionamiento de las nuevas Secretarías de Estado especializadas en el tratamiento de clásicas y actuales vulnerabilidades sociales –pobreza, género, infancia, adolescencia, juventud, etnia y raza, entre otras–. Los llamados genéricamente Ministerios de Desarrollo Social se hicieron presente en casi todos los países de América Latina a partir de mediados de la década de los noventa pese a que las situaciones vinculadas a la insuficiencia de ingresos, así como las problemáticas relacionadas a las nuevas demandas, se registraban con fuerza en la región desde inicios de los años ochenta.

No hay lugar a duda de que los fundamentos técnico-políticos en materia social que respaldaban las reformas socioeconómicas instrumentadas ante al agotamiento del modelo proteccionista de desarrollo, relativos al mejoramiento de las insuficientes condiciones de vida de importantes segmentos de población, no lograron verificarse en el proceso que “abrió las puertas” al mercado como asignador privilegiado de un conjunto amplio de bienes sociales (Barba, 2003).

En este escenario la protección vía Estado quedó reservada para los estratos sociales más desfavorecidos, bajo el supuesto de que el crecimiento económico corregiría los “desvíos” de la operativa política en la distribución de bienestar y por ende favorecería a esos sectores sociales. No existían suficientes razones políticas para considerar protecciones sociales de largo plazo, y menos aún, consagrar un marco institucional estable que se encargara de su puesta en práctica y regulación.

Sin embargo, la persistencia y aumento de los niveles de pobreza y desigualdad, así como las recurrentes crisis económicas que azotaron diferencialmente al “mundo globalizado”, pero tuvieron una fuerte repercusión en esta región, obligaron a repensar en el inicio del siglo XXI, las

formas alternativas de combinar los vigentes criterios de desarrollo con cierto grado de responsabilidad estatal en el tratamiento de las distintas formas de vulnerabilidad social.

Los programas sociales ensayados en la mayoría de las naciones latinoamericanas, más allá de su “moderno diseño técnico”, mostraron sus fuertes limitaciones, ya no para superar las situaciones de exclusión social, sino apenas para moderarlas (Midaglia y Castillo, 2009). A este contexto se agrega un ingrediente político nada despreciable, referido a la asunción de una proporción significativa de gobiernos democráticos por fuerzas partidarias de orientación ideológica de izquierda o progresista, que históricamente defendieron una agenda pública que evidenciaba la preocupación por los temas sociales.

En este encuadre regional se inauguran los llamados Ministerios Sociales, como entidades de destacada jerarquía institucional encargadas de atender problemáticas y riesgos sociales complejos, que requieren de abordajes integrales, y además no cuentan con actores colectivos con fuerte capacidad de presión para lograr su satisfacción. La aparición de estas nuevas agencias públicas genera una serie de interrogantes académicas relativas al papel que ellas pueden ejercer, más allá de los cometidos y funciones adjudicadas, en estructuras estatales sectorializadas y con tradición en el manejo de temas sociales (Mann, 1986).

En este artículo se analizarán los casos de Argentina, Chile y Uruguay, en la medida que representan países que llevaron a cabo opciones de reforma social pro-mercado de distinta envergadura, y por ende matrices de bienestar emergente que tienden a diferenciarse. Chile aplicó la versión más liberal de protección social, Argentina se ubicó en lugar intermedio, ya que en algunas arenas de políticas sociales la reformulación del patrón estatista fue profunda mientras que en otras primaron opciones más limitadas, y Uruguay es considerada la nación de mayor moderación en la incorporación de criterios radicales reformistas.

El universo de los países seleccionados posibilita identificar el lugar que ocupan estas nuevas instituciones estatales en regímenes de bienestar y protección que otorgaron lugares claramente distintos al mercado, sociedad civil y Estado en la provisión y gestión de la protección social (Esping Andersen, 1999).

## 2. LAS POLÍTICAS DE COMBATE A LA POBREZA Y LOS MECANISMOS INSTITUCIONALES UTILIZADOS EN AMÉRICA LATINA

Entre los años '80 y '90 América Latina ha sido un ámbito privilegiado en la promoción de programas sociales de combate a la pobreza, que se destacaban por su reformulación continua según los cambios de gobierno. Si bien para su implementación se utilizaron diversos mecanismos institucionales, se ha recurrido con cierta frecuencia a aquellos calificados de excepción o de tipo *by pass*, es decir, espacios que no están diseñados para gestionar políticas públicas y que, en muchos casos, disponen de un marco jurídico-legal que no los obliga a rendir cuentas frente a los organismos de representación política –parlamentos–. Se trata de oficinas instaladas en las esferas presidenciales, que por definición carecen de capacidades organizativas para gestionar bienes sociales, tornándolas instrumentos institucionales que pese a contar con respaldo político y ciertos grados de autoridad proveniente del Ejecutivo, se los califican de precarios para la provisión efectiva y sostenible de protecciones sociales (Midaglia, 1997)<sup>1</sup>.

Este rasgo se encuentra amplificado por la instalación de una pauta de revisión permanente de esas líneas de acción coincidente con la rotación de las Administraciones Políticas, que refuerza la incertidumbre acerca de su futuro inmediato, y además promueve una lógica de funcionamiento de tipo “marchas y contramarchas” que no favorece los aprendizajes institucionales sobre nuevas modalidades públicas de atención a las vulnerabilidades sociales.

La justificación política para la adopción de ese encuadre institucional peculiar de localización de nuevas políticas sociales fue similar tanto para aquellas naciones que contaban con un núcleo considerable de entidades estatales en el campo público social, así como para las que carecían de un abanico mínimo de agencias inscriptas en esas áreas.

Los argumentos más recurrentes referían a:

(i) **la integralidad** necesaria e imprescindible de las novedosas iniciativas sociales, dadas las múltiples necesidades que presentaban los grupos humanos y regiones en los que se concentraba la pobreza y los nuevos riesgos

<sup>1</sup> A modo de ejemplo, vale señalar los casos del Programa de Inversión Social (PRIS) en Uruguay y el Programa Alimentario Nacional (PAN) en Argentina.

sociales (Serrano, C. 2005). Ese enfoque integral resultaba de muy difícil gestión en una esfera estatal organizada de forma sectorial. En algún sentido, estos ámbitos de “excepción” expresaban una lógica de acción que superaba, al menos temporalmente, el funcionamiento tradicional del Estado.

(ii) **la temporalidad de estas propuestas de acción** ya que se suponía que el propio crecimiento económico se “derramaría” entre los estratos vulnerables y corregiría su nivel de desigualdad relativa.

(iii) **la pesada operativa estatal, burocratizada, escasamente flexible y lenta** se tornaba un importante obstáculo para la puesta en práctica de intervenciones rápidas y de coyuntura que aliviarían la situación de vida de esos grupos sociales (Franco, R. 1996). Se hacía visible la desconfianza sobre el funcionamiento de la esfera pública, la que se extendía al manejo político discrecional de la distribución de beneficios. En algún sentido, esos peculiares mecanismos institucionales parecían blindados de los apetitos políticos egoístas en la medida que se buscó “tecnocratizar” o al menos moderar la incorporación de personal sin suficiente calificación en el área social.

Ahora bien, a fines de los años ‘90 estos presupuestos políticos tendieron a debilitarse por fuerza de la evidencia política-institucional y socioeconómica. En primer término, quedó demostrado que las oficinas presidenciales presentaron también serios problemas, como era de esperarse, para la ejecución de las líneas de acción social que albergaron en su órbita, a lo que se agregó, en las ocasiones que lograron instrumentarse, su falta de continuidad pese a que los problemas sociales permanecían sin una clara respuesta pública de mediano plazo.

En segundo lugar, la persistencia de esas complejas situaciones sociales dejó en evidencia, una vez más, como lo muestra la historia del desarrollo económico, que el crecimiento es una condición suficiente pero no necesaria para la superación de riesgos asociadas a la pobreza, en la medida que la distribución de los beneficios, pese a los deseos de los tecnócratas fue y continuará siendo de carácter político y necesita de intervenciones estatales sostenidas. Este requisito se vuelve aún más imprescindible, cuando se reconoce la debilidad de los actores colectivos relacionados con esas situaciones para tramitar sus demandas sociales.

En última instancia, se comenzó a registrar una multiplicación relativamente “descontrolada” de iniciativas focalizadas hacia públicos que presentaban diversos tipos de vulnerabilidades, las que tendieron a ubicarse no sólo en las esferas presidenciales sino también en distintas reparticiones u organi-

zaciones públicas, incrementado de alguna manera la dispersión institucional de la oferta pública orientada a segmentos de población con necesidades socioeconómicas y culturales similares. El peligro potencial de la superposición y aumento de la ineficiencia de la intervención pública se comenzó a visualizar como un problema latente (Molina y Licha 2005). El mismo parecía redimensionarse con la aplicación de criterios de conducción descentralizada de esas nuevas iniciativas públicas, en la medida que se sumaban otros niveles de gobierno y actores sociales locales o regionales.

El tema de coordinación de las políticas públicas en general y de las sociales en particular entró en la agenda política en el fin de siglo pasado y la creación de estos nuevos Ministerios Sociales pareció ser un intento de resolución de estas y otras deficiencias de gestión estatal en materia social, en la medida que se le adjudicaron la atención a los grupos con problemas de inserción social y, a la vez, la coordinación de los programas, planes y servicios dirigidos a su protección.

La relocalización de este tipo de iniciativas, así como Institutos especializados en demandas asociadas a desigualdades de diversa índole – género, étnico-racial, generacional, etc.– no resultaba una fácil tarea de simple reacomodo administrativo, por el contrario suponía redistribuciones de poder, en términos de recursos humanos, presupuestales y de responsabilidad política. Pero esa dificultad no parecía agotarse en el armado inicial de los nuevos Ministerios Sociales, sino que también se hacía extensiva a la instalación de ámbitos de coordinación, que en la mayoría de los casos, por ley o decreto, les correspondía conducir o co-participar en su dirección (Shannon 2002). Este conjunto de aspectos institucionales, se tornaban estratégicos políticamente, ya que de su combinatoria y robustez pasaría a depender la autoridad efectiva que adquirirían esas entidades estatales entre el universo de pares –otros Ministerios– con los que estaba obligado a interactuar para ejercer una parte de sus funciones.

Este fenómeno pone nuevamente en evidencia la conflictividad político-institucional que produce el rearmado del área social del Estado, aunque ella apenas suponga a ciertas reubicaciones de servicios de similar naturaleza al interior de la propia órbita pública. Una vez más quedan de manifiesto dos consideraciones políticas que merecen destacarse, a saber: la primera refiere a la inexistencia de “arreglos” o ingenierías institucionales ideales para el desempeño de las funciones públicas en general y menos aún para las renovadas. Las redefiniciones de las organizaciones públicas son producto de una negociación política por cuotas de poder, que se componen de diversos ingredientes y entre ellos figuran las nuevas prestaciones sociales. Por esta razón, la aparición de los Minis-

terios de Desarrollo Social, no se traduce en garantía suficiente que evite recurrir a los precarios mecanismos de excepción para llevar a la práctica iniciativas públicas novedosas.

El segundo aspecto que merece atención especial es el relativo a las oportunidades prácticas que tendrán estas nuevas Secretarías de constituirse en un referente institucional de peso relativo o de cierto reconocimiento en el ámbito estatal, cuando le corresponde de forma permanente, de acuerdo a los programas que conduce y las tareas de coordinación adjudicadas, interactuar y resolver problemas de “acción colectiva” en un universo de Ministerios de mayor envergadura y capacidad de veto –Trabajo, Salud, Educación, entre otros–. Uno de los temas específicos que emergen con fuerza es la manera en que se tramitarán de ahora en adelante, con la presencia de estas nuevas agencias y la desigualdad de poder al interior del universo ministerial, las intervenciones de corte intersectorial que supongan la gestión transversal de políticas públicas.

Hasta el momento para resolver los temas de articulación de intervenciones sociales y de cooperación de esfuerzos, tiempo y recursos entre los organismos públicos, en la región se ha recurrido, con cierta frecuencia, a los Gabinetes Sociales en los que participan importantes representantes de los ministerios del área social, a los que se suman integrantes del área económica. Simultáneamente, han operado recientemente, instancias intermedias de coordinación, en algún sentido subordinadas o con escasas posibilidades de modificar sustantivamente las decisiones tomadas en las anteriores, como Consejos o Comités temáticos, etc. Importa señalar que la subordinación mencionada refiere a los importantes temas de agenda política pero generalmente no involucran propuestas concretas de provisión social. Esos ámbitos se caracterizan por contar con la presencia de personal político y/o funcional de rango intermedio de las instituciones estatales convocadas. También se identifican otras esferas de similar naturaleza ubicadas en distintas regiones o localidades, con la finalidad de ensamblar acciones de micro nivel (Molina y Licha, 2005).

En los espacios de rango medio o de operativa micro los integrantes tienden a rotar en una proporción significativa, en un mismo periodo de gobierno, confirmando a través de esta dinámica de acción cierto grado de inestabilidad de esas esferas, que se explica, entre diversos factores, por las apuestas de los representantes políticos e institucionales, sus expectativas e ideologías. A ello se agrega la necesidad de inyectarle recursos de distinta índole a esos espacios que promuevan la permanencia y el interés por cooperar con los otros (Repetto y Moro, 2005). De esta forma, el cúmulo de condicionantes que intervienen en las posibilidades efectivas de coordinar las intervenciones esta-

tales, evidencia la complejidad de los esfuerzos cooperativos, ya que los réditos políticos de ese formato de acción tienden a diluirse, o en caso contrario, a concentrarse en las autoridades que dirigen esos ámbitos que, en muchos casos, son los nuevos Ministerios Sociales.

Esta situación representa un nuevo desafío para estas nuevas instituciones públicas en la medida que la coordinación a la vez que les asegura su lugar específico en el mundo ministerial y por ende le imprime legitimidad a su existencia, también puede restarle apoyos o promover conductas reticentes, ya que el éxito de las intervenciones conjuntas tienden a beneficiar a esas entidades. De los planteos realizados se advierte que los recientemente creados Ministerios Sociales y las instancias de coordinación que generalmente tienden a conducir, pueden asumir un perfil claramente diferenciado entre los países analizados, según las funciones, programas y recursos de poder que se le adjudicaron a dichas organizaciones.

### 3. LOS MINISTERIOS SOCIALES

La instalación de estas nuevas Secretarías de Estado se expandió rápidamente en la región, cubriendo a la totalidad de países del Cono Sur—Argentina, Brasil, Chile<sup>2</sup>, Paraguay y Uruguay—, a los que se suman Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela, Guatemala, Panamá y México<sup>3</sup>.

De acuerdo a lo que se señaló en el ítem anterior, estas entidades estatales tienen a su cargo la ejecución o co-ejecución de modernas y estables iniciativas de combate a la pobreza, los denominados Programas de Transferencia Condicionada de Renta, que en la mayoría de los casos, se las incorpora, otras prestaciones asociadas a la transferencia monetaria con el fin de reforzar su impacto en el mejoramiento de la pobreza. (Mিদaglia y Castillo, 2011).

<sup>2</sup> Tal como se explicita en la sección del Ministerio Chileno, el organismo que cumplió el rol de Desarrollo Social desde la reapertura democrática fue el de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN). Vale la pena mencionar que en el año 2011 esta entidad cambia su denominación pasando a llamarse de Desarrollo Social aunque aún no se cuenta con información suficiente acerca de su desempeño, por ello el MIDEPLAN es la unidad de análisis de este artículo.

<sup>3</sup> Esta información se extrajo del documento elaborado en junio de 2006 por Miguel Székely para el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

**Cuadro 1. Programas de TCR en América del Sur por  
Institución Pública encargada y participante**

País	Nombre/Sigla	Año de Inicio	Organismo Responsable	Otros Organismos
Argentina	Plan Familias por la Inclusión Social (PF)	2005	Ministerio de Desarrollo Social	
	Seguro de Capacitación y Empleo	2005	Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social	
	Asignación Universal por Hijo	2009	ANSES	
Bolivia	Bono Juancito Pinto (Educación)	2006	Ministerio de Educación	Ministerio de Defensa (para el pago)
	Bono Juana Azurduy (Salud)	2009	Ministerio de Salud	Ministerio de Defensa (para el pago)
	Renta Dignidad (Tercera edad)	2008	Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros	Ministerio de Defensa (para el pago)
Brasil	Bolsa Familia	2003	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome	Secretaría Nacional de Renda de Cidadania (SENARC) y Conselho Gestor do Programa Bolsa Família - CGPBF (EJECUTORES); Educación, Turismo, Trabajo, etc.
Chile	Chile Solidario (CHS)	2002	MIDEPLAN - FOSIS	Educación, Salud, Interior
Colombia	Familias en Acción	1999 (2006 relanzado)	Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional (Acción Social)	Banco Mundial (BM); Banco Interamericano de Desarrollo (BID)
	Red Juntos (Red para la superación de la pobreza extrema)	2007	Departamento Nacional de Planeación, Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional y Ministerio de Protección Social	Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional (Acción Social)

Ecuador	Bono de Desarrollo Humano (BDH), antes Bono Solidario (1998)	2004 (act. vigente)	Ministerio de Inclusión Económica y Social	No
	Tarjeta MIES Bono Rápido	2008	Ministerio de Inclusión Económica y Social	No
Paraguay	Tekoporã	2005	Secretaría de Acción Social de la Presidencia de la República	No
Perú	Juntos (PJ)	2005	Presidencia del Consejo de Ministros	Consejo Directivo integrado por representantes de: Educación; Salud, Mujer y Desarrollo Social; Economía y Finanzas; Instituciones Empresariales Privadas – CONFIEP; Trabajadores – CGTP-; Centros de Investigación, Promoción Social y Desarrollo – ANC y de la Conferencia Nacional sobre Desarrollo Social – CONADES.
Uruguay	Plan de Equidad/Asignaciones Familiares (AFAM - PE)	2008	Ministerio de Desarrollo Social	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (Banco de Previsión Social)
Venezuela	No	—	—	—

Fuente: Elaboración propia con base en información de los sitios electrónicos de los países transcritos.

Del cuadro anterior se desprende que la transversalidad de la gestión y la articulación con otras organizaciones públicas para la provisión de protecciones sociales de corte integral, se convierte en un aspecto que los distingue de los otros Ministerios inscriptos en el campo público social. Además de esta acción mancomunada con otras agencias públicas para ejecutar programas sociales, se tiende a constituir en su órbita o conducir por estos nuevos Ministerios espacios específicos de coordinación, asociados a te-

máticas concretas, tales como: infancia, género, pobreza, discapacidad, etc., como se expondrá más adelante.

Resulta adecuado considerar que estos flamantes Ministerios Sociales se instalaron, en parte, para suplantar a los mecanismos institucionales de excepción bajo un cambio moderado de orientación política, tendiente a reconocer que la complejidad de los actuales problemas sociales no se resuelve con medidas de acción temporal. En esta operativa el Estado está llamado a desempeñar un papel esencial, ya que el mercado tiende a no encargarse de los que carecen de recursos propios para comprar su bienestar y/o superar las limitaciones que producen diversas fuentes de desigualdad.

Algunos analistas entienden que la generación de este tipo de agencias públicas con funciones sociales claramente diferentes a las sectoriales clásicas es indicativa de un proceso, aunque reciente, de institucionalización de nuevas políticas sociales, en la medida que se consagra una entidad con relevante estatus institucional y a la vez cuenta con propuestas de intervención, presupuesto, cuadros funcionales propios para cumplir con sus cometidos adjudicados. En palabras de Székely, (...) *La creación de una instancia del más alto rango que vele por el cumplimiento del mandato de combatir la pobreza, es quizá la manifestación más clara de compromiso dada la estructura política de los países de América Latina*" (Székely, 2006: 7).

Independientemente del compromiso político de iniciar una primera fase de institucionalización de la asistencia y promoción hacia los grupos vulnerables, aún es prematuro arribar a conclusiones sobre la fortaleza de ese proceso y menos aún en relación a la autoridad efectiva que conseguirán obtener los Ministerios Sociales. Cabe señalar, que pese a la entrada en escena de estas agencias sociales especializadas, no todos los servicios vinculados a las mencionadas problemáticas se reubicaron en su seno, según el país de referencia.

### **3.1. El Ministerio de Desarrollo Social argentino**

#### ***a.- Creación, fundamentación y funciones adjudicadas***

La creación del Ministerio de Desarrollo Social argentino vino a completar de alguna manera un proceso de institucionalización en materia de asistencia social que se había iniciado, si bien con principios y orientaciones un tanto distintas, con la creación en el año 1994 de la Secretaría de Desarrollo Social, bajo la órbita de la Presidencia de la Nación. Esta nueva cartera fue creada por la Ley 25.233 en el año 1999, durante

el gobierno de la Alianza<sup>4</sup>. Desde tiendas del nuevo gobierno la justificación de realizar un cambio cualitativo en la institucionalidad en materia social, consistió en establecer la necesidad de dotar de mayor coherencia a la gran y dispersa oferta de programas de atención<sup>5</sup>.

Respecto a las principales funciones del Ministerio se pueden destacar la planificación, ejecución y seguimiento de las iniciativas en materia de asistencia social, así como también la coordinación de las prestaciones sociales de los gobiernos de los niveles nacional, regional y/o local. Las funciones asignadas siguen la lógica de los intentos institucionales de la segunda generación de reformas estructurales en América Latina que tuvieron entre otros objetivos el refortalecimiento de las organizaciones estatales orientadas no sólo a la provisión directa de servicios, sino también (y de forma acentuada en el área social) a fortalecer y construir capacidades institucionales orientadas a la regulación y rectoría de programas sociales implementados por un nuevo actor que se fue consolidando en los años anteriores: las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC).

El principal desafío para este ministerio era, y continúa siéndolo, lograr una inserción en un entramado institucional del área social altamente fragmentado y descentralizado territorialmente. En ese sentido, *“(...) en programas asistenciales, la combinación entre control central y ejecución descentralizada ha generado un escenario en el cual el Estado nacional funciona como un singular supermercado mayorista de productos nacionales e importados, en el cual provincias y municipios “eligen” programas para “bajar”, de acuerdo a las características de su focalización, el costo de contrapartida o la velocidad estimativa de sus resultados concretos”* (Repetto y Andrenacci, 2006:22).

En cuanto a las funciones que le otorga la ley de creación, el artículo 23 bis del Decreto 438.92 (Ley de Ministerios) establece como principales tareas:

- Llevar adelante la ejecución de una serie de acciones que tengan como objetivo la atención a diferentes colectivos necesitados desde una perspectiva social (Artículo 3), es decir, velar por el cuidado de los sectores más desfavorecidos en el desarrollo de las políticas sectoriales clásicas desarrolladas en el ámbito nacional.

<sup>4</sup> Coalición de centro izquierda, en teoría, liderada por Fernando De la Rúa e integrada por el Frente por un País Solidario – FREPASO – y la Unión Cívica Radical.

<sup>5</sup> Aunque como contrapartida, algunos integrantes del proceso político del momento identificaron como la razón principal la necesidad de tener un cargo de ministro adicional para facilitar la negociación entre las dos partes de la nueva coalición de gobierno.

- En el artículo 7 se consagra la ya mencionada tarea de coordinar “...*toda la política social del Estado Nacional y sus respectivos planes de desarrollo en los ámbitos nacional, provincial y municipal, diseñando, promoviendo y apoyando las actividades tendientes a mejorar la estructura institucional de las políticas y programas sociales públicos*” (Ibíd.).
- También se reafirma cierta intención en que el ministerio tenga el rango de Autoridad Social en el sentido de que se le pide reglamentar, controlar e incluso auditar el conjunto de programas descentralizados territorialmente en los diferentes niveles, y operativamente a instituciones externas al Estado como las OSC (Artículo 9).
- No menos importante resulta el mandato de conformarse en el líder de un proceso de montaje y desarrollo de un sistema de información social orientado fundamentalmente al aporte de los datos necesarios para una adecuada focalización de las iniciativas públicas en materia de atención a los grupos sociales de mayor vulnerabilidad (Artículo 11). Por otra parte pero en estrecho vínculo con lo anterior, dicho artículo hace referencia a la necesidad de avanzar en la construcción de un sistema único de beneficiarios, así como también el desarrollo de un monitoreo sistemático de las políticas implementadas.
- En relación a las poblaciones a las que específicamente debería atender un ministerio de estas características sobresalen, al igual que en el resto de la región, el énfasis en los problemas asociados a la infancia y adolescencia, jóvenes, ancianos, mujeres, discapacitados y otros sectores de la sociedad que se puedan encontrar en situaciones de vulnerabilidad como los indígenas por ejemplo (Artículos 15 y 17).

Como se puede advertir, el conjunto de artículos presentados muestra un abanico de acciones que se le encargan al nuevo ministerio, que están en mayor o menor medida asociadas a poner orden y racionalizar los esfuerzos existentes tanto económicos como territoriales. Parece pertinente dejar planteada la duda acerca de en qué medida una nueva estructura organizativa como el Ministerio de Desarrollo Social puede efectivamente implementar y llevar adelante sus cometidos en un contexto “hostil” en el sentido de una fuerte sectorialización previa de la política social, así como también un proceso consolidado de descentralización de competencias en materia social hacia los gobiernos federales y locales.

### ***b. Institutos asociados y/o en su órbita***

Dentro de este proceso de reorganización institucional que supuso la creación del Ministerio de Desarrollo Social, también se produjeron ciertos movimientos de diferentes organismos que teóricamente apuntaron a efectivizar la racionalización fijada como objetivo de la nueva cartera. En este sentido el Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social (INAES), que tiene funciones de promoción, desarrollo y control de la acción cooperativa y mutual, fue creado en el año 1996 con el nombre de Instituto Nacional de Acción Cooperativa y Mutual (INACyM) en la órbita de la entonces Secretaría de Desarrollo Social. Actualmente, el INAES es un organismo descentralizado<sup>6</sup> del MIDES.

Por otra parte, el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) tiene como principal objetivo asegurar el ejercicio de la ciudadanía de los integrantes de pueblos indígenas. El INAI tiene encomendada la tarea de coordinar con el Ministerio de Educación de la Nación la implementación de enseñanza bilingüe. El Instituto fue creado en el año 1985, y se ubicó originalmente como organismo descentralizado en la órbita del entonces Ministerio de Salud y Acción Social. Con la creación del MIDES, se lo ubicó bajo su dependencia institucional aunque mantuvo su carácter descentralizado.

Otra entidad que también se ubicó en la órbita del MIDES fue la Lotería Nacional que fue convertida en Sociedad del Estado en el año 1990, y a partir de ese momento pasó a recibir los traspasos presupuestales correspondientes a través del Ministerio de Salud y Acción Social. Gran parte de la recaudación de este organismo descentralizado se destina a financiar actividades del MIDES y a otros organismos públicos que poseen fines sociales.

A nivel de organismos desconcentrados interesa resaltar a dos: la Comisión Nacional de Microcrédito (CONAMI) y la Comisión Nacional de Pensiones. La CONAMI fue creada con el cometido de administrar el “Programa de promoción del microcrédito para el desarrollo de la economía social” y en cuyo directorio (asistente del Coordinador General) participan representantes de los siguientes organismos: Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Ministerio de Economía y Producción, Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social, Consejo Nacional de la Mujer, Instituto Nacional de Asuntos Indígenas y la Comisión Nacional Aseso-

<sup>6</sup> El Organigrama funcional del Ministerio de Desarrollo Social puede consultarse en la página electrónica del Ministerio: [www.desarrollosocial.gov.ar](http://www.desarrollosocial.gov.ar).

ra para la Integración de Personas Discapacitadas. Por otro lado, la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales se encontraba bajo la órbita de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), pero fue traspasada en el año 1995 a la Secretaría de Desarrollo Social y con la creación del MIDES pasó a su órbita en calidad de organismo desconcentrado.

### *c.- Ámbitos de coordinación en su órbita ministerial*

Si bien el Ministerio de Desarrollo Social puede realizar efectivamente algunas funciones de coordinación con los gobiernos provinciales en lo relativo al seguimiento y evaluación de los principales programas sociales, en la mayoría de los casos este rol es llevado adelante por el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (CNCPS). Este Consejo fue creado en el año 2002, durante el gobierno de Duhalde<sup>7</sup>, como organismo dependiente jerárquicamente de la Presidencia de la República y es presidido por el MIDES<sup>8</sup>.

Las autoridades de dicho Consejo tienen la potestad de convocar a los distintos gobiernos provinciales para que envíen a sus representantes. Sus objetivos estratégicos específicos son variados, pero esencialmente políticos, y van desde cuestiones más generales como la planificación estratégica de políticas y programas sociales del Gobierno Nacional, o la consolidación de las propuestas de presupuesto anuales de finalidad social a modo de compatibilizar prioridades; hasta la realización de actividades más concretas como la definición de grupos poblacionales y programas prioritarios para la atención o la administración de los sistemas de información referidos a las poblaciones atendidas por los distintos programas.

Para la realización de estas actividades, además de una Secretaría Ejecutiva, el CNCPS cuenta bajo su órbita con una serie de programas y consejos para la ejecución de políticas. Dentro de este espectro que será presentado a continuación, se pueden encontrar organismos de creación reciente como el Consejo Consultivo Nacional de Políticas Sociales y también Consejos que fueron traspasados desde otras esferas del Estado como el Consejo Nacional de la Mujer (CNM), que se encontraba en la órbita directa de la Presidencia o el **Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación (SIEMPRO)** que deja de estar en la órbita del MIDES.

<sup>7</sup> Mediante el Decreto 357/02.

<sup>8</sup> Además está integrado por los ministerios de Salud; Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Educación y Ciencia; Economía; Planificación Federal; Justicia y la Secretaría de la Niñez (perteneciente al MIDES).

A continuación se presentan esquemáticamente algunos de los principales ámbitos de intercambio interinstitucional con algunas de sus características fundamentales:

- **Consejo Consultivo Nacional de Políticas Sociales (CC-NPS):** este organismo, creado en el año 2005, tiene un carácter asesor y evaluador de las políticas sociales llevadas adelante en el ámbito provincial y municipal, y está constituido por actores políticos y de la sociedad civil.
- **Centro Nacional de Organizaciones de la Comunidad (CENOC):** Está orientado a la promoción y el desarrollo de las organizaciones de la sociedad civil y a fortalecer los espacios institucionales de articulación entre éstas y el Estado en lo referido a la gestión de las políticas sociales.
- **Consejo Nacional de la Mujer (CNM):** Responsable a nivel nacional de las políticas de igualdad de trato, fue creado en 1992. En el marco de este organismo se ejecutan dos programas con financiamiento internacional en la materia.
- **Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación (SIEM-PRO):** Programa dedicado a diseñar e implementar sistemas de información que permitan diagnosticar la realidad socioeconómica de la población para la formulación de políticas, así como también realizar el seguimiento y evaluación de los distintos programas y su impacto real.
- **Sistema de Identificación Nacional Tributario y Social (SINTyS):** Su objetivo es coordinar el intercambio de información identificadora de personas físicas y jurídicas de carácter social y tributario entre las jurisdicciones de la AP.

Además de estos espacios existen otros en los que también participa y/o dirige el MIDES tales como la Comisión Nacional Asesora para Integración de las Personas Discapacitadas (CONADIS) creada en el año 1987.

#### *d.- Prestaciones que lleva adelante y población atendida*

En materia de implementación directa de políticas, la oferta del MIDES argentino se podría englobar fundamentalmente y de forma muy resumida, en dos grandes conjuntos de programas: el Argentina TRABAJO y el FAMILIA Argentina.

El primero de estos bloques parte del supuesto de que el trabajo es el principal mecanismo de integración social y de combate a la pobreza, y es en este sentido que sus diferentes programas tienen la intención de fortalecer a diferentes tipos de empresas (mutuales, cooperativas, sociales) en el marco de una concepción de economía social<sup>9</sup>. Prácticamente la totalidad de programas presentan como población objetivo a las personas que viven en los barrios más vulnerables, que no reciben ningún tipo de ayuda de otros planes sociales (con excepción del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria) y que en líneas generales tienen la ejecución directa delegada a otros organismos públicos (municipios, provincias) o no estatales (sociedades mutuales).

Las intervenciones pueden consistir, o bien en ayudas para compra de maquinaria y otro tipo de equipamiento, o bien la realización de instancias de capacitación y asistencia técnica. Por el lado del Monotributo en cambio, la intención es incorporar de alguna manera a la economía formal a aquellos que por su situación de vulnerabilidad no pueden acceder a ciertos bienes y servicios públicos como por ejemplo la salud o la seguridad social. En materia de políticas destinadas a la familia, las principales líneas de acción buscan atender a personas de categorías etarias específicas, es decir: Niñez (las acciones principales tienen por objetivo considerar a los niños y adolescentes como sujetos de derecho), Juventud (orientadas a la movilización y participación social y espacios de formación política) y Adulto Mayor (cuidados domiciliarios, capacitación, etc.). Por otra parte, existen tres ejes más de intervención: las pensiones no contributivas<sup>10</sup>; la seguridad alimentaria, apoyada fundamentalmente en una tarjeta magnética en la que el ministerio transfiere dinero para la compra de alimentos; y el deporte y la recreación.

Finalmente, parece pertinente mencionar algunas líneas de acción que tienen como prioridad cuestiones asociadas a la territorialidad de las políticas. Este es el caso de los Centros Integradores Comunitarios (CIC) que son espacios públicos comunitarios, ubicados en las zonas más vulnerables del país, que ofician ámbitos de articulación entre las dependencias de nivel nacional, provincial, municipal y organizaciones de la sociedad civil. En la misma línea de trabajo también se ejecuta el “Plan AHÍ” que pretende

<sup>9</sup> Dentro de estos programas pueden destacarse: Ingreso Social con Trabajo; Proyectos Socioproductivos “Manos a la Obra”; “Marca Colectiva”; Monotributo Social; Microcréditos. Fuente: [www.desarrollosocial.gob.ar](http://www.desarrollosocial.gob.ar)

<sup>10</sup> Pueden ser de tres tipos: Pensiones a la vejez, invalidez y a madres de 7 o más hijos; Pensiones graciables o Pensiones por Leyes especiales.

fortalecer la presencia del Estado en las localidades y pueblos más alejados. Para ambos espacios, los diferentes ministerios involucrados en el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales apoyan la conformación y funcionamiento de las Mesas de Gestión Local que son las que ofician de núcleo de encuentro de los diferentes actores del territorio.

Como apunte final, a todo este esfuerzo institucional debe oponerse la creación, durante la primera presidencia de Cristina Fernández, de una macro política como fue la Asignación Universal por Hijo, que tenía todas las condiciones para implementarse bajo la órbita del MIDES pero que debido entre otras cosas a la escasa capacidad institucional del ministerio para hacer frente a las necesidades de la nueva política en materia de recursos humanos y desarrollo de sistemas de información, finalmente depende institucionalmente de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES).

### 3.2. EL MIDEPLAN (MIDES) de Chile

#### *a.- Creación, fundamentación y funciones adjudicadas*

El Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN) se creó en 1990<sup>11</sup> en el período de la apertura democrática y bajo el gobierno de la Concertación a cargo del presidente Patricio Aylwin. Los antecedentes institucionales se remontan a fines de la década del sesenta (1967) cuando se creó la Oficina de Planificación Nacional (ODEPLAN). Con MIDEPLAN se retoman funciones y funcionarios de esa Oficina, asunto que fue clave para lograr el apoyo de los partidos de la oposición a la creación de la nueva cartera, porque no implicaba un crecimiento de la burocracia estatal.

Las funciones adjudicadas en la ley de creación fueron las de colaborar “(...) en el diseño y aplicación de políticas, planes y programas del desarrollo nacional, de colaborar con los Intendentes Regionales en el diseño de políticas, planes y programas de desarrollo regional, de proponer las metas de inversión pública y evaluar los proyectos de inversión financiados por el Estado y de armonizar y coordinar las diferentes iniciativas del sector público encaminados a erradicar la pobreza” (Ley 18.989, art. 1º). Es decir, que además de mantener las funciones de la ODEPLAN, el principal cambio funcional es que MIDEPLAN tendría que articular las diferentes iniciativas públicas destinadas a erradicar la pobreza.

<sup>11</sup> A través de la Ley 18.989 que originalmente lo denominaba con el nombre de Ministerio de Planificación y Cooperación.

Además, se establecieron disposiciones que otorgaron a MIDEPLAN atribuciones específicas relacionadas a la coordinación de políticas nacionales y regionales, fundamentalmente de las destinadas a enfrentar los problemas de pobreza y desempleo. Sin embargo, importa añadir que también se le confería un carácter planificador que trascendía las de atención de las situaciones de vulnerabilidad social. En ese sentido, en el artículo 2º se indica que corresponderá especialmente al Ministerio “*efectuar los estudios, análisis y proposiciones relativos al desarrollo nacional, en sus aspectos global, sectorial y regional, oyendo las propuestas de los diferentes sectores involucrados; proponer anualmente al Presidente de la República las metas de inversión pública sectorial y regional necesarias para la preparación del proyecto de ley de presupuesto de entradas y gastos de la Nación*” (Ley 18.989, art. 2º). En la misma línea, también ese artículo manifestaba que el organismo podía evaluar los proyectos de inversión financiados, directa o indirectamente por el Estado y, conjuntamente con el Ministerio de Hacienda, definir financiamiento para planes y proyectos de desarrollo (Ibíd.).

Los principales aspectos que están detrás de la creación del MIDEPLAN tienen que ver con la introducción de la eficiencia y coordinación en la gestión del gasto público destinado a la superación de la pobreza. Fundamentalmente se pretendió canalizar a través de la coordinación de las prestaciones sociales para identificar debilidades en la asignación eficiente de los recursos, y también se resaltó la importancia de la planificación de las políticas para su implementación en el territorio. (Informe de Comisión de Diputados sobre Ley 18.989 de 1990 – Boletín N° 014-06)<sup>12</sup>.

Además, el desarrollo de acciones en el nivel local también fue un elemento central de la dinámica institucional atendiendo al artículo 3 de la Constitución que establece que la administración del Estado es funcional y territorialmente descentralizada. Ello tiene como consecuencia que la organización de la ejecución de las diferentes prestaciones sociales, atiende a la asignación de recursos para las regiones y, a la vez, que los proyectos de inversión social desarrollen instancias de participación en los niveles locales y comunales. (Informe de Comisión de Diputados sobre Ley 18.989 de 1990 – Boletín N° 014-06).

Posteriormente, a raíz del escaso impacto en la reducción de la pobreza, durante el gobierno de Eduardo Frei (1994-2000) se efectúa un cambio conceptual y comienzan a realizarse experiencias a través de programas como Chile Barrio y Programa Puente. Sobre la base de la expe-

<sup>12</sup> La versión digital se encuentra disponible en la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: [www.bcn.cl](http://www.bcn.cl).

riencia de estos planes se constituirá, en el año 2002 (aunque reglamentado por la Ley 19.949 en el año 2004), el Programa de Protección Social “Chile Solidario” durante la presidencia de Ricardo Lagos (2000-2005). En el año 2003 se crea el Fondo Mixto de Apoyo Social, que tiene como funciones direccionar las donaciones de agentes privados hacia los programas o las corporaciones de atención a personas en situación de vulnerabilidad. Por último, a partir de 2005, se desarrolla el sistema de protección Chile Crece Contigo, enfocado hacia el desarrollo infantil, desde la gestación hasta que ingresan al sistema educativo.

En el año 2008 se fortalece la función de coordinación de MIDEPLAN<sup>13</sup> ya que pasa a encargarse del Sistema de Protección Social, con el Plan “Chile Solidario” como componente fundamental. Actualmente está en trámite un proyecto de ley que institucionaliza el Sistema Intersectorial de Protección Social, e importa añadir que en octubre de 2011 el MIDEPLAN pasó a denominarse Ministerio de Desarrollo Social.

### ***b. Institutos asociados y/o en su órbita***

Junto a la ley fundacional de MIDEPLAN también se crearon el Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS) y la Agencia de Cooperación Internacional (AGCI) como servicios constitutivos de ese Ministerio. El primero es un servicio público descentralizado para “*financiar en todo o en parte planes, programas, proyectos y actividades especiales de desarrollo social, (...) sometido a la supervigilancia del Presidente de la República*” (Título II, Artículo 7º de la Ley N° 18.989). Por su parte, la agencia fue, al igual que el FOSIS, un servicio descentralizado que tenía por finalidad en la ley de creación apoyar los planes, programas, proyectos y actividades de desarrollo que impulsara el Gobierno, direccionando la cooperación internacional hacia las diferentes necesidades que generara la ejecución de los programas de desarrollo realizados desde el MIDEPLAN. Posteriormente, en el año 2005, la AGCI fue traspasada al Ministerio de Relaciones Exteriores<sup>14</sup>.

Otros de los servicios asociados que se incorporaron al MIDEPLAN desde su inicio fueron el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) y el Instituto de la Juventud (INJUVE). El SERNAM fue creado en 1990<sup>15</sup> y

<sup>13</sup> A través del Decreto 95 de ese año.

<sup>14</sup> Según Ley N° 19.999 del 10 de febrero de ese año.

<sup>15</sup> Por la Ley N° 19.023 de ese año.

desempeña un rol de colaboración con el Ejecutivo en el estudio y proposición de planes generales y medidas conducentes a la igualdad de derechos y oportunidades entre mujeres y hombres. En la creación de este organismo se previó que cuente, en su estructura, con un Consejo asesor de diez personas designadas por el Presidente de la República, que será consultado sobre los temas referidos del servicio. La creación del SERNAM supuso que en cada una de las Regiones de Chile exista una Dirección Regional para colaborar con los Intendentes en las prestaciones y tareas propias del Servicio. Por su parte, el Instituto Nacional de la Juventud fue creado en el 1991<sup>16</sup> como un servicio público de carácter técnico en las materias referentes al diseño, planificación y coordinación de las políticas relativas a los temas de juventud. La Dirección Nacional del Instituto también cuenta con la asesoría de un Consejo, formado por 10 personas designadas por el Presidente de la República, que analiza las acciones, planes y programas propuestos. También cuenta con una Dirección en cada una de las Regiones del país.

En el año 1993 se crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI)<sup>17</sup>, entidad descentralizada que tiene como principales funciones la promoción, coordinación y ejecución de acciones en favor del desarrollo integral de los pueblos originarios chilenos. Según la norma, la dirección de la Corporación está a cargo de un Consejo Nacional, integrado por el Director Nacional de la Corporación que es nombrado por el Presidente de la República y por ocho indígenas, que representan a cada uno de los pueblos originarios de Chile: cuatro Mapuches, un Aymara, un Atacameño, un Rapa Nui y uno con domicilio en el área urbana del territorio nacional.

Por otra parte, en el marco de la aprobación de la Ley N° 19.284 que buscó la incorporación social plena de las personas con discapacidad, se añade, como servicio autónomo del MIDEPLAN, el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS). La Dirección del FONADIS le correspondía a un Consejo integrado por el Ministro de Planificación y Cooperación, los Ministros de Educación, de Salud, del Trabajo y Previsión Social, de Vivienda y Urbanismo, y de Transportes y Telecomunicaciones, o sus representantes, de cuatro representantes de organizaciones de personas con discapacidad, un representante del sector empresarial y uno de los trabajadores, y dos representantes de instituciones privadas de beneficen-

<sup>16</sup> Por la ley N° 19.042 de ese año.

<sup>17</sup> Mediante la Ley N° 19.253.

cia constituidas para atender a personas con discapacidad. Serán designados por el Presidente de la República, a proposición de las entidades respectivas. Posteriormente, el FONADIS se reformuló y creó el Servicio Nacional de la Discapacidad en la misma cartera ministerial<sup>18</sup>.

En cuanto a otros de los institutos asociados hay que señalar al Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)<sup>19</sup> que tiene el cometido de proponer planes y programas al Presidente de la República que tiendan a mejorar la situación del adulto mayor. Además, se le encomienda la administración del Fondo Nacional del Adulto Mayor. Importa añadir que inicialmente el SENAMA dependía de la Secretaría General de la Presidencia, pero en la actual administración se decidió su pasaje a la órbita de la Secretaría Social.

Interesa añadir que además de estos diversos institutos sociales, en la actual administración se crearon dos subsecretarías en el Ministerio. Una es la Subsecretaría de Servicios Sociales que es la encargada de articular las acciones de todos los institutos: SENAMA, CONADI, FOSIS, INJUV y SENADIS y, a la vez, es la encargada de coordinar el sistema de protección social con otros organismos públicos. La otra subsecretaría creada es la de Evaluación Social encargada de evaluar y controlar los programas sociales ya existentes<sup>20</sup>.

### *c.- Ámbitos de coordinación en su órbita ministerial*

Desde el gobierno de Frei (1995 – 2000) se han venido configurando ámbitos de coordinación en la órbita o con directa incidencia de MIDEPLAN<sup>21</sup>. En 1995 se creó el **Consejo Interministerial Social** con el fin de fortalecer la coordinación de las acciones de gobierno, en particular la implementación del Plan Nacional de Superación de la Pobreza (PNSP). El Consejo estaba presidido por el Presidente de la República

<sup>18</sup> Por medio de la Ley N° 20.422 de febrero de 2010.

<sup>19</sup> El SENAMA fue creado por la Ley N° 19.828 del año 2002 y tiene como uno de sus antecedentes la Comisión Nacional para el Adulto Mayor creada en el año 1995.

<sup>20</sup> Como el presente artículo se basa en el análisis del período previo al de la actual administración, en la página electrónica del actual Ministerio de Desarrollo Social de Chile (<http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl>) se puede observar el Organigrama del MIDEPLAN previo a que se crearan estas dos nuevas subsecretarías.

<sup>21</sup> Hay que mencionar que en el Gobierno del período 1990 – 1994 (encabezado por Patricio Alwyin de la Concertación), se instaló un Consejo de Ministros presidido por el Ministerio de Hacienda y en el que MIDEPLAN realizaba las funcio-

(otorgándole una imagen de alta prioridad política), coordinado por el MIDEPLAN a través de una Secretaría Técnica e integrado por otros once ministerios. Como adquirió existencia formal más de un año después de constituirse recibió recursos tardíamente, lo que ocasionó “*un desfase entre la decisión política de lanzar el Programa y su preparación técnica y viabilidad financiera (asignación de recursos)*” Raczynski (2002: 23). Además del diseño del Plan Nacional de Superación de la Pobreza, otro de los productos del Consejo fue un catastro de los programas sociales dirigidos a los sectores pobres en el que se identificaron, en el año 1995, 125 programas correspondientes a 14 ministerios y 19 servicios (Ibíd.).

Junto a la creación del Consejo Interministerial, se habilitó a las autoridades regionales a conformar comités sociales regionales cuyo principal propósito era elaborar y ejecutar programas de superación de la pobreza en concordancia con lo determinado en el programa nacional. Con ese fin se creó el Programa Especial de Comunas que consistió en la elaboración de un mapa territorial de la pobreza para la selección de las prioridades. Pero, “*El mayor inconveniente práctico que encontró esta medida fue la lentitud con que se desarrollaba el proceso de descentralización y descentralización que impulsaba el gobierno. Esto significó que las acciones de la autoridad regional dependían en último término de las decisiones que tomaban los organismos centrales, lo que desalentó la participación de las autoridades regionales y locales*” (Ibíd.:23).

En el año 2003 se le adjudica a MIDEPLAN<sup>22</sup> la **Secretaría Técnica del Consejo que administra el Fondo Mixto de Apoyo Social**<sup>23</sup>. El Consejo está integrado por representantes del Gobierno, uno del empresariado y tres de la sociedad civil elegidos democráticamente por las instituciones del Registro de instituciones Donatarias. El Fondo reúne los aportes de las empresas donantes que desean obtener beneficios tributarios y financia los proyectos dirigidos a personas de escasos recursos y/o con

---

nes de la secretaría técnica. Sin embargo, no tuvo la regularidad ni los efectos esperados en términos de coordinación interinstitucional. Por el contrario, se mantuvo la lógica bilateral entre Hacienda y los ministerios sectoriales del área social (Molina, 2003:13).

<sup>22</sup> Mediante la Ley N° 19.885 de ese año.

<sup>23</sup> Importa añadir que en el año 2009 se le realizarán modificaciones, a través de la Ley N° 20.316, respecto a denominaciones y, fundamentalmente, tipo de deducciones impositivas que se permiten a partir de la donación al Fondo.

discapacidad, que presenten tanto las instituciones donatarias como las organizaciones comunitarias, territoriales y funcionales.

En el año 2009, mediante la Ley N° 20.379, se creó el **Sistema Intersectorial de Protección Social**, que es un modelo de gestión de las acciones y prestaciones sociales ejecutadas y coordinadas por distintos organismos del Estado. Este sistema se constituyó en base a una serie de subsistemas<sup>24</sup> cuya coordinación se realiza de manera horizontal entre los organismos que prestan los servicios. Con la asesoría del MIDEPLAN, el Presidente de la República mediante un decreto conformaba los subsistemas de protección. A tales efectos, se crearon los siguientes organismos: el Comité Interministerial para proponer la conformación de nuevos subsistemas y el Consejo Consultivo, que brindaba asesoramiento para la conformación de los mencionados subsistemas. El decreto de creación de los subsistemas, debía ser expedido por el MIDEPLAN y suscrito por el Ministerio de Hacienda.

El MIDEPLAN realiza la administración, coordinación, supervisión y evaluación de la implementación del Sistema en su conjunto. Por su parte, la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda imparte las instrucciones para las evaluaciones de resultados, incluyendo análisis de costo efectividad. Los dos primeros subsistemas fueron **Chile Solidario** y **Chile Crece Contigo** que se abordan líneas abajo.

Por último, interesa mencionar que el MIDEPLAN, además de la participación en los Consejos de entidades que operan en su órbita (tales como el ya mencionado de CONADI), también integra otros ámbitos de coordinación intersectorial tales como la **Estrategia Nacional de Seguridad Pública**; el **Sistema Nacional de Coordinación de Información Territorial**; el **Consejo Ministerial para Asuntos Indígenas** y el **Consejo Directivo de CONAMA**.

#### ***d.- Prestaciones que lleva adelante y población atendida***

Como ya se estableció, uno de los primeros programas que se implementaron con una importante participación de MIDEPLAN fue el **Programa Chile Barrio**. El diseño le correspondió al Ministerio de Vivienda y Urbanismo y en la ejecución también participan el Ministerio de Bienes Nacionales, el Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN),

<sup>24</sup> En el artículo 2º, se indica que “se entenderá por subsistema el conjunto de acciones y prestaciones sociales ejecutadas y coordinadas intersectorialmente por distintos organismos del Estado, focalizadas en un mismo grupo de personas y/o familias, en situación de vulnerabilidad socioeconómica”. Ley N° 20.379.

la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo del Ministerio del Interior (SUBDERE), el Servicio Nacional de Capacitación y Empleo del Ministerio del Trabajo (SENCE); el Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS), la Dirección de Presupuesto (DIPRES) y la Corporación de Promoción de la Mujer (PRODEMU). A estas entidades nacionales se le suman los Municipios, definidos como los operadores directos del programa, y los Gobiernos Regionales quienes son los encargados de priorizar los asentamientos en las cuales el programa se implementa, así como aportar recursos de inversión regional que complementan a los que entrega cada Servicio y Ministerio. La intervención se realiza a través de planes de acción, a fin de articular la intervención en cada asentamiento e involucrar a los agentes territoriales en la atención a la pobreza. Según informes, al año 2009 se había trabajado en 972 asentamientos en todo el país y se atendieron a 105.888 familias (MINVU, 2009). Además, otros resultados están asociados a la gestión y la reducción de costos en la realización de los trámites en los asentamientos, así como el ahorro de los recursos de las familias a la hora de acceder a esos servicios<sup>25</sup>.

Posteriormente se comenzaron a implementar los ya mencionados sistemas de protección Chile Solidario –con sus diversos componentes<sup>26</sup>– y Chile Crece Contigo de atención a la primera infancia. Además, hay que resaltar la importante tarea de infraestructura de información de soporte de estas intervenciones que realiza la secretaría social mediante la implementación del Sistema Integrado de Información Social<sup>27</sup> y la Ficha de Protección Social<sup>28</sup>.

La iniciativa Chile Solidario se estructura en los siguientes componentes: Apoyo psico-social realizado a través del Programa PUENTE del FOSIS –sistema de visitas periódicas en cada domicilio de un profesio-

<sup>25</sup> Esos resultados, entre otros, pueden consultarse en la Subsecretaría de Desarrollo Regional del Ministerio del Interior: [http://www.subdere.gov.cl/1510/articulos-66381\\_recurso\\_1.pdf](http://www.subdere.gov.cl/1510/articulos-66381_recurso_1.pdf)

<sup>26</sup> Chile Solidario está integrado por los siguientes programas: PUENTE, CALLE, VINCULOS y CAMINOS.

<sup>27</sup> El sistema procesa toda la información generada desde Chile Solidario, soporte tecnológico de la Ficha de Protección Social, Chile Crece Contigo y el Registro de Información Social generando una plataforma que es compartida entre todo el Estado.

<sup>28</sup> La Ficha es el instrumento con el que se releva y evalúa el nivel de vulnerabilidad del hogar para acceder a los programas focalizados, combina elementos de capacidad generadora de ingresos de los individuos, los ingresos económicos que se perciben y el índice de necesidades de las familias.

nal, para constituirse en enlace entre la familia y las redes públicas y privadas de promoción social durante 24 meses–; Bono de Protección a la familia –beneficio en dinero, que es entregado preferentemente a la mujer jefa de familia o pareja jefe de familia, en montos decrecientes–; Subsidios monetarios garantizados –a través de las prestaciones monetarias tradicionales y de Ministerios Sectoriales que tienen derecho por sus condiciones familiares–; acceso preferente a Programas de Promoción Social, Prestaciones Laborales y de Previsión (Ruz y Palma, 2005).

La población que atiende el MIDEPLAN a través de este programa ha sido cercana a las 300.000 familias durante sus 7 años de funcionamiento. Para acceder al mismo, las familias tienen que estar por debajo de un puntaje determinado en la Ficha de Protección Social, es decir: deberán exhibir condiciones comprobadas de pobreza socioeconómica.

Por su parte, Chile Crece Contigo tiene también un conjunto diverso de componentes: el Programa Educativo Masivo –a través de los medios de comunicación, Internet o vía telefónica–; Nuevas propuestas legislativas –de normas relativas a protección a la infancia, adopción, lactancia materna, entre otros–; y Prestaciones Universales en Salud para niñas y niños que se atienden en el Sistema Público. Interesa señalar que las prestaciones asociadas a la atención de salud son realizadas por el Ministerio de Salud. A través de Chile Crece Contigo, se atienden niños y niñas desde la gestación hasta los 6 años, garantizando acceso preferencial a los niños que provienen de los hogares del 40% más pobre de la estructura social chilena.

### 3.3. El MIDES Uruguayo

#### *a.- Creación, fundamentación y funciones adjudicadas*

El MIDES uruguayo fue creado en el año 2005<sup>29</sup>, durante el inicio del primer gobierno del Frente Amplio. Las razones que estuvieron detrás de la creación de esta nueva cartera, fue la necesidad de contar con un encuadre institucional que habilitara la instrumentación y monitoreo de los programas orientados a los sectores vulnerables, y se erigiera como el articulador y coordinador de las diversas políticas sociales que llevaba adelante el Estado uruguayo.

Dentro de las principales funciones que le asigna la normativa, se destacan dos tipos: unas de corte transitorio y otras que requieren una mayor

<sup>29</sup>A través de la Ley N° 17.866 de marzo de ese año.

permanencia en el tiempo. Entre las acciones coyunturales, aparecen la implementación, ejecución y coordinación de programas de atención a la emergencia social<sup>30</sup>. En segundo lugar, se definen las áreas prioritarias de intervención y las funciones esenciales que tiene que desempeñar ese nuevo Ministerio, entre las que se encuentran juventud, mujer y familia, adultos mayores y discapacidad. “En ellas el MIDES debe cumplir con las tareas estratégicas de coordinación y evaluación de políticas sociales intersectoriales en la medida que esos campos de operación por sus características requieren un tratamiento público integral” (Midaglia & Castillo, 2010).

Si se observa de forma más detenida a las funciones de coordinación, corresponde destacar que las mismas deben aplicarse tanto a nivel departamental, como con aquellos organismos responsables de liderar los asuntos internacionales en materia social, además de regular y fiscalizar la actuación de las organizaciones de la sociedad civil en la provisión de políticas sociales.

Para un mejor desempeño de estas funciones, se agrega la necesidad de organizar e implementar sistemas de información social<sup>31</sup>. Es así, que la primera administración de esa institución se centró en instalar sistemas de información que relevaran entre otras cosas: la oferta de bienes y servicios sociales (considerando su localización institucional y geográfica, las características propias de las prestaciones, cobertura). Entre otros se puede destacar el Observatorio Social de Indicadores y Programas que condensa en una misma base un conjunto de datos relacionados a la implementación de las principales iniciativas públicas sociales en el ámbito de la Administración Central y de los gobiernos departamentales<sup>32</sup>.

### ***b. Institutos asociados y/o en su órbita***

La instalación de esta Secretaría implicó la reubicación de múltiples agencias públicas que se encontraban dispersas en el entramado estatal, especializadas en la atención de población en situación de vulnerabilidad social, como el Instituto Nacional de las Mujeres –INMUJERES–, el Instituto Nacional de la Juventud –INJU–, el Programa de Infancia y

<sup>30</sup> Estas disposiciones se encuentran en los literales B, C, D y F del Artículo 9 de la Ley de creación.

<sup>31</sup> Literal D, Artículo 9, Ley 17.866.

<sup>32</sup> El Sistema de Integrado de Información del Área Social, el Observatorio Social de Indicadores y Programas fueron algunas de las herramientas de información desplegadas.

Familia –INFAMILIA–, y el Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay –INAU–.

El INAU, organismo descentralizado, históricamente ha desarrollado políticas de protección a la infancia y la adolescencia a través de programas que combinan diferentes tipos de prestaciones sociales entre las que se encuentran servicios de atención diaria y parcial por un lado, y otros que cubren de manera permanente o total las necesidades de esa franja etaria<sup>33</sup>. Asimismo, esa institución implementa acciones que tratan problemáticas específicas como drogadicción, situación de calle, maltrato y abuso, y libertad asistida.

INFAMILIA, ahora como dirección del MIDES, opera al igual que el INAU en el campo de la infancia y adolescencia, pero la diferencia es que sus líneas de acción se financian mediante financiamiento internacional. El mismo comenzó a ejecutarse en 2002 en la órbita de la Presidencia de la República, y a partir de 2005 se instaló en la órbita del nuevo Ministerio. Básicamente ejecuta servicios para la población nacional joven en materia de educación, sanidad, deporte y atención a riesgos particulares relacionados con el maltrato, abuso y situación de calle. La gran mayoría de sus líneas de acción son co-ejecutadas con otros organismos públicos en 75 zonas del territorio nacional identificadas por sus altos niveles de carencias socioeconómicas.

En cuanto al Instituto Nacional de las Mujeres, el mismo se fundó en 1987<sup>34</sup>, ubicándose en el marco del Ministerio de Educación y Cultura –MEC–. A partir de la emergencia del MIDES, se habilitó su traslado a la nueva institución. Principalmente, se desarrollaron importantes esfuerzos en atender de manera prioritaria los problemas de violencia y de discriminación contra la mujer en los diversos escenarios de la vida social, así como también en transversalizar la perspectiva de género en las políticas públicas, entre las distintas acciones llevadas a cabo. Cabe destacar que si bien se alcanzó avanzar en términos de institucionalización y legitimidad de ese organismo, se han generado una serie de tensiones producto de su condición dependiente en la estructura ministerial y sus cometidos de coordinación y articulación de las políticas de género con otras entidades estatales de igual o superior jerarquía (Johnson, N.; 2001).

Finalmente, el INJU se instituyó en 1990<sup>35</sup> y desde su inicio fue

<sup>33</sup> Entre los primeros cabe mencionar: los Clubes de Niños, los Centros Diurnos, los Centros Juveniles y los Centros de Atención a la Infancia y la Familia del PLAN CAIF.

<sup>34</sup> Mediante el Decreto N° 226/87.

<sup>35</sup> La Ley de creación es la N° 16.170.

objeto de múltiples reubicaciones ministeriales: entre 1991 y 2000 se radicó en la órbita del MEC<sup>36</sup>, posteriormente pasó a localizarse en el Ministerio de Deporte y Juventud entre 2000 y 2005, para finalmente, mediante la Ley de creación del MIDES, se consagra su inclusión en el nuevo Ministerio. En este período, el INJU ha promovido proyectos juveniles en las áreas de capacitación e inserción laboral, educación, salud, deporte y recreación y cultura.

### ***c.- Ámbitos de coordinación en su órbita ministerial***

Esta breve descripción pone en evidencia el esfuerzo político por reorganizar la dispersión institucional que sustenta la provisión de bienes públicos asociados a la pobreza y vulnerabilidad social (Midaglia & Castillo, 2010).

Los institutos descriptos en conjunto con seis Direcciones nacionales que representan las áreas fundamentales del organigrama del MIDES<sup>37</sup>. En esa estructura administrativa la Dirección General de Secretaría posee una preponderancia relativa respecto a las otras, ya que es la única Unidad Ejecutora de gasto y la encargada de la planificación estratégica de ese organismo.

Para poder llevar adelante las tareas de coordinación y articulación de las políticas públicas establecidas en la Ley de creación, el MIDES tuvo que instalar y/o participar en ámbitos destinados al intercambio intersectorial con otros organismos públicos, ya sea mediante las máximas autoridades ministeriales como por parte de las distintas Direcciones, Institutos y Programas que forman parte del MIDES.

En el período de gobierno de 2005 – 2010 se crearon diferentes esferas de coordinación “lideradas” de alguna manera por el MIDES, entre las que se destaca el Gabinete Social y el Consejo Nacional de Políticas Sociales<sup>38</sup>. Como se detalla a continuación, el Gabinete estuvo integrado por representantes de organismos públicos de relevancia estratégica en materia social y económica y, tal como especifica la norma de creación,

<sup>36</sup>A través de la Ley N° 17.243.

<sup>37</sup> El organigrama del MIDES puede consultarse en la página electrónica del Ministerio: [www.mides.gub.uy](http://www.mides.gub.uy).

<sup>38</sup> Ambos ámbitos fueron creados mediante el Decreto N° 236/005 cuyo texto completo se puede consultar en la página electrónica del MIDES, en la sección marco normativo institucional: <http://www.mides.gub.uy/mides/carpeta.jsp?contentid=157&site=1&channel=mides>.

puede proponerle al Poder Ejecutivo planes y programas de los ministerios que lo integran, así como definir prioridades de Gasto Público Social y articular las intervenciones de los organismos nacionales y municipales –Art. 1º del Decreto de creación–. En cuanto al Consejo Nacional de Políticas Sociales, es el encargado de ejecutar los acuerdos políticos y programáticos definidos en el Gabinete, está integrado por los Ministerios que conforman el Gabinete y es presidido por el Director/a Nacional de Políticas Sociales del MIDES<sup>39</sup>.

Seguidamente se enumeran los principales espacios de coordinación interinstitucional en los que el MIDES participa desempeñando distintos roles de importancia política:

- **Gabinete Social:** Se trata de un espacio de coordinación intersectorial de Políticas presidido por el MIDES e integrado por los ministerios de: Economía y Finanzas (MEF), Educación y Cultura (MEC), Trabajo y Seguridad Social (MTSS), Salud Pública (MSP), Turismo y Deporte (MTD), Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA). Como principal producto de este espacio se puede mencionar la participación en el diseño y en el seguimiento de la instrumentación del Plan de Equidad.
- **Consejo Nacional de Políticas Sociales:** Este ámbito de coordinación es también presidido por el MIDES e integrado por representantes de: MEF, MEC, MTSS, MSP, MTD, MVOTMA, Oficina de Plancamiento y Presupuesto. También han participado de las reuniones de este espacio representantes de: Congreso de Intendentes; Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), Banco de Previsión Social (BPS), Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay (INAU) e Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Como productos se pueden mencionar el diseño del Plan de Equidad y el Informe de Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- **Mesas Interinstitucionales:** son coordinadas por el MIDES y tienen como función la articulación territorial de Políticas Sociales. Están integradas por representantes locales de los organismos participantes del Consejo Nacional de Políticas Sociales y como productos se han generado proyectos territoriales para su ejecución.

<sup>39</sup> En la actual administración, el Consejo Nacional de Políticas Sociales pasó a ser presidido por la subsecretaría del Ministerio de Desarrollo Social.

- **Consejos Sociales:** El MIDES apoya técnicamente este espacio de articulación territorial y promotor de intercambios con las Mesas Interinstitucionales. Se trata de 20 consejos sociales en 18 departamentos del país (menos la capital) y participan Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC).
- **Comité de Coordinación Estratégica de Infancia y Adolescencia:** El MIDES, a través del Programa INFAMILIA, coordina este ámbito de articulación intersectorial de políticas dirigidas a las personas de esa franja etaria. Participan representantes de: MSP, MEC, MTD, Interior (MI), Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), INAU, ANEP y representantes de los organismos desconcentrados de la ANEP (Consejo de Educación Primaria –CEP–, Consejo de Educación Secundaria –CES– y Consejo de Educación Técnico Profesional –CETP–). De los diferentes productos que generó este ámbito se pueden mencionar la “Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia 2010-2030” y el “Plan de Acción 2010-2015” de la Estrategia Nacional.
- **Mesas de Coordinación Zonal (INFAMILIA):** El MIDES, a través del Programa INFAMILIA, coordina este espacio de articulación territorial de políticas intersectoriales de infancia y adolescencia en condición de vulnerabilidad. Participan representantes de: MSP, MEC, MI, MTD, ASSE, ANEP (y sus consejos desconcentrados), INAU, OSC, y vecinos. En el período pasado funcionaron 72 mesas de coordinación en territorios de intervención de INFAMILIA y tuvieron como producto 25 planes regionales para la infancia y la adolescencia de diversas zonas del país.
- **Comisión de Lucha contra la Violencia Doméstica:** MIDES preside este ámbito de articulación de políticas intersectoriales integrado por: MI, MSP, INAU, ANEP, Congreso de Intendentes, Poder Judicial y la Red Uruguaya contra la Violencia Doméstica y Sexual. Como principal producto se puede mencionar el diseño del Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica.
- **Consejo Nacional Consultivo Honorario de los Derechos del Niño y el Adolescente:** Los Ministerios de Educación y Cultura y de Desarrollo Social co presiden este espacio de intercambio y seguimiento de políticas dirigidas a niños, niñas y adolescentes. El espacio está integrado por MEC, MIDES, INAU,

ANEP, Poder Judicial, Congreso de Intendentes, Colegio de Abogados, Instituto Pediátrico “Atilio Morquio” y OSC, y como principales productos se pueden mencionar la realización de una consultoría de relevamiento de toda la normativa dirigida a la infancia y la adolescencia así como la instalación de un Comité de Observadores de la situación de los adolescentes en situación de privación de libertad por infracciones a la ley penal.

Además de esta serie de espacios el MIDES integra otros que tienen un menor nivel de formalización y de frecuencia de reunión tales como las Comisiones de género (funcionan diez en diferentes ministerios, entes autónomos y empresas públicas del Estado), la Comisión Sectorial de la Seguridad Social que promovió el Diálogo Social o el Comité para la Erradicación del Trabajo Infantil.

#### ***d.- Prestaciones que lleva adelante y población atendida***

En esas diversas instancias intersectoriales se han propiciado variados intercambios para la ejecución de las prestaciones sociales que se le encargaron al MIDES desde su creación. Los planes de mayor relevancia que llevó adelante este ministerio en el período 2005 – 2010 han sido el Plan Nacional de Atención a la Emergencia Social –PANES– que formó parte de la propuesta electoral de la coalición de izquierda, y el Plan de Equidad que, como se dijo, fue producto del Consejo Nacional de Políticas Sociales. El PANES fue un plan temporal que se ejecutó desde el año 2005 al 2007, diseñado en base a la articulación de diferentes prestaciones públicas. Entre las más importantes, cabe señalar al “Ingreso Ciudadano” que fue una transferencia monetaria que cubrió a 102.353 hogares, la “Tarjeta Alimentaria” que alcanzó a 68.500 hogares, y el “Programa de Asistencia a los Sin Techo –PAST–”, que ofreció alojamiento y cuidado integral a través de la red de refugios, a ciudadanos en situación de calle (MIDES, 2009)<sup>40</sup>. La población objetivo de ese Plan fue el sector social en condiciones socioeconómicas calificadas de indigencia.

Al igual de otras iniciativas de carácter integral promovidas en la región, el PANES tuvo como eje articulador para abordar la multidimensionalidad de la pobreza, el componente de transferencias monetarias –el

<sup>40</sup> Una mayor descripción de las prestaciones incluidas en el Plan de Emergencia se puede consultar en: “Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (PANES 2005-2007)” en [www.mides.gub.uy](http://www.mides.gub.uy).

Ingreso Ciudadano— (Midaglia, 2005). El otorgamiento de la transferencia estuvo sujeto a verificación de medios de los potenciales hogares beneficiarios y a la vez se definieron una serie de contrapartidas (controles sanitarios, asistencia educativa de los niños/as y adolescentes de esas familias) para la recepción del beneficio.

Por su parte el Plan de Equidad, a diferencia del carácter temporal del Plan de Emergencia, se definió como una medida de largo plazo que pretende cambiar una amplia gama de desigualdades sociales como las económicas, las de género, las étnicas, etarias, entre otras. Más allá de esa orientación general, en concreto la propuesta intenta, a través de las prestaciones que brinda, corregir el desbalance intergeneracional en la distribución del Gasto Público Social. Es por ello que una proporción significativa de las transferencias de renta benefician a los grupos más jóvenes de la población, de manera de revertir el sesgo pro adulto de la inversión social uruguaya. Es en ese marco que las Asignaciones Familiares (AFAM), un instrumento clásico del sistema de seguridad social uruguayo, fueron reapropiadas por este Plan, extendiendo su cobertura e incorporando a una franja de niños y jóvenes menores de 18 años, independientemente de la condición laboral de sus padres o tutores<sup>41</sup>. No obstante, esta iniciativa social también previó ayudas monetarias para adultos mayores, utilizando para ello, al igual que en el caso anterior, una tradicional transferencia social, las Pensiones a la Vejez<sup>42</sup> (Midaglia y Castillo, 2010).

#### 4. CONCLUSIONES

En el presente artículo se analizaron los cometidos asignados y la dinámica de funcionamiento de las nuevas Secretarías sociales de la re-

<sup>41</sup> Se aprobó un nuevo régimen de Asignaciones Familiares que forma parte del Plan de Equidad a través de la sanción de la Ley No 18.227 de febrero de 2008. El mismo se dirige a menores 18 años pertenecientes a hogares que presentan una serie de atributos que los convierte en vulnerables, sin tomar en cuenta el tipo de inserción laboral de los adultos responsables. El monto de la transferencia es diferencial y escalonado según la edad y el grado de adscripción de los jóvenes al sistema de educación formal. (Plan de Equidad, 2007: 38-39).

<sup>42</sup> Un mejor nivel de detalle de los programas sociales incluidos dentro del Plan de Equidad se puede encontrar en el módulo de este Plan del Observatorio Social de Indicadores y Programas del Ministerio de Desarrollo Social.

<http://observatoriosocial.mides.gub.uy/mides/portalMides/portalMides/portal.php>.

gión, en particular los denominados Ministerios de Desarrollo Social en Argentina, Chile y Uruguay y, a modo de cierre, importa resaltar algunos aspectos relevantes.

Como primer punto a destacar luego de repasadas las principales características de estas carteras ministeriales, hay que mencionar que poseen muchas similitudes en cuanto a los cometidos asignados formalmente. Las tres instituciones tienen a su cargo un doble rol: la atención a una serie de poblaciones en situación de vulnerabilidad (no solamente de tipo económica) y, además, la responsabilidad de llevar adelante, fundamentalmente a través de mecanismos y/o ámbitos de coordinación, un proceso de racionalización e integralidad de los esfuerzos públicos en materia social. Desde este punto de partida, en principio no aparecen grandes diferencias que den cuenta de los puntos de partida diferenciales según los tipos de matrices de bienestar existente en cada país.

Vinculado a este punto, cabe decir también que los estudios que se han comenzado a preocupar por el rendimiento de este doble rol de los MIDES (Midaglia y Castillo, 2010; Moro y Repetto, 2005; Repetto, 2010) están dando cuenta de que la ejecución simultánea de ambas tareas ha sido bastante conflictiva en términos de equilibrio de esfuerzos y recursos. La actividad de los ministerios aquí analizados se habría centrado principalmente en las tareas de asistencia y provisión directa de bienes y servicios, dejando en un sitio de menor relevancia las funciones asociadas a la construcción de una "Autoridad Social" (Repetto, 2010). Una posible explicación a este proceso puede radicar en que se trata de carteras de reciente creación (en relación a los otros organismos que operan en el área social) y que necesitan para legitimarse políticamente "mostrar" productos tangibles, mientras que hasta el momento la capacidad de coordinación y regulación no aparecen como actividades con alto reconocimiento público.

No obstante ello, como se pudo constatar a través de las políticas enumeradas, no cabe lugar a duda que, en la ejecución de las mismas, se han logrado resaltables niveles de cooperación y articulación con los tradicionales ministerios del área social. Según la enumeración de los planes y políticas ejecutados así como por la relevancia de muchos de los ámbitos de coordinación que se instalaron, se pone de manifiesto que las tres entidades si bien no se han logrado posicionar como referentes ineludibles del área social, sí han desempeñado roles de relevancia en contextos institucionales rígidos, pero sobre todo sectorializado de actuación característico en los tres países.

Específicamente en lo referido al cometido de ordenar el disperso y complejo entramado institucional en materia social (exacerbado en dé-

casos anteriores), la revisión de los casos muestra que si bien esto se logró en gran medida, sobre todo en relación a los institutos y secretarías que se encontraban bajo dependencia directa del Presidente, aún conservan grados de autonomía (mediante el carácter descentralizado y/o desconcentrado del vínculo jerárquico) y, por lo tanto, al no estar integrados plenamente a la estructura central ministerial, se instala al menos un manto de duda sobre la capacidad efectiva de las autoridades para aportar una línea de conducción política efectiva.

En relación a las políticas implementadas, si bien no fue objeto de este artículo determinar hasta qué punto estas iniciativas han logrado efectivamente comenzar a superar las situaciones más fuertes de exclusión social, sí se puede establecer que la atención a las problemáticas relacionadas con la pobreza y vulnerabilidad social aún carecen de soluciones directamente vinculadas, y de forma consistente, al mercado de empleo. Los planes y políticas que han instrumentado estas Secretarías muestran que, al parecer, las particularidades de las actuales situaciones de vulnerabilidad requieren de medidas específicas de muy difícil ubicación en las esferas de los Ministerios de Trabajo.

No obstante lo anterior, la instalación efectiva de los Ministerios sociales en el entramado público constituye un indicador de institucionalización y de responsabilidad política en la atención a las situaciones de emergencia y vulnerabilidad social. Es importante recalcar que, más allá de desbalances y de niveles diferenciales de descentralización y autonomía de los servicios que operan en la órbita de estas carteras, los intentos por reordenar la dispersión de los servicios públicos sociales también dan cuenta de la asunción de responsabilidad en la atención de los complejos temas sociales.

Por otro lado, la instalación de ámbitos destinados al intercambio intersectorial, es decir, los variados espacios de articulación y coordinación de propuestas sociales en los que estos ministerios actúan como responsables últimos o como participantes pero con un papel de relevancia, pueden transformarse, en el futuro inmediato, como instancias institucionalizadas de recursos propios para estos organismos. Si en esos espacios se tramitan las principales políticas y planes sociales indudablemente ello constituirá en agentes políticos claves a estas secretarías sociales.

Interesa destacar un asunto de economía política de estas nuevas entidades públicas. Como se dijo, la redefinición de las organizaciones públicas son el producto de una negociación política por cuotas de poder, y la aparición de los Ministerios de Desarrollo Social no es garantía para que se evite recurrir a los precarios mecanismos de excepción para llevar a la práctica iniciativas públicas novedosas. Sin embargo, la instalación de

estas secretarías establece un mayor nivel de dificultad y menores justificaciones políticas a las revisiones permanentes y también obstaculiza (aunque no imposibilita) la creación de mecanismos institucionales de “by pass” ubicados en la esfera presidencial.

Finalmente, el análisis de la institucionalización de estas entidades públicas se realizó en un contexto político regional signado por el liderazgo de gobiernos de izquierda. El triunfo de la centroderecha en Chile plantea el interrogante de qué ocurrirá con estos ministerios a partir del viraje político hacia posiciones de derecha en el gobierno de ese país y eventualmente en otros. Gran parte de la respuesta puede estar en el grado de institucionalización y rendimiento que alcancen los Ministerios de Desarrollo Social en la región.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

- Barba, C. (2003), “Los enfoques latinoamericanos sobre la política social: más allá del consenso de Washington”. En *Revista Espiral septiembre – diciembre, año/vol. XI, N° 031*. México: Universidad de Guadalajara.
- Esping Andersen G. (1999), “Social foundations of postindustrial economies”, Oxford University Press, Londres.
- Franco, R. (1996), “Los paradigmas de la política en América Latina”, en *Revista de la CEPAL, N° 58*, Santiago de Chile.
- Mann, M. (1986), *The autonomous power of the state: its origins, mechanisms and results in States in History*, EUA: Ed. Basil Blackwell.
- Midaglia, C. (1997), “El rendimiento de los by pass como instrumento de reforma social: el caso PRIS”, en *Revista Uruguaya de Ciencia Política, No 10*. Montevideo: Instituto de Ciencia Política.
- Midaglia, C. (Coord.) (2009), “El significado político de los ministerios sociales en Argentina, Chile y Uruguay”. Artículo presentado en el encuentro de Políticas Públicas de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de España.
- Midaglia, C. y Castillo, M. (2010), “El significado político del Ministerio Social uruguayo” en Mancebo y Narbondo (Ed.) *Reforma del Estado y Políticas Públicas de la Administración Vázquez: acumulaciones, conflictos y desafíos*. Editorial Fin de Siglo – CLACSO – ICP, Montevideo.
- Midaglia, C. y Castillo, M. (2011), “Programas Sociales de Transferencia Condicionada de Renta y de Primera Infancia”. Informe Final de Consultoría para el Instituto Interamericano del Niño (INN), Montevideo.

- Molina, S. (2003), *Autoridad social en Chile: un aporte al debate*. Serie Políticas Sociales. CEPAL.
- Molina, C. y Licha I. (2005), “Coordinación de la política social: criterios para avanzar”. Ed. Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto para el Desarrollo Social, EUA.
- Moro, J. y Repetto, F. (2005), “La política como restricción y como oportunidad: alcances y ámbitos de coordinación de la política social”. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile. Mimeo.
- Presidencia de la República – MIDES (2010), *Informe de Transición de gobierno 2009 – 2010*. Ministerio de Desarrollo Social, Presidencia de la República Oriental del Uruguay – Oficina de Planeamiento y Presupuesto – Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Montevideo. Consultado en página electrónica del MIDES, [www.mides.gub.uy](http://www.mides.gub.uy), el 12 de marzo de 2010.
- Raczynski, D. (2002), *Políticas sociales y de superación de la pobreza de Chile*. Social Policy Overview Paper. U. Texas, Austin: Clapso. Disponible versión digital en <http://www.utexas.edu/cola/depts/llilas/centersa/clapso/documentsoverviews.htm>
- Repetto, F. y Andrenacci, L. (2006), “Ciudadanía y capacidad estatal: dilemas presentes en la reconstrucción de la política social argentina”, mimeo, Buenos Aires.
- Repetto, F. (2010), “Coordinación de las Políticas Sociales: Abordaje Conceptual y Revisión de Experiencias Latinoamericanas” en *Los Desafíos de la Coordinación y la Integralidad de las Políticas y Gestión Pública en América Latina*. Ed. Presidencia de la Nación, Argentina
- Székely, M. (2006), “Midiendo el Nivel de Institucionalidad de la Política Social en América Latina”. Documento preparado para el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Mimeo
- Serrano, C. (2005), “La política social en la globalización. Programas de protección en América Latina”. Serie Mujer y Desarrollo, No 70; CEPAL, Santiago de Chile.
- Shannon, M. (2002), “Mecanismos de coordinación”, en *Impactos inter-sectoriales de las políticas forestales y de otros sectores*. Mimeo.

## **Documentos y páginas electrónicas consultadas**

### ***Argentina***

Decreto N° 438.92 de creación del Ministerio de Desarrollo Social de Argentina, en página electrónica del Ministerio de Desarrollo Social de Argentina, [www.desarrollosocial.gov.ar](http://www.desarrollosocial.gov.ar) con acceso en agosto, septiembre y octubre de 2009.

Decreto N° 357/2002 de creación del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, en página electrónica del Ministerio de Desarrollo Social de Argentina, [www.desarrollosocial.gov.ar](http://www.desarrollosocial.gov.ar) con acceso en agosto, septiembre y octubre de 2009.

### ***Chile***

Comisión de Diputados. Informe sobre Ley 18.989 de 1990 de creación del MIDEPLAN - Boletín N° 014-06. Disponible en [www.bcn.cl](http://www.bcn.cl) con acceso en agosto, septiembre y octubre de 2009.

Revisión de leyes en página electrónica [www.leychile.cl](http://www.leychile.cl) y en la página de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: [www.bcn.cl](http://www.bcn.cl), con acceso en agosto, septiembre y octubre de 2009.

### ***Uruguay***

Revisión de Leyes del Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay en página electrónica: [www.mides.gub.uy](http://www.mides.gub.uy) con acceso en septiembre y octubre de 2009.

MIDES (2008) "Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (PANES 2005 - 2007)" en [www.mides.gub.uy](http://www.mides.gub.uy) con acceso en septiembre de 2009.

MIDES (2009) "Programas del Plan de Emergencia", Documento del MIDES, en [www.mides.gub.uy](http://www.mides.gub.uy) con acceso en septiembre de 2009.

Observatorio Social de Indicadores y Programas del Ministerio de Desarrollo Social, en página electrónica: <http://observatoriosocial.mides.gub.uy> con acceso en agosto, septiembre, octubre y noviembre de 2009.



SEGUNDA PARTE  
**REFORMAS SOCIALES  
Y SALUD**



# LA REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA: LOS CASOS DE LAS REFORMAS DE TEMPRANAS, INTERMEDIAS Y DE TERCERA GENERACIÓN EN MÉXICO Y CHILE

*Carlos E. Barba Solano\**

## INTRODUCCIÓN

Se ha escrito relativamente poco sobre salud y atención médica en América Latina (AL) desde la perspectiva de la política social. Ha predominado un enfoque de salud pública, tal vez porque se considera que el campo de estudios es muy técnico, y está dominado por los especialistas en salud pública y los médicos. Sin embargo, el desafío de responder a los cambios demográficos, epidemiológicos y técnicos debe de enmarcarse con mayor amplitud en lo social, lo económico y lo político (Abel y Lloyd-Sherlock, 2004: 800).

Esto es así porque el sector salud tiene un efecto muy importante en el desarrollo económico y social, en la formación de capital humano, en el bienestar social y en la reducción de la desigualdad, la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social. Además la atención médica es toda una industria que emplea a millones de personas, está vinculada con empresas farmacéuticas, de seguros y con los fabricantes de equipos. Los servicios de salud constituyen entre un tercio y la mitad del gasto social en AL<sup>1</sup> (Ibíd., 801, 805-806).

En este contexto, un tema central es el de las reformas a los sistemas de salud en AL, ya que desde los años ochenta y hasta la primera década

*\* Profesor Investigador Titular "C" del Departamento de Estudios Socio Urbanos de la Universidad de Guadalajara, México. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel 3. Coordinador del Doctorado en Ciencias Sociales de la misma Universidad.*

<sup>1</sup> A esto debe agregarse el hecho de que en Estados Unidos se tiene la percepción de que América Latina constituye un mercado emergente muy importante para las empresas de seguros y organizaciones de servicios preventivos (Abel y Lloyd-Sherlock 2004: 804).

de 2000 la mayoría de los países de esta región han iniciado procesos de reforma.

Las reformas del sector salud han sido definidas como “...un proceso que tiene el objetivo de introducir cambios sustantivos en las diferentes instituciones del sector salud y en los roles que desempeñan, para incrementar la equidad en la distribución de sus beneficios, en la eficiencia en la administración y en la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Este proceso es dinámico, complejo y deliberado, se realiza en un marco temporal preciso y se basa en condiciones que lo hacen necesario y viable”<sup>2</sup> (OPS y OMS, 2004: 3).

A pesar de esta definición que establece una perspectiva general, lo cierto es que dichas reformas han sido enmarcadas en contextos muy heterogéneos y complejos. En unos casos se les considera una parte de procesos de reformas generales del Estado<sup>3</sup>, en otros elementos importantes de reformas constitucionales<sup>4</sup>; en otros casos se les incluye en procesos de modernización del Estado<sup>5</sup>; también hay casos donde son el tema principal de la revisión del propio sistema de salud<sup>6</sup> (Infante, et. al., 2000: 14; OPS y OMS, 2004).

El despliegue de las reformas suele ser lento, algunas veces implica diversas etapas y la conducción de gobiernos de diverso signo político. En algunos casos las reformas tuvieron un carácter estructural y han implicado cambios en la legislación sanitaria, han tenido consecuencias intersectoriales, han afectado la mayoría de las funciones del sistema de salud, han modificado las relaciones entre los actores públicos y los privados; en otros han sido muy limitadas, se han concentrado en subsistemas específicos, o en cambios administrativos como los modelos de gestión (Infante, et. al., 2005: 15).

En lo que hace a los actores principales de estos procesos, además de los ministerios de salud de cada país, destaca el rol activo asumido por el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) que

<sup>2</sup> La traducción es mía.

<sup>3</sup> Como ocurrió, por ejemplo, en Argentina, Chile y Colombia (OPS y OMS, 2004: Cuadro 3).

<sup>4</sup> Como ha ocurrido en Argentina, Colombia y Ecuador (Infante, et. al., 2000: 14).

<sup>5</sup> Esto se ha argumentado en Argentina, Chile, El Salvador, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Trinidad y Tobago y Uruguay (Infante, et. al., 2000: 14).

<sup>6</sup> Como ha ocurrido en Brasil, Costa Rica, Cuba, República Dominicana y México (OPS y OMS, 2004: Cuadro 3).

han orientado el proceso a través del financiamiento de las reformas, desde los años ochenta. Por el contrario, el tema de la participación social o la creación de pactos sociales para impulsar las reformas a la salud no ha sido un elemento importante en esta ola reformista (Ibídem.).

Los contenidos de las reformas son también heterogéneos, suelen incluir modificaciones a los marcos jurídicos, particularmente garantizar el derecho a los cuidados de salud en las constituciones políticas, pero frecuentemente sin que esto se traduzca en leyes específicas. También se incluyen estrategias para aumentar la cobertura, a través de la creación de paquetes básicos para poblaciones vulnerables. El tema de la rectoría de los ministerios de salud ha aparecido en las reformas aunque los resultados en este campo parecen ser pobres. La separación de funciones de los sistemas de salud ha sido un elemento importante en muchas reformas, particularmente en lo concerniente a la separación de la provisión de servicios y el financiamiento del sistema. La descentralización de los servicios de salud ha sido también un elemento fundamental en las agendas de reforma (Infante, et. al., 2000: 15-16).

Las evaluaciones de los resultados de las reformas no han sido muy favorables. Por ejemplo, ha habido avances en el tema de la equidad pero sólo en el ámbito de la ampliación de la cobertura de servicios básicos; tampoco se detectan avances importantes en la calidad de los servicios o la eficiencia global de los sistemas de salud (Infante, et. al., 2000 y 2005; Mesa-Lago 2005, 2007; OPS y OMS, 2004).

Sin embargo, los esfuerzos encaminados a evaluar los resultados de las reformas enfrentan una serie de factores que dificultan esa tarea, entre ellos: la gran heterogeneidad de los sistemas de salud, los momentos en que se iniciaron las reformas, los modelos seguidos, y la falta de estadísticas comparables (Mesa-Lago, 2005, 2007).

A pesar de ello, se han realizado algunas evaluaciones de las reformas de los sistemas de salud en la escala regional, como la realizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2004<sup>7</sup>, o los estudios realizado por Mesa-Lago<sup>8</sup>.

<sup>7</sup> El estudio buscaba comparar y analizar las similitudes, diferencias y sobre todo el grado de avance de las reformas de salud en los diferentes países de América Latina y el Caribe. El contenido de este documento, elaborado por la OPS/ OMS, se basa exclusivamente en la información reportada por las autoridades sanitarias nacionales de cada país, presentada en los perfiles que elaboraron sobre sus respectivos sistemas de salud (OPS y OMS, 2004).

<sup>8</sup> Estos estudios analizan el impacto de las reformas de salud en los principios de seguridad social en América Latina (Mesa-Lago, 2005, 2007).

En el primer caso los resultados tienden a ser descriptivos y se ajustan a la información brindada por los ministerios de salud; en el segundo se opta por realizar una comparación que no busca evaluar la eficacia de las reformas sino su impacto en los principios de seguridad social<sup>9</sup> (Mesa-Lago, 2007: 165).

Para hacerle frente a esta complejidad otra alternativa es realizar comparaciones entre dos o tres reformas en distintos países. Esta estrategia ha permitido analizar distintas dimensiones de los procesos de reforma. Entre ellas destacan: comparaciones de los factores políticos que intervienen en la factibilidad de las reformas de salud; de las semejanzas y diferencias entre reformas de la seguridad social y las del sector salud; de los procesos de privatización y descentralización en distintos países; de los procesos de transnacionalización derivados de la aplicación de modelos gerenciales; y del impacto de las reformas en los principios de seguridad social<sup>10</sup> (González-Rossetti, 2005; Homedes y Ugalde, 2000, 2005; Granados y Gómez, 2000; Iriart, Merhy y Waitzkin, 2000; Mesa-Lago, 2005, 2007).

Este trabajo se propone justamente analizar las reformas tempranas, intermedias y de tercera generación en los sistemas de salud en Chile y México. Estas últimas son reformas que se proponen universalizar el derecho social a la salud, en el caso chileno corresponden a la creación del programa AUGE, en el mexicano corresponden a la creación del Seguro Popular (SP).

Antes de acometer esa tarea, este trabajo examinará los patrones tradicionales de los sistemas de salud en AL, la fragmentación y la inequidad. En el segundo apartado se analizarán los tipos de sistemas de salud que existen en la región. En la tercera sección se revisarán los procesos

<sup>9</sup> Dichos principios son los siguientes: cobertura universal; calidad homogénea de los servicios para todos los ciudadanos; solidaridad, exhaustividad y suficiencia de los beneficios; unidad, responsabilidad estatal, eficiencia y participación social en la administración; sustentabilidad financiera; ahorro y promoción de mercados de capital (Mesa-Lago, 2007:5-24).

<sup>10</sup> Se han comparado la reformas a la seguridad social en México y del sector salud en Guatemala entre los años 1994 y 2000 (González-Rossetti, 2005); los procesos de privatización y descentralización realizados durante los años 80 y 90 en Chile y Costa Rica, Colombia y México (Homedes y Ugalde, 2000, 2005; Granados y Gómez, 2000); los procesos de transnacionalización del sector salud en el contexto de las reformas de salud en Argentina, Brasil, Chile y Ecuador (Iriart, Merhy y Waitzkin, 2000).

de reforma de salud a partir de los años ochenta. En la cuarta se analizará el estado actual de las reformas de salud de los años 1990 y 2000. En la quinta se estudiarán los tipos y los paradigmas de las reformas de salud en AL. En la sexta sección, se analizarán los contextos políticos y los actores principales en las reformas. El séptimo apartado revisará cómo analizar el impacto de las reformas. El noveno, presentará las reformas de salud en Chile y México.

## **I. LOS PATRONES TRADICIONALES DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA: FRAGMENTACIÓN E INEQUIDAD**

En AL aunque muchas de las constituciones nacionales establecen el derecho universal a la salud, los servicios de salud se han desplegado de forma muy fragmentada, estratificada e inequitativa y tienen un sesgo hacia la atención hospitalaria (Abel y Lloyd-Sherlock, 2004: 801).

En la región se han consolidando esquemas de protección diferentes para el sector asalariado formal (asegurado a través de esquemas contributivos), para los sectores de mayores ingresos (asegurados a través de esquemas de afiliación voluntaria y privada) y para los sectores vulnerables sin acceso a los otros sistemas (a través de esquemas públicos de corte asistencialista) (Tobar, 2006: 284).

Es común que en AL la seguridad social represente un gasto en salud igual o mayor al del sector público, también es frecuente que los seguros sociales sólo proporcionen atención a sectores medios que aparecen como relativamente privilegiados frente al resto de la población (Abel y Lloyd-Sherlock, 2004: 808).

El patrón dominante en AL es conocido como “pluralismo fragmentado”, que enfatiza la gran heterogeneidad e inequidad en la distribución de derechos y en el acceso a servicios de salud para distintos segmentos de la población. Así, mientras en un extremo de este modelo algunos ciudadanos tienen acceso a tecnología médica de punta; en el otro, los más pobres, están condenados a servicios de muy baja calidad (Tobar, 2006: 284).

Esta fragmentación que genera desigualdad social se ha agudizado como producto de la crisis en los mercados formales de trabajo a partir de la segunda mitad de los años ochenta, que incrementó la inequidad dentro de este modelo y limitó fuertemente su expansión durante las últimas dos décadas (Ibíd.).

La fragmentación además de generar desigualdad se traduce en rendimientos decrecientes de las inversiones sanitarias. En AL el modelo pluralista tendió a ser ineficaz porque la calidad y capacidad de respuesta de cada subsistema y de cada servicio es muy heterogénea (Op. Cit., 285). El modelo tampoco ha sido eficiente, ya que durante los últimos años enfermedades que deberían haberse erradicado aumentaron<sup>11</sup>, enfermedades ya erradicadas resurgieron<sup>12</sup> y a este patrón regresivo se sumó el surgimiento de enfermedades emergentes que desafían las capacidades de los sistemas de salud<sup>13</sup> (Tobar, 2006: 285; Abel y Lloyd-Sherlock, 2004: 801).

Esta tendencia estructural se ha desplegado en un contexto sumamente heterogéneo, como lo indica la clasificación de sistemas de salud propuesta por Mesa-Lago: sistemas unificados, duales, tripartitos y cuatripartitos (Mesa-Lago, 2007).

## II. TIPOS DE SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

En AL predominan tres grandes tipos de sistemas de salud: los unificados, los duales y los tripartitos<sup>14</sup>. El primer tipo, se caracteriza por contar con un sistema de salud público unificado; el segundo tiene muchas variantes pero siempre incluye un segmento público y otro privado; mientras el tercero distingue entre el segmento público, el del seguro social y el privado (Mesa-Lago, 2007: Cuadro 7.1).

Como puede apreciarse en el Cuadro 1, un sistema público unificado sólo existe en Cuba; uno cuatripartito sólo en Colombia. Los sistemas duales son escasos, tales son los casos de Brasil, Chile, Costa Rica, Haití y Panamá. El tipo más común es el de los sistemas tripartitos, como los de Argentina, Bolivia, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela (Cuadro 1).

<sup>11</sup> Como es el caso de la malaria.

<sup>12</sup> Como por ejemplo la tuberculosis.

<sup>13</sup> Como el VIH/SIDA.

<sup>14</sup> Los hay incluso cuatripartitos, como en el caso de Colombia.

**Cuadro 1. Tipos de sistemas de salud en 19 países de América Latina, 2007**

Tipo de Sistema	Unificado	Dual	Tripartito	Cuatripartito
<b>Países</b>	Cuba	Brasil Chile Costa Rica Haití Panamá Guatemala Honduras México Nicaragua Paraguay Uruguay Venezuela	Argentina Bolivia República Dominicana Ecuador Salvador	Colombia

Fuente: Mesa-Lago, 2007: Cuadro 7.1.

Sin embargo, la estratificación no determina el grado de integración y coordinación entre los distintos sistemas. Existen sólo dos casos donde el grado de integración y coordinación es muy alto: Cuba y Costa Rica, el primero un sistema unificado, el segundo dual. Dos casos donde se ha logrado un grado medio de integración: Chile y Colombia, el primero dual, el segundo cuatripartito. A pesar de ello, la tendencia más común es que los sistemas no estén integrados o coordinados (Cuadro 2).

**Cuadro 2. Grado de integración y coordinación de los sistemas de salud en América Latina, 2007**

Grado de coordinación	Alto	Medio	Bajo o nulo
<b>Países</b>	Cuba-Costa Rica	Chile-Colombia	Resto de AL

Fuente: Mesa-Lago, 2007: Cuadro 7.1.

La estratificación tampoco es determinante en los niveles de cobertura que los sistemas pueden alcanzar. Entre 2001 y 2004 siete casos habían alcanzado niveles de cobertura muy altos: Cuba, que cuenta con un sistema integrado; Brasil, Chile, Costa Rica que son duales; Argentina, México y Uruguay que son tripartitos. En todos esos casos los sistemas de salud cubrían entre el 97% y el 100% de la población. Dos casos donde datos confiables indican que la cobertura es media, es decir, situada en un rango del 67% al 84% de la población: Colombia y Perú. El resto de los casos se caracterizan por tener una cobertura baja o por carecer de indicadores confiables (Cuadro 3).

**Cuadro 3. Porcentaje de cobertura de los sistemas de salud de la población total en América Latina, 2001-2004**

Nivel de cobertura	Alto (100%)	Medio (65 a 85%)	Bajo o con información poco confiable (- de 65%)
<b>Países</b>	Argentina Brasil Chile Costa Rica Cuba México Uruguay (1)	Colombia (2) Perú (3)	Resto de AL(4)

(1) 97.2%.

(2) Se estima una cobertura del 100% pero la información es poco confiable.

(3) 71.0% es una estimación gruesa.

(4) Hay una serie de países donde la cobertura podría clasificarse como de nivel medio, pero donde la información es poco confiable. Tal es el caso de: Bolivia, República Dominicana, Honduras y Nicaragua.

Fuente: Mesa-Lago, 2007: Cuadro 7.1.

En cambio, los niveles de cobertura parecen estar relacionados de manera muy clara con los tipos de regímenes de bienestar regionales. De acuerdo con las clasificaciones de Barba (2003 y 2007) y Filgueira (1998) todos los sistemas de salud con altos niveles de cobertura pertenecen a los regí-

menes universalistas (liberalizado o no) o a los duales. Mientras que prácticamente todos los sistemas de salud con niveles de cobertura medios o bajos, o que no generan información confiable, pertenecen a los regímenes “excluyentes” de acuerdo con las clasificaciones de Barba y Filgueira (Ibíd.) o “familiaristas” de acuerdo con la clasificación de Martínez Franzoni (2008).

### III. TRAYECTORIAS DE LAS REFORMAS DURANTE LOS AÑOS OCHENTA Y NOVENTA

Los sistemas de salud empezaron a reformarse durante la década de 1960. Sin embargo, puede afirmarse que las reformas de los años ochenta fueron las más tempranas del ciclo de estabilización y ajuste de las economías nacionales de AL que ha tendido como objetivo fundamental lograr la liberalización económica. El Cuadro 4 muestra que el grueso de las reformas se concentraron durante los años 1980s y 1990s (Cuadro 4).

**Cuadro 4. Trayectorias de las reformas a los sistemas de salud en América Latina, 1960-2010**

	<b>Pioneras 1960s-1970s</b>	<b>Tempranas 1980s (Descentrali- zación)</b>	<b>Intermedias 1990s (Mercantili- zación)</b>	<b>Tardías 2000-al presente (Universali- zación)</b>
<b>Países</b>	Bolivia Cuba Trinidad y Tobago Brasil Jamaica	Chile Costa Rica Guatemala México Venezuela	Argentina Chile(1) Paraguay Surinam El resto del Caribe Los países Andinos	Argentina Chile Ecuador México República Dominicana Perú Venezuela

(1) Desde los años ochenta.

Fuente: Azevedo, 1998; OPS y OMS, 2004: Cuadro 2; Mesa-Lago, 2007: Cuadro 7.1.

Los argumentos principales esgrimidos para justificar las reformas han sido mejorar la eficiencia, reducir el gasto y facilitar la privatización (Homedes y Ugalde, 2002: 22-23; Abel y Lloyd-Sherlock, 2004).

**Cuadro 5: Objetivos dominantes de las reformas a los sistemas de salud en América Latina 1980-2010**

<b>Tempranas, 1980s (Descentralización)</b>	<b>Intermedias, 1990s (Focalización y mercantilización)</b>	<b>Tardías, 2000-al presente (Universalización)</b>
(1) Liberar fondos de los gobiernos centrales para pagar la deuda externa	(1) Búsqueda de eficiencia financiera y administrativa	(1) Ampliar la cobertura a los excluidos de los sistemas de seguridad social
(2) Aumentar la flexibilidad y el acercamiento de los servicios de salud a la población	(2) Promoción de estrategias de mercado para mejorar los servicios	(3) Reformar las leyes generales de salud
(3) Promover la participación comunitaria	(3) Combinación de los sectores público y privado	(2) Garantizar el derecho a la salud
	(4) Lograr la separación de las funciones de provisión de servicios, de las funciones de financiamiento	(3) Establecer beneficios mínimos para toda la población
	(5) Promover la competencia como mecanismos para buscar eficiencia en el uso de recursos	

Fuentes: Homedes y Ugalde, 2002: 27; Vázquez, et. al., 2002: 30-31; Tobar, 2006: 285; Mesa Lago, 2007.

En las reformas tempranas el componente fundamental fue la descentralización. Las reformas fueron inducidas pragmáticamente con el fin de liberar fondos de los gobiernos centrales para pagar la deuda externa. Ello explica por qué los organismos financieros internacionales promovieron y financiaron esos procesos de reforma (Cuadro 5). De hecho, el Banco Mundial dedicó el Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993 casi en su totalidad al cambio en los sistemas de salud (Banco Mundial, 1993).

Sin embargo, el argumento principal para justificar la descentralización fue aumentar la flexibilidad y el acercamiento de los servicios de sa-

lud a la población. Se pretendía que los servicios atendieran las necesidades locales y favorecieran la colaboración de la comunidad (Vázquez, et al., 2002: 31).

De acuerdo con numerosos autores los resultados de las reformas que buscaban la descentralización fueron pobres, pues la irracionalidad y la inequidad aumentaron, el gasto no se redujo, la coordinación no mejoró y la ineficiencia creció al aumentar las referencias innecesarias a niveles administrativos superiores (Cuadro 6).

#### **Cuadro 6. Resultados de las reformas tempranas**

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. La irracionalidad y la inequidad aumentaron</li><li>2. el gasto en salud no se redujo</li><li>3. la coordinación no mejoró</li><li>4. la ineficiencia creció, al aumentar las referencias innecesarias a niveles administrativos superiores</li></ol> |
|--|

Fuentes: La Forgia y González-Block 1995; Bossert: 1996; Holley: 1995; Larrañaga, 1999; Homedes y Ugalde, 2002.

Durante los años noventa se produjo un cambio fundamental en la orientación de las reformas, que a partir de ese momento estuvieron dominadas por preocupaciones económicas, fundamentalmente por la búsqueda de eficiencia y por la promoción de estrategias de mercado para mejorar los servicios (Cuadro 5).

Las reformas intermedias se distinguieron por hacer hincapié en el cambio de la combinación de los sectores público y privado, en el financiamiento, el desarrollo de nuevas estrategias administrativas y por enfatizar la eficiencia como objetivo central (Cuadro 5).

Ya en 1985 el Comité Regional de la OMS para las Américas calculó que en esta región se desperdiciaba cerca del 30% del gasto en salud, además, los sistemas de salud se caracterizaban por un sesgo curativo y urbano, estructuras de personal inapropiadas y administraciones mal coordinadas y fragmentadas (citado por Abel y Lloyd-Sherlock, 2004: 809).

Dos componentes principales de esta segunda generación de reformas fueron: promover la separación de las funciones de provisión de ser-

vicios, de las funciones de financiamiento; y promover la competencia como mecanismos para buscar eficiencia en el uso de recursos. Por una parte, se pensaba que el Estado debía garantizar flujos financieros estables para las prestaciones, pero no necesariamente proveer servicios de forma directa. Por otra, se promovía la mezcla de lo público y lo privado. Se pensaba, por ejemplo, que los gobiernos debían empezar a comprar servicios de salud a prestadores privados y los aseguradores privados a los hospitales públicos (Tobar, 2006: 285; Homedes y Ugalde, 2002).

El modelo reformista de la etapa intermedia incorporó, en muchos casos, la premisa de focalizar las acciones y servicios públicos en la población no asegurada y en hacer más con menos o con lo mismo. Ello no sólo erosionó el principio de la universalidad de cobertura de los servicios públicos, también tendió a debilitar el control de enfermedades transmisibles y los programas verticales.

También se buscó consolidar mercados o cuasimercados (mecanismos de competencia en los servicios públicos). Esto significaba pasar a financiar los servicios por la demanda en lugar de garantizar la oferta pública de servicios médicos a través de presupuestos centralizados. La OMS incorporó el concepto de “rectoría” para designar a esa función del Estado en salud.

Sin embargo, luego de casi dos décadas de reformas sectoriales el modelo reformista ha ingresado en una profunda crisis paradigmática (Tobar, 2006: 285-286). Un factor importante que dificulta hacerle frente a la crisis de estas reformas es, sin lugar a dudas, que las evaluaciones de los objetivos de las reformas son escasas. En ese sentido, son excepcionales los casos de Colombia, Costa Rica, México y Cuba (OPS y OMS, 2004: 12).

#### **IV. EL ESTADO ACTUAL DE LAS REFORMAS A LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA**

De acuerdo con Carmelo Mesa Lago (2007) la gran mayoría de las reformas realizadas durante los años 90 y en la primera década del 2000 en AL no llegaron a feliz término. Entre 2003 y 2006, 8 países aprobaron o estaban debatiendo nuevas leyes de salud o cambios a sus sistemas de salud, pero el panorama general indicaba grandes fracasos (Cuadro 7).

**Cuadro 7. Claro-Oscuros de las reformas en la década del 2000 en América Latina**

Claros	Oscuros
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chile había avanzado a una tercera generación de reformas que dio origen al programa <i>AUGE</i></li> <li>2. México había reformado la Ley General de Salud en 2004 y había creado el Seguro Popular</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. En 2006 se paralizó la reforma iniciada en República Dominicana en 2001, se debatía además una contrarreforma</li> <li>2. La reforma ecuatoriana iniciada en 2008 fue declarada parcialmente inconstitucional en 2011</li> <li>3. La reforma nicaraguense de 1997 fue anulada en 2005</li> <li>4. La reforma venezolana estaba totalmente paralizada en 2006</li> </ol>

Fuente: Mesa-Lago, 2007: 159; Barba, 2010.

## V. TIPOS Y PARADIGMAS DE LAS REFORMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

Sin embargo, las reformas a los sistemas de salud no sólo son difíciles de implementar<sup>15</sup>, como lo muestra el Cuadro 7, también son difíciles de clasificar.

**Cuadro 8. Tipos de reformas en función de su calado**

Estructurales o Sistémicas	Parciales o Incrementales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Más complejas</li> <li>• Buscan transformar profundamente los sistemas vigentes</li> <li>• Intentan reducir su segmentación</li> <li>• Generan una nueva institucionalidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No requieren cambios en las instituciones existentes</li> <li>• Tampoco la creación de otras nuevas</li> <li>• Su objetivo primordial es mejorar las funciones de los sistemas de salud a través de cambios relativamente menores</li> </ul>

Fuentes: Lordoño y Frenk, 1997; Banco Mundial, 2005.

<sup>15</sup> Porque afectan a sectores muy grandes de la población, sus beneficios son inmediatos y la provisión de sus servicios es muy compleja (Mesa-Lago, 2007: 155).

De acuerdo con el Cuadro 8 pueden clasificarse como estructurales o sistémicas y como parciales e incrementales. Según ese criterio, las reformas tempranas tendieron a ser parciales o incrementales; mientras las reformas de intermedias y tardías se propusieron cambios estructurales.

En ese sentido, la gran diferencia entre las reformas de los años 90 y algunas de las que se han realizado en el presente siglo son paradigmáticas. Podría decirse que las reformas que se han realizado en AL desde los años ochenta han fluctuado entre dos extremos: la residualización de los sistemas de salud o las reformas que buscan universalizar el derecho a la salud. El Cuadro 9 describe los dos extremos.

**Cuadro 9. Paradigmas de las reformas a los sistemas de salud**

<b>El paradigma residual</b>	<b>El paradigma universalista</b>
a) Enfatiza los mecanismos del mercado	a) Busca universalización la cobertura
b) La expansión del sector privado	b) Promueve la equidad
c) La competencia de las instituciones que ofrecen servicios	c) Garantiza derechos sociales
d) La libertad de elección de los beneficiarios	d) Promueve la participación comunitaria y social
e) La reducción de costos	
f) La eficiencia	
g) La sustentabilidad financiera	
h) La separación de funciones	

Fuente: Mesa-Lago, 2007: 62.

En términos generales, la OPS considera que las reformas recientes en AL han subrayado aspectos financieros, estructurales, institucionales y administrativos, pero han prestado poca atención al mejoramiento de los servicios prestados por los sistemas de salud, o a la reducción de la desigualdad en las condiciones o el acceso a la salud, o a fortalecer las funciones de dirección o las autoridades de salud (OPS y OMS, 2004).

Otra tendencia ha sido mezclar las agendas que tienden a polarizarse. Así, el tema de la equidad, junto con el de la descentralización, fue

crucial en Costa Rica; en Colombia y Brasil se produjo una mezcla de un enfoque universalista (seguridad social, equidad, solidaridad, participación social) con un enfoque de mercado (competencia, eficiencia y libertad de elección); mientras en México predominó la preocupación por el balance fiscal y la eficiencia (Kaufman y Nelson, 2004).

## **VI. CONTEXTOS POLÍTICOS Y ACTORES PRINCIPALES EN LAS REFORMAS**

Los contextos políticos y los actores principales han sido también divergentes. Por ejemplo, la primera reforma realizada en Chile fue impulsada por un gobierno militar de manera autoritaria; cuando la democracia se reestableció hubo un amplio debate y se aprobaron nuevas reformas que fueron muy amplias: la creación de un sistema universal de acceso a la salud con garantías explícitas (AUGE); un nuevo sistema de atención, derechos y obligaciones de los usuarios; financiamiento y regulación de las firmas privadas de seguros; y un sistema de administración y dirección de la salud (MINSAL, 2004).

De cualquier forma, puede afirmarse que en el extremo del mercado se sitúan poderosos actores que defienden esta perspectiva, como las instituciones financieras internacionales, el Banco Mundial (BM), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), que han apoyado y financiado reformas que buscan una mayor mercantilización de los sistemas de salud. Los créditos del BID y el BM para apoyar las reformas a los sistemas de salud se han incrementado entre 1990 y 2003 de aproximadamente 700 millones de dólares a casi 3000 millones<sup>16</sup> (Mesa-Lago, 2007: 61; OPS y OMS, 2004: Gráfico 1).

Por lo contrario, en el extremo de la universalización se sitúan las organizaciones internacionales como la OMS, la OPS y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), al igual que los ministerios de salud de algunos países y organizaciones no gubernamentales (Homedes y Ugalde, 2002; Lloyd-Sherlock 2004; OPS y OMS, 2004: 7).

<sup>16</sup> Homedes y Ugalde sostienen que al finalizar los años 80 el Banco Mundial se había convertido en el líder internacional y principal impulsor de reformas neoliberales y se convirtió en el principal actor internacional en el diseño y aplicación de políticas de salud (2005: 83, 94).

En el campo de actores que apoyan reformas universalizantes ha sido muy importante también la gran resistencia a las reformas liberales por parte de los profesionales de la salud, los administradores de los hospitales, los empleados de los seguros sociales y los sindicatos, que se han opuesto a la expansión del sector privado. Esta oposición fue crucial, por ejemplo, para modificar el enfoque de las reformas en Chile, que pasaron de una perspectiva mercantilizadora a otra que enfatiza la equidad (Kaufman y Nelson, 2004).

## VII. IMPACTO DE LAS REFORMAS

Decíamos ya que un tema muy complejo es la medición de los impactos de las reformas de salud, por la gran heterogeneidad reinante, falta de estadísticas comparables, falta de estudios comparativos, inicio desigual de las reformas, predominio de reformas en fases iniciales, multitud de variables que influyen en los resultados de salud que son difíciles de controlar para evaluar los impactos de las reformas, etcétera (Mesa-Lago, 2007: 163).

Por ello, la propuesta de Mesa-Lago (2007), quien recomienda analizar el impacto de las reformas en los principios fundamentales de la seguridad social, nos parece crucial para realizar comparaciones de procesos de reforma de tercera generación, como los realizados en Chile y México que cuando menos discursivamente se proponen garantizar el derecho universal a la salud.

Los principios mencionados son los siguientes: (1) Cobertura universal, que implica integralidad tanto en la inclusión de las personas afectadas, como de sus necesidades (Mesa-Lago, 2007: 5); (2) los mismos tratamientos, es decir, servicios estandarizados para todos los ciudadanos (Ibíd.: 8); (3) solidaridad intergeneracional y redistribución progresiva del ingreso (Ibíd.: 10); (4) Integralidad y suficiencia de los beneficios, que implica cobertura de todos los riesgos de salud colectivos y suficiencia de los beneficios ofrecidos para atender un mínimo considerado socialmente adecuado, al margen de los niveles de ingreso de las personas (Ibíd.: 12); (5) un sistema público unificado y eficiente que prevea la participación social (Ibíd.: 14); (6) sustentabilidad financiera: de acuerdo con la capacidad de cada país, concebida de manera incremental (Ibíd.: 17).

## VIII. LAS REFORMAS EN CHILE Y MÉXICO

### Los sistemas de salud en Chile y en México

Como ya lo señalamos, el sistema de salud chileno incluye un segmento público y otro privado, y a diferencia de muchos otros casos latinoamericanos en Chile no existe una duplicidad entre el Ministerio de Salud y la Seguridad Social. A partir de 1952 en Chile se desarrolló un sistema de salud estatal, centralizado, de alta cobertura, que fue considerado históricamente como uno de los más universales, equitativos y de mayor calidad en AL. Sin embargo, en los años ochenta, durante la dictadura militar, se desarrolló un sistema de financiamiento privado que incrementó significativamente el número de clínicas privadas como resultado de importantes subsidios públicos (Azevedo, 1998: 194; Homedes y Ugaldé, 2002: 58).

En el caso mexicano el sistema de salud es tripartito porque comprende, además de la Secretaría de Salud y los servicios privados, un amplio segmento del seguro social, que se subdivide en varias instituciones para distintos conjuntos de trabajadores. La cobertura de los trabajadores del sector formal se reparte entre el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), creado en 1943; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) fundado en 1959; el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México (ISSFAM), establecido en 1976; y la seguridad social para los trabajadores de Petróleos Mexicanos (PEMEX), establecida en su contrato de trabajo desde los años treinta del siglo pasado (Barba, 2010).

De acuerdo con Mesa-Lago (2007), mientras el sistema chileno ha logrado un grado medio de integración, el mexicano se caracteriza por su desintegración. Sin embargo, ambos sistemas han alcanzado un alto grado de cobertura, en el caso chileno a finales de los años noventa el 69% de la población era cubierta por los servicios públicos, el 26% por el por las instituciones privadas financiadas públicamente (ISAPRES<sup>17</sup>) y sólo el 5% por instituciones privadas<sup>18</sup>.

En el caso de México históricamente la población indígena, que representa aproximadamente el 7% de la población total, ha sido excluida,

<sup>17</sup> Instituciones del Sistema de Salud Previsional.

<sup>18</sup> Para el año 2000 la población cubierta por las ISAPRES subió al 30% (Granados y Gómez, 2000: 108).

mientras el resto de la población se reparte de la siguiente manera: 49% en instituciones de seguridad social, 41% cubierta por los servicios asistenciales del Estado y 3% por los seguros de salud privados (Gráfico 1).

**Gráfico 1. La vieja estratificación de los servicios y los derechos en el sistema de salud mexicano**



Fuente: Elaboración propia con base en OCDE, 1998: 96.

En ese mismo gráfico se observa la estratificación en materia de derechos. En la base de la pirámide se encuentran los más pobres, quienes enfrentan una situación de exclusión, en el siguiente piso los asistidos quienes forman parte de la población no asegurada con acceso a servicios de salud, luego están los asegurados, afiliados a los seguros de salud como resultado de prestaciones laborales asociadas al empleo formal y finalmente en la cúspide se ubican quienes tienen mayores ingresos y pueden contratar seguros privados (Gráfico 1).

Los asegurados correspondían a trabajadores del sector formal repartidos desigualmente entre las diferentes instituciones de seguridad social. Las dos instituciones con más asegurados eran el IMSS y el ISSSTE,

la primera con el 80% de los derechohabientes, la segunda con el 17%; muy por debajo se encontraban el ISSFAM y los trabajadores de PEMEX que en conjunto atendían al 3% de los asegurados (OCDE, 1998: 96; Gutiérrez, 2002: gráfico 4.2).

El otro gran segmento del sistema de salud mexicano corresponde a los servicios de salud pública para quienes no tenían cobertura por parte de las instituciones de seguridad social, es decir, la población más vulnerable y que en conjunto incluye al 41% de la población total. La institución principal encargada de ofrecer asistencia en salud era la Secretaría de Salud, acompañada por el programa IMSS-Oportunidades (antes IMSS-Coplamar e IMSS-Solidaridad) y por programas de procuración de acceso a servicios básicos de salud<sup>19</sup> (Barba, 2003 y 2010).

### **Las reformas tempranas e intermedias de los sistemas de salud chileno y mexicano**

Los dos sistemas han experimentado reformas tempranas y tardías. Así, durante los años ochenta experimentaron reformas orientadas a lograr descentralizarlos y recientemente han sido reformados con la intención de universalizarlos (Azevedo, 1998; OPS y OMS, 2004; Mesa-Lago, 2007).

Como se recordará, el argumento de las reformas tempranas fue aumentar la flexibilidad y el acercamiento de los servicios de salud a la población. En tanto, los objetivos de las reformas recientes han sido: ampliar la cobertura a los excluidos de los sistemas de seguridad social, reformar las leyes generales de salud, garantizar el derecho a la salud y establecer beneficios mínimos para toda la población.

El diagnóstico de las primeras reformas indica que los resultados no fueron los esperados porque la irracionalidad y la inequidad aumentaron, el gasto en salud no se redujo, la coordinación no mejoró y la ineficiencia y la calidad de los servicios no crecieron, debido a que aumentaron las referencias innecesarias a niveles administrativos superiores (La Forgia y González-Block 1995; Bossert: 1996; Holley: 1995; Larrañaga, 1999; Homedes y Ugalde, 2002).

En el caso chileno las reformas de los años ochenta repercutieron en una municipalización incompleta de los servicios de salud, en el dete-

<sup>19</sup> La SSA fue creada en 1943, IMSS-Coplamar en 1979, a partir de 1983 denominado IMSS-Solidaridad y en 1997 cambió su nombre a IMSS-Oportunidades. Por su parte, los programas de procuración de acceso a servicios básicos de salud se establecieron en 1995 (Barba, 2003).

rioro de los servicios públicos debido a una drástica reducción en la inversión en salud y en la aparición de compañías aseguradoras privadas que reciben, a través del Fondo Nacional de Salud<sup>20</sup> (FONASA) la cuota de financiación<sup>21</sup> que el Estado impone a los trabajadores del sector formal. FONASA sólo cubre una parte del coste del servicio, el resto lo paga el usuario, excepto en casos de población indigente<sup>22</sup> (Azevedo, 1998: 195; Homedes y Ugalde, 2002: 58).

Las reformas intermedias, que en Chile se iniciaron desde los años ochenta, basadas en procesos de focalización o mercantilización, que hacían hincapié en la combinación de los sectores público y privado, que buscaban la separación de las funciones de provisión de servicios y financiamiento, y que enfatizaban la competencia y la eficiencia financiera y administrativa como objetivo central tampoco han sido consideradas exitosas. Durante los años noventa se hicieron esfuerzos encaminados a recuperar las funciones del sector público, ampliando la inversión, apoyando a los servicios municipalizados descentralizados, intentando mejorar la eficacia de los subsidios, realizando mejoras administrativas, acciones para disminuir la inequidad, a través de la focalización de inversiones en las comunidades con mayores carencias, articuladas con una estrategia de reducción de la pobreza<sup>23</sup> (Azevedo, 1998; Homedes y Ugalde, 2002; Tobar, 2006).

<sup>20</sup> La agencia recaudadora única del Estado para la salud.

<sup>21</sup> 7% del salario.

<sup>22</sup> Este sistema ha sido muy beneficioso para las ISAPRE que han operado con márgenes de rentabilidad del 20% y costes administrativos también del 20%, gracias a una selección muy cuidadosa de clientes (p. ej., transfieren a los trabajadores jubilados y a los enfermos crónicos a FONASA), a una limitación en la oferta de servicios que ofrecen a sus usuarios, y con aumentos de copagos y deducibles (Homedes y Ugalde, 2002: 58).

<sup>23</sup> El diagnóstico del proceso es el siguiente: No hay evidencia de que haya mayor eficiencia como resultado de la privatización, al contrario hay duplicidad en la prestación de servicios. Hay subsidios cruzados de pobres y ricos, lo que aumenta la inequidad. Los municipios más pobres ofrecen servicios de menor calidad que los más ricos. Ha evitado el aumento desordenado de costes. El gasto total en salud en 1990 era del 7,6% del PIB y en 1996 del 8,1%. Desaparece el concepto de solidaridad. Se puede hablar de subfinanciación de salud para los pobres. No hay estudios de calidad pero hay cierta evidencia de que se han deteriorado algunos servicios públicos. El Estado tiene dificultades para controlar al sector privado (se incrementa el comportamiento oportunista de las ISAPRE). Los costes se traspasan al usuario y aumentan las barreras económicas de acceso. Hay una gran complejidad administrativa (que aumenta la dificultad para entender el sistema). Las ISAPRES en 1995 ofrecían 8.800 planes distintos lo que hacía muy difícil elegir entre ellas. En general se puede hablar

En el caso mexicano la descentralización ha atravesado por dos etapas, la primera comprendida entre 1983 y 1988, la segunda inició en 1994 y concluyó con la creación del Seguro Popular (SP) en 2004, que tiene un evidente sesgo centralizador y brinda beneficios exactamente a la misma población que la atendida por los servicios de salud de los estados.

La descentralización incluyó sólo a los servicios que provee la Secretaría de Salud dirigidos a quienes no cuentan con seguridad social o seguros privados<sup>24</sup>. Durante la primera etapa, que sólo incluyó a 14 de los 31 estados del país<sup>25</sup>, se obtuvo un saldo muy negativo porque la descentralización no implicó la transferencia de autoridad a los gobiernos estatales para que pudieran tomar decisiones en tres áreas cruciales: la programática, la de recursos humanos y la financiera. El resultado neto fue un incremento de la inequidad y la reducción de la calidad de los servicios (Homedes y Ugalde, 2005: 216, González-Rosseti, 2005: 32).

La segunda etapa, iniciada en 1994, se basó en la firma de “Acuerdos de Descentralización” con cada estado, y pese a que hubo muchas resistencias el último de estos acuerdos se firmó en 1999. La autoridad programática del sistema y las decisiones en materia de contratación de personal continuaron siendo muy centralizadas. Sin embargo, hubo una mayor flexibilización en el uso de los fondos financieros federales, a partir de la creación del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) en 1998, desde entonces los servicios estatales pueden disponer libremente de los recursos transferidos por el gobierno federal, con excepción de los que corresponden al rubro de salarios, que son la mayoría (Ibíd., 216-217).

Las evidencias indican que la segunda oleada descentralizadora repercutió en una mayor inequidad intra e inter estatal. Puede decirse que un resultado neto del proceso fue exacerbar la fragmentación de las políticas de salud en México y el incremento de las desigualdades en materia de salud (González Pier, 2005; Banco Mundial, 2004: 156).

Finalmente, en lo que corresponde a los intentos de privatización del sistema de salud mexicano, se iniciaron durante el gobierno del presi-

---

de un alto nivel de insatisfacción de los consumidores y proveedores (Homedes y Ugalde, 2002: Tabla 3).

<sup>24</sup> A ese sector se le denomina “Población abierta”.

<sup>25</sup> El resto se opuso a adquirir nuevas responsabilidades fiscales.

<sup>26</sup> Separación de funciones de financiamiento y provisión de servicios. Bajo un esquema de cuasi-mercado los proveedores pueden ser privados aunque el financiamiento sea público, justo como ocurrió en el caso de las ISAPRES chilenas (Le Grand, 1991).

dente Ernesto Zedillo, entre 1994 y 2000, a través del “Programa de Reforma del Sector Salud” (PRSS) cuyos objetivos eran desregular y desincorporar algunos segmentos de la seguridad social para permitir la participación del sector privado en este sector, no sólo en el ámbito de las pensiones sino en el de la salud. Lo primero se consiguió a través de la transformación del sistema de pensiones del IMSS en un sistema de cuentas individuales administradas por el sector privado. Sin embargo, el intento de creación de un cuasi-mercado<sup>26</sup> a través de la reversión de cuotas<sup>27</sup> y mediante la introducción de mecanismos para incentivar una mayor eficiencia y calidad en la provisión de servicios del IMSS, como la selección de médicos en el primer nivel de atención por parte de los usuarios, fracasó debido al poder de veto del sindicato del IMSS<sup>28</sup> y de numerosos diputados priistas que se opusieron a la propuesta (González-Rosseti, 2005: 28-29).

## **Las reformas de tercera generación en México y Chile**

### ***a) México, la creación del seguro popular***

Tras las elecciones del año 2000, por primera vez un partido distinto al Partido Revolucionario Institucional (PRI) llegó al poder, dando fin al sistema de partido hegemónico en México. Sin embargo, la política social no experimentó cambios radicales, los dos aspectos más notables fueron la continuidad del programa focalizado de transferencias monetarias conocido como PROGRESA, que cambió de nombre a Oportunidades y se expandió. El otro fue la reforma a la Ley General de Salud en 2003, que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud, que pretendía integrar los seguros médicos del IMSS, el ISSSTE y un nuevo seguro creado en 2002, denominado Seguro Popular (SP).

El punto de partida de la reforma de 2003 fue hacer frente a dos añejos problemas del sistema mexicano: la desintegración y la desigualdad social en materia de salud. La segmentación del sistema mexicano puede apreciarse en el Gráfico 1 que presentamos en la sección anterior.

<sup>27</sup> Posibilidad de que una empresa no tuviera que afiliar a sus trabajadores al IMSS si demostraba que había contratado un servicio de seguridad social privado.

<sup>28</sup> Para el sindicato la propuesta de reforma representaba el inicio del desmantelamiento del IMSS mediante la introducción de proveedores privados y sentaba un peligroso precedente al proponer modificaciones al contrato colectivo (González-Rosseti, 2005: 34).

La desigualdad en el acceso a la salud en México tiene múltiples dimensiones. Una de ellas es la polarización en el acceso a la seguridad social, mostrada por los datos siguientes de 2004: mientras los adultos mayores o los indígenas sólo alcanzaban coberturas cercanas al 20%<sup>29</sup> por parte de la seguridad social, el decil poblacional más rico contaba con una cobertura de 90%. A su vez, el decil más pobre alcanzaba apenas una cobertura del 1.5% (Scott, 2005: 60).

La segunda dimensión es la desigualdad en la calidad de los servicios ofrecidos, que puede inducirse observando las diferencias en el gasto per cápita de las instituciones de salud. Si tomamos el gasto per cápita promedio a nivel nacional como 100, tenemos que en 1995 PEMEX tenía un gasto per cápita de 553.3, el IMSS de 99.4, el ISSSTE de 63.0, la SSA de 52.8, e IMSS-Solidaridad de 18.7. El gasto per cápita en la cúspide de la pirámide de los servicios públicos era 10 veces mayor que en la base (OCDE, 1998: figura 17).

La tercera corresponde a las desigualdades regionales. Para ilustrarlas podemos comparar a la región más rica de México con el promedio nacional y la región más pobre a finales de la década de 1990<sup>30</sup>. En 1997, el promedio nacional en el acceso a la seguridad social, que correspondía a 9 regiones del país, era del 35% de la población, con un gasto per cápita aproximado de 1171 pesos. Esos datos contrastan agudamente con los indicadores de la región Noreste<sup>31</sup> (la más rica) en la que el 52% de la población eran derechohabientes y el gasto per cápita en salud era de 1277 pesos; también contrasta con los indicadores de la región Pacífico Sur<sup>32</sup> (la más pobre) donde sólo el 16% estaba asegurado y el gasto per cápita en salud era más de 10 veces menor que en el caso anterior<sup>33</sup> (Gutierrez, 2002: Cuadro 2).

Estas tendencias desiguales se hicieron más complejas debido a una transición epidemiológica prolongada y heterogénea que experimentó

<sup>29</sup> En las zonas rurales la cobertura de la seguridad social para los adultos mayores en 2004 era de sólo 5% (Scott, 2005, 60).

<sup>30</sup> Se utilizan datos oficiales de 1997.

<sup>31</sup> Integrada por los estados de Nuevo León y Tamaulipas, con una población de 6.5 millones, el 89% de carácter urbano, con las más bajas tasas de natalidad, y donde se ubican los principales grupos industriales del país (Gutierrez, 2002: 77).

<sup>32</sup> Integrada por los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca, con una población de 10 millones, el 53% de origen rural, con altas tasas de natalidad, y donde predominan actividades primarias, donde el 25% de la población es indígena y el 24.5% es analfabeta (Gutierrez, 2002: 78) .

<sup>33</sup> 583 pesos.

México, y que a finales del siglo pasado se manifestaba como la adición de nuevos aspectos a los patrones tradicionales de enfermedad, discapacidad y muerte. Acorde con una larga trayectoria dual en materia de bienestar<sup>34</sup>, México encara una doble carga: 1) Por un lado, una agenda inconclusa en lo correspondiente al control de infecciones, desnutrición y problemas de salud reproductiva<sup>35</sup>. 2) Por el otro, los retos emergentes representados por las enfermedades crónicas, como la diabetes o las enfermedades cardíacas o del hígado<sup>36</sup>, los trastornos mentales y el problema creciente de las lesiones y la violencia (Frenk, 2007: 16).

Sin embargo, el financiamiento de la salud no se incrementó significativamente para hacer frente a esta nueva estructura de riesgos. En 2003, año de la reforma a la Ley General de Salud, México gastaba únicamente 6.3% del PIB en salud, el gasto público equivalía a 2.8% del PIB. El gasto per cápita era de 103 dólares para la población no asegurada y 248 para la población asegurada. Este nivel de gasto en salud era por supuesto más bajo que el 14% del PIB que los Estados Unidos de América gastaron en salud en 2000, equivalente a 4500 dólares per cápita; también era menor al promedio de gasto en salud de AL, que era de 6.9%; y se ubica debajo de países como Uruguay, Colombia y Costa Rica que gastaban respectivamente 10.9%, 9.3% y 7.2% del PIB en ese rubro (SSA, 2004; SSA-DGIS, 2005).

La situación era aún más precaria considerando que antes de la reforma de 2003 en México aproximadamente el 56% del gasto correspondía a gastos de bolsillo, el 3.0% a seguros privados y sólo el 42% a gasto público. Esto explica que de acuerdo con el Banco Mundial (2005), en 2002 el 9% de los hogares asegurados en México enfrentaron gastos empobrecedores, mientras el 40% de los hogares no asegurados cayeron por debajo

<sup>34</sup> El régimen de bienestar mexicano se distingue porque en el medio urbano protegió y otorgó derechos sociales a los trabajadores masculinos, adultos, formales y organizados, así como de los empleados públicos y las clases medias; en el medio rural generó una desafiliación sistemática de los sectores campesinos; en el medio urbano ofreció una discreta asistencia social a los trabajadores informales; y en el caso de la población indígena reprodujo la tradición histórica de excluirla del acceso a las instituciones y bienes y servicios sociales. Considerando estas tendencias, el régimen mexicano puede caracterizarse como dual, porque sólo ofrecía protección social a los sectores urbanos y formales, mientras asistía, desafiliaba o excluía al resto de la población (Barba, 2003 y 2006).

<sup>35</sup> Problemas relacionados con la pobreza.

<sup>36</sup> Asociados con factores de riesgo como el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad.

de la línea de pobreza como resultado de gastos de salud. Para 2004, 5 millones de personas enfrentarían gastos catastróficos o empobrecedores<sup>37</sup> (SSA, 2005; Scott, 2005: 68).

Por ello, en 2002 se puso en marcha el SP, un seguro básico para la población sin seguridad social o “abierta”, que tras la reforma de 2003 se encuadró en el Sistema de Protección Social en Salud creado por dicha modificación a la Ley General de Salud.

El SP es un paquete básico de salud al que se accede a través de un aseguramiento público y voluntario, diseñado para aquellas personas de bajos recursos que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2011).

El paquete incluye la provisión de medicinas, financiado por medio de subsidios públicos y contribuciones progresivas de los hogares en función de los niveles de ingreso y los activos de los hogares. Los hogares ubicados en los primeros cuatro deciles no contribuyen financieramente (Cuadro 10).

**Cuadro 10. Arquitectura financiera del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)**

Seguros Públicos	Aportadores		
	Derechohabientes	Patrones	Cuota social
Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS	Obrero	Patrón	Estado Nacional
Seguro Médico del ISSSTE	Empleado	Gobierno Federal	Estado Nacional
Seguro Popular de Salud	Familias por encima del 4to decil de ingreso	Gobierno Estatal Gobierno Federal (aportación solidaria)	Estado Nacional

Fuente: Secretaría de Salud (2006: Cuadro 1); CNPSS, 2011.

<sup>37</sup> Gastos catastróficos se definen como gastos anuales en salud de más de 30% de los recursos disponibles en los hogares para gasto alimentario; gastos empobrecedores representan gastos que reducen los recursos disponibles por debajo de la línea de pobreza.

El SP se legitima afirmando su aspiración universalista a hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud garantizado para todos los ciudadanos. Sin embargo, la reforma de 2003 no cambió el paradigma dominante denominado “Pluralismo fragmentado” que busca la ampliación de la cobertura a través de distintos sistemas, que teóricamente se complementan entre sí. Por una parte, diversas instituciones de seguridad social para distintos segmentos de los asalariados formales. Por otra, servicios privados para los sectores de mayores ingresos e instituciones asistenciales de carácter público para los sectores vulnerables que no cuentan con acceso a ninguno de los otros dos subsistemas (Barba, 2010: 90).

La creación del SP continuó la ruta iniciada por Oportunidades, que en materia de salud enfatiza la ampliación del acceso a servicios básicos de salud<sup>38</sup>. Pero mientras en el referido programa el perfil epidemiológico que se toma en consideración es el de los pobres de comunidades rurales, en el caso del SP se ofrece un paquete mucho más amplio, consistente en 275 intervenciones, la garantía de suministro de 307 medicamentos y la cobertura de casi 1500 enfermedades: el 100% de las atendidas en unidades de primer nivel, el 95% de las de segundo nivel y el 60% de las que generan gastos catastróficos y que corresponden a acciones de tercer nivel (CNPSS, 2011).

La creación del SP implicó retomar el lenguaje de los derechos sociales universales, pero no se abandonó la tentativa de mercantilizar los servicios de salud. De hecho fue concebido como un servicio contratado por anticipado por sus usuarios, pero subsidiado estatalmente (Cuadro 10).

El SP garantiza dos tipos de servicios: los esenciales y los de alto costo. Los primeros absorben la mayoría de los recursos asignados a los estados y corresponden casi a la totalidad de las intervenciones previstas en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES), al total de los medicamentos garantizados y pueden ser

<sup>38</sup> A través de 13 intervenciones de carácter preventivo y de la detección y tratamiento oportuno de problemas agudos de salud, que se proporcionan gratuitamente a cada uno de los integrantes de las familias beneficiarias. Ese tipo de objetivos y de servicios son inferiores a los establecidos por la seguridad social y a los ofrecidos por los sistemas de seguros públicos en México, además no se corresponden a la nueva estructura de riesgos generada por la transición epidemiológica (INSP, 2005).

suministrados en unidades de atención ambulatoria y hospitales generales. Los de alto costo se brindan en hospitales de especialidad y se financian a través del “Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos” (FPGC). Sin embargo, no se establece con claridad cuáles servicios serán incluidos, sólo se aclara que su prestación estará condicionada a la disponibilidad de recursos y las preferencias de la población, y no cuenta con recursos fiscales garantizados para atender este tipo de gastos (Barba, 2010: 97).

De hecho, en 2009 sólo el 17.2% de los recursos del SP se destinaron al FPGC. Sin embargo, estos datos no son suficientemente precisos, de acuerdo al informe de resultados de CNPSS de 2009, ese año sólo se erogaron 1497.4 millones de pesos para pagar la atención de enfermedades catastróficas, es decir: el 3.6% del presupuesto ejercido en 2009. Un dato revelador de las prácticas del SP en el área de las enfermedades crónicas que generan gastos catastróficos es que sólo se autorizó la atención de 205 casos relacionados con insuficiencia renal crónica, pero no se atendió ninguno (CNPSS, 2009: Tabla 3.6).

Estudios como el realizado por Grogger (et. al.: 2011) confirman el escaso impacto del SP en los gastos catastróficos. Esos autores encontraron que el SP sólo tiene efectos significativos en la reducción de gastos catastróficos en salud en las zonas rurales, aunque solamente en lo concerniente a consultas y hospitalización, mientras que en las zonas metropolitanas tiene pocos efectos en ese rubro, aunque sí reduce el gasto promedio en salud, sobre todo en la compra de medicamentos y en el cuidado del embarazo.

Por su parte Cárdenas (2011) encuentra que entre un 70% y un 90% de quienes recurrieron a los servicios ofrecidos por el SP utilizaron servicios asistenciales, y que 5 de cada 10 afiliados asistidos por el SP tuvieron que realizar gastos no cubiertos por esa institución, lo que muestra que los gastos de bolsillo continúan a pesar de la reforma.

En otro orden de ideas, de acuerdo con la evaluación realizada por CONEVAL al SP en 2010-2011, aunque el SP ha mejorado significativamente la escala y equidad del financiamiento en salud disponible para la población no asegurada por las instituciones contributivas de la seguridad social, no existe evidencia clara aún que compruebe el impacto del programa en la salud. Hace falta demostrar que el potencial financiero del programa se traduce en avances medibles en acceso efectivo a servicios de calidad y en todos los niveles de salud de la población (CONEVAL, 2011).

Las evidencias indican que se han reducido las brechas regionales en la cobertura de los servicios de salud, pero todavía se mantienen las desigualdades, esto puede apreciarse en el Cuadro 11, donde es evidente que en la región más rica todavía hay una menor carencia de servicios de salud, en tanto que en la región más pobre es donde hay mayores carencias.

**Cuadro 11. Porcentaje de personas sin acceso a servicios de salud, en estados de tres regiones de México 2008-2010**

Ámbito geográfico	Carencia de servicios de salud	
	2008	2010
Nuevo León (Región Norte)	28.6	22.4
Jalisco (Región del pacífico)	37.2	35.2
Chiapas (Región Sur)	52.1	36.5
Nacional	40.8	31.8

Fuente: Elaboración propia a partir de CONEVAL, 2011: Cuadro 5.

Por otra parte, la segmentación característica del sistema de salud no ha sido superada, por lo contrario, todo indica que se ha agregado un nuevo escalón a la pirámide de salud que hemos expuesto. Lo que se aleja considerablemente de los ideales universalistas y agrega una mayor complejidad al sistema. El Gráfico 2 da cuenta de esta nueva situación.

**Gráfico 2. Segmentación del sistema de salud mexicano hacia finales de los años 2010**



Fuentes: Cálculos propios con base en: CONEVAL, 2010; INEGI e ISSSTE, 2010; CNPSS, 2009.

### ***b) El caso chileno***

En Chile, durante el gobierno del Presidente Ricardo Lagos se desarrolló una Reforma de Salud para hacer frente a la inequidad en el acceso a la atención de salud entre el sistema ISAPRE (público/privado) y el FONASA (público); a las deficiencias en la gestión de los hospitales públicos; a la falta de regulación de los planes y atenciones del subsistema privado; a la inadecuación del modelo de atención que enfatizaba la atención de enfermedades agudas y que como en el caso mexicano se había adaptado al cambio de perfil epidemiológico; y a la insuficiencia del financiamiento del subsector público.

Este esfuerzo de reforma, a diferencia de los anteriores, tenía como propósito central modificar la estructura legal del sistema de salud para promover una mayor equidad y solidaridad. La reforma se estimaba posible por los cambios políticos ocurridos a nivel parlamentario (Lenz, 2007: 8).

Como ya se dijo, el Sistema de Salud Público Nacional otorga a todos los chilenos universalidad formal de acceso a la atención de salud. No hay exclusión para las personas inscriptas en el seguro público por ninguna condición. Sin embargo, como señala Urriola (2006), en la realidad la exclusión se produce por vía de las listas de espera, por la menor calidad de las prestaciones y por los requisitos financieros necesarios, especialmente para solventar intervenciones médicas complejas que repercuten en gastos catastróficos. Por ello, la oportunidad, la calidad y el financiamiento son las variables cruciales que se consideraron en la reforma de 2004 (Urriola, 2006: 279-280).

La elaboración de la reforma correspondió a un Comité Interministerial y lo que se buscó fue establecer una serie de principios, entre ellos: el derecho universal a la salud, que garantice una atención adecuada y oportuna para todos los ciudadanos, considerando las capacidades y recursos del país; la equidad de sistema; la solidaridad social; el uso eficiente de los recursos y la participación social en salud (Román y Muñoz, 2008: 1600).

La reforma cristalizó en el plan conocido como “Acceso Universal con Garantías Explícitas de Salud (AUGE)”, que ha determinado un Plan de Salud Pública y un Plan de Salud de las Personas. Este último, a diferencia del SP mexicano, establece el tipo de beneficiario y garantiza para los pacientes procedimientos diagnósticos, tratamientos y seguimientos en un número limitado y progresivo de patologías específicas (Ibíd.).

AUGE fue creado en 2004 con propósitos semejantes a los del SP: mejorar las condiciones de atención médica en términos de acceso, calidad de la atención y garantía de financiamiento para las enfermedades más prevalentes y de carga económica más considerable para el paciente y el Estado chileno, además se incluyeron patologías que generan gastos catastróficos (Ministerio de Salud: 2004).

El paquete atendido por AUGE es mucho más pequeño que el del SP: inicialmente 5, después 16 y hacia 2007 se llegó a cubrir 56 patologías, el resto de patologías continúan siendo atendidas por el sistema público (FONASA), las ISAPRES<sup>39</sup> y por los servicios médicos privados (Lenz, 2007: 24).

Sin embargo, *AUGE* ofrece cuatro garantías explícitas (GES) para sus beneficiarios: garantía de acceso en las instituciones del FONASA o las ISAPRES en la forma y condiciones establecidas por las GES; garantía de calidad que implica el otorgamiento de las prestaciones de salud por un prestador registrado o acreditado en la Intendencia de Prestadores; garan-

<sup>39</sup> Ver nota 17.

tía de oportunidad, que fija plazos máximos a los prestadores de servicios para atender los protocolos establecidos; garantía de protección financiera, que establece la contribución que debe efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia que debe ser aprobado (Ministero de Salud, 2002).

Como en el caso mexicano, se ha criticado el que AUGE excluye a las enfermedades cuyo tratamiento es más costoso, lo que redundaría en la exclusión de numerosos pacientes, esto le confiere a este plan un carácter focalizado. A pesar de ello, a diferencia del SP, AUGE ofrece garantías explícitas de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera que no están presentes en el caso mexicano. Además, AUGE enfatiza afecciones de alta mortalidad y costo, aunque tiende a desfigurarse al incluir otras patologías que escapan a esta caracterización (Lenz, 2007; Román y Muñoz, 2008).

También algo que distingue a AUGE frente al SP mexicano, es que fue concebido como un sistema dinámico que se propone mejorar los servicios que ya ofrece y agregar progresivamente otros. No obstante, el diseño del plan tiende a atender la fase aguda de enfermedades crónicas, pero las etapas posteriores escapan a la atención garantizada por la ley, lo que redundaría en que las complicaciones asociadas con la evolución de algunas enfermedades no sean consideradas, además el sistema no realiza acciones preventivas (Román y Muñoz, 2008: 1601).

Sin embargo, un avance notable en relación con el SP es que los pacientes tienen el derecho a recurrir al sistema judicial cuando las garantías de AUGE no se cumplen, lo que subraya la judicialización de este derecho social.

Por otra parte, en contra de los objetivos de la reforma, AUGE no ha reducido los costos del sistema de salud, cuando de hecho cubrir las garantías de AUGE ha implicado más fondos de los previstos (Ipanza, 2007).

En términos de economía política, Lenz señala que el éxito que experimentó la reforma en su fase de negociación política no ha sido un capital suficiente para allanar el camino y asegurar su implementación. Ese autor señala dos obstáculos insalvables: los perdedores durante la fase de negociación suelen bloquear o aminorar el ritmo de avance de la reforma; el segundo es que la negociación política se mueve en un terreno relativamente abstracto que poco tiene que ver con las complejidades operativas de la fase de implementación. Sin duda esa es una enseñanza importante en cualquier proceso de reforma (Lenz, 2007: 31).

## PALABRAS FINALES EN RELACIÓN A LA COMPARACIÓN ENTRE EL SEGURO POPULAR Y AUGE

A pesar de los límites de la reforma chilena, algo muy evidente es que a diferencia de la reforma mexicana la focalización de AUGE se da en un contexto de universalidad y tiende a incrementar la integralidad del sistema de salud, la equidad en el acceso, la calidad de los servicios y en el financiamiento, la inclusión gradual de padecimientos que generan gastos catastróficos, así como la judicialización del derecho a la salud. Esto marca un sendero posible para una nueva reforma al sistema mexicano que tenga como meta realizar objetivos universalistas.

Por otra parte, la reforma chilena exhibe limitaciones importantes ya que no parece que haya incidido en una modificación de la estructura del sistema de salud chileno, segmentado a partir de la creación de las ISAPRES y con un fuerte sesgo a favor de los servicios privados.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abel, Christopher y Loyd-Sherlock, Peter (2004), "Políticas de salud en América Latina: Temas, tendencias y desafíos". En *Comercio Exterior*, Vol. 54, núm. 9, México, Septiembre, pp. 800-810.
- Azevedo, Antonio Carlos (1998), "La provisión de servicios de salud en Chile: Aspectos históricos, dilemas y perspectivas". En *Revista de Saúde Pública*, 32, 2, pp. 192-199.
- Banamex-División de Estudios Económicos y Sociales de Banamex (1998), *México Social, 1996-1998. Estadísticas seleccionadas*. México: Banamex-Actival.
- Banco Mundial (1993), *World Development Report 1993. Investing in Health*. Oxford: Banco Mundial.
- . (2004), *Poverty in Mexico: an assessment of conditions, trends and government strategy*. Washington, D.C.: World Bank.
- . (2005), "Mexico an overview of social protection". Report n. 32929-MX. Washington D. C.: Banco Mundial.
- Barba, Carlos (2003), *El Nuevo Paradigma de Bienestar Social Residual y Deslocalizado. Reformas de los regímenes de bienestar en la OCDE, América Latina y México*. Tesis presentada para obtener el grado de doctor en Ciencias Sociales por la Universidad de Guadalajara y el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

- . (2006), “La reforma social y el régimen de bienestar mexicano”, en Franco, Rolando y Jorge Lanzaro (Coords.), *Política y Políticas Públicas en los Procesos de Reforma Latinoamericanos*, Buenos Aires: Miño y Davila, FLACSO-México, CEPAL, Ministère des Affaires Étrangères, pp. 163-200.
- . (2007), *¿Reducir la pobreza o construir ciudadanía social para todos? América Latina: Regímenes de bienestar en transición al iniciar el Siglo XXI*, México: Universidad de Guadalajara.
- . (2010), “La reforma de la Ley General de Salud en México y la creación del Seguro Popular”. En Valencia, Enrique (Coord.) *Perspectivas del Universalismo en México*. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, Fundación Konrad Adenauer, ITESO, UIA, pp. 87-102.
- BID- Banco Interamericano de Desarrollo (1996), *Economic and Social Progress in Latin America. The 1996 Report*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Bossert, T. (1996), Decentralization. En: Janovsky, K, editor. Health policy and systems development. An agenda for research. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Cárdenas, Sergio, et. al (2011), “Perfil de los afiliados del Seguro Popular”. México: CIDE, Seguro Popular. Disponible en [http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/contenidos/ForoSPCIDE/Perfil\\_de\\_los\\_afiliados\\_Sergio\\_Cardenas.pdf](http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/contenidos/ForoSPCIDE/Perfil_de_los_afiliados_Sergio_Cardenas.pdf)
- CNPSS-Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2011), <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/>
- CNPSS-Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2009), *Informe de Resultados*. México: CNPSS.
- CONEVAL-Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (2010), *Medición Multidimensional de la Pobreza 2010*. Anexo Estadístico. México: CONEVAL.
- CONEVAL (2011), *Informe de la Evaluación Específica de Desempeño del Seguro Popular 2010-2011*. México: CONEVAL.
- Filgueira, Fernando (1997), “La nueva arena de las políticas sociales: vectores internacionales y mediación doméstica en la reforma del sector social en América Latina”. En Pérez Baltodano, Andrés. *Globalización, Ciudadanía y Política Social en América Latina: Tensiones y Contradicciones*. Caracas: Nueva Sociedad, pp. 67-96.
- Frenk, Julio (2007), “Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias”, *Salud Pública Mexicana*, vol. 49, suplemento 1, pp. 14-22.
- Funsalud- Fundación Mexicana para la Salud (1997), *Observatorio de las Salud, Necesidades, Servicios y Políticas*, México.

- Granados, Ramón y Gómez, María (2000), “La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: Resultados y Balance”, en *Revista de Salud Pública*, Vol. 2, núm. 2, pp. 97-120.
- González-Rossetti, Alejandra (2005), *La factibilidad política de las reformas del sector social en América Latina*. Serie estudios y perspectivas, num. 39, México: Cepal, 67 p.
- González Pier, Eduardo (2005), “Federalismo en salud y reforma financiera en México”, en SEGOB, *Federalismo y Políticas de Salud*, pp. 202-213.
- Grogger, J.; Arnold, T.; León, A. S.; y Ome, A. (2011), “The effect of Seguro Popular on Out-of-pocket Health Spending”. The Harris School, Public Policy, University of Chicago. Disponible en: [http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/contenidos/ForoSPCIDE/Gasto\\_en\\_salud\\_Jeffrey\\_Grogger.pdf](http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/contenidos/ForoSPCIDE/Gasto_en_salud_Jeffrey_Grogger.pdf)
- Gutiérrez, Angelina (2002), *México Dentro de las Reformas a los Sistemas de Salud y de Seguridad Social de América Latina*, México: UNAM, Siglo XXI.
- Holley, J. (1995), “Estudio de descentralización de la gestión de los servicios de salud. Territorio de Capinota, Bolivia”. Latin American Health and Nutrition Sustainability Project. Washington: University Research Corporation.
- Homedes, Nuria y Ugalde, Antonio (2002), “Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica”, en *Gaceta Sanitaria*, vol. 16, núm. 1, pp. 54-62.
- . (2002 a), “Descentralización del Sector Salud en América Latina”, en *Gaceta Sanitaria*, vol. 16, núm. 1, pp. 18-29.
- . (2005), “Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso”, en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 17, núm. 3, pp. 210-220.
- INEGI, IMSS (2010), *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2009 (ENESS-2009)*. México: INEGI.
- Infante, Alberto; de la Mata, Isabel; y Daniel López Acuña (2000), “Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: Situaciones y tendencias”. En *Revista Panamericana de Salud*. Vol. 8, núm. 1, pp. 13-20.
- INSP- Instituto Nacional de Salud Pública (2005), “No nos puede pasar que, esperando las 100 intervenciones del seguro popular, se deterioren las 13 intervenciones del paquete básico de *oportunidades*. Entrevista con Rogelio Gómez Hermosillo”, en *Seguro Popular de Salud. Siete Perspectivas*. Cuadernos de Salud Pública, pp. 47-49.
- Iriart, Celia; Merhy, Emerson y Waitzkin, Howard (2000), “La atención gerencial en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma”, en *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 16, núm. 1, pp. 95-105.

- Ipanza, M. (2007), "Evolución del gasto público en salud y lo que el país debería gastar". En *Cuadernos Médico Sociales*, n. 47: pp. 88-98.
- Kaufman, Robert R. y Joan Nelson (eds.) (2004), *Crucial Needs, Weak Incentives: Social Sector Reform, Democratization, and Globalization in Latin America*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- La Forgia, G. M., González-Block, M. A. (1995), "Descentralización en salud: lecciones de la experiencia". Discussion paper no. 2. Inter-American Development Bank. Washington: Banco Interamericano para el Desarrollo.
- Larrañaga, Osvaldo (1999), "Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno". Serie Financiamiento y Desarrollo. Proyecto Cepal/GTZ Reformas Financieras al Sector Salud en América Latina y el Caribe. Unidad de financiamiento. Santiago de Chile: Ministerio de Salud/FONASA.
- Le Grand, Julian (1991), "Quasi-markets and social policy". En *The Economic Journal*, n. 408, Oxford University Press, pp. 1256-1267.
- Londoño, J. L., Frenk, J. (1997), Structured pluralism: Towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy* 41: 1-36.
- Lenz, Roy (2007), "Proceso político de la reforma AUGE de salud en Chile: Algunas lecciones para América Latina. Una mirada desde la economía política". Serie Estudios Socio/Económicos n. 38, Santiago de Chile: Corporación de Estudios para América Latina, pp. 1-34.
- Martínez, Juliana (2008), *¿Arañando bienestar? Trabajo remunerado, protección social y familias en América Central*. Buenos Aires: CLACSO.
- Mesa-Lago, Carmelo (2005), *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de seguridad social*. Santiago de Chile: CEPAL.
- . (2007), *Reassembling Social Security. A Surrey of pensions and Healthcare reforms in Latin America*. New York: Oxford University Press.
- MINSAL-Ministerio de Salud, República de Chile (2002), "Sistema de acceso universal con garantías explícitas: construcción de la propuesta técnica del año base". Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- . (2004), "Ley de Autoridad Sanitaria No. 19.937". En *Diario Oficial de Chile*, 24 de febrero.
- OCDE- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (1998), *Estudios Económicos de la OCDE. México 1997-1998. Capítulo especial: Reforma del sistema de Salud*. París: OCDE.
- OPS- Organización Panamericana de la Salud y OMS-Organización Mundial de la Salud (2004), *Analysis of Health Sector Reforms. Region of the Americas*. Washington: OPS y OMS.
- Román, Oscar y Muñoz, Félix (2008), "Una mirada crítica en torno al plan

- AUGE. Algunos aspectos generales y valóricos”. En *Revista Médica de Chile*, n. 136, pp. 1599-1603.
- Scott, John (2005), “Seguridad social y desigualdad en México: De la polarización a la universalidad. En *Bienestar y Política Social*. Vol. 1, n. 1, pp. 59-82.
- SSA- Secretaría de Salud (2002), *Programa Nacional de Salud 2001 – 2006. La democratización de la salud en México*, México: Secretaría de Salud.
- . (2004), *Financiamiento justo y protección social universal. La reforma estructural del sistema de salud en México*, México: Secretaría de Salud.
- . (2004 a), *Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud*. México: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud.
- . (2005), *México 2004*. México: Secretaría de Salud.
- . (2006), *Sistema de Protección Social en Salud. Estrategia de Evaluación*, México: Secretaría de Salud.
- SSA-DGIS-Dirección General de Información en Salud (2005), *Sistemas de Cuentas Federales y Estatales de Salud*. México: Secretaría de Salud.
- Tobar, Federico (2006), “¿Qué es el universalismo básico en salud?”, en Molina, Gerardo (ed.). *Universalismo Básico. Una nueva política social para América Latina*. Washington, D.C. / México: BID / Editorial Planeta, pp. 283-291.
- Urriola, Rafael (2006), “Chile: protección social en salud”. En *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 20, n. 4., pp. 273.
- Vázquez, M. L., Siqueirab, E., Kruzeb, I., Da Silva, A., y Leite, I. C., (2002), “Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina”. En *Gaceta Sanitaria*, vol. 16, núm. 1, pp. 30-38.

## SERVICIOS DE SALUD, UNIVERSALISMO Y DESIGUALDAD EN CENTROAMÉRICA: TERCOS LEGADOS E INCIPIENTES TRANSFORMACIONES<sup>1</sup>

*Juliana Martínez Franzoni<sup>2</sup>*

La educación básica, los servicios preventivos y curativos de salud y las transferencias en dinero a la población adulta mayor, constituyen un ingreso social, complementario al ingreso monetario. Además de afrontar los riesgos sociales de manera colectiva, el ingreso social permite redistribuir progresivamente recursos y por lo tanto reducir la desigualdad (Filgueira y otros, 2006:25). Ello requiere de un “piso de protección social” (OIT, 2011) o de un “universalismo básico” que alcance a toda la población y establezca qué derechos no están sujetos al poder adquisitivo de la población. Se trata así de alcanzar formas de “desmercantilización” del bienestar (Esping-Andersen, 1990). En la última década Centroamérica ha experimentado cambios importantes en su política social en general y de salud en particular. ¿Qué tan cerca o qué tanto lejos se encuentra actualmente la región de garantizarle a su población un “piso de protección” o un “universalismo básico” en materia de salud? Este documento, de índole descriptiva, brinda elementos para responder esta pregunta.

Habitada por 45 millones de personas, Centroamérica tiene la peculiaridad de ser una región tan pequeña como diversa. En un territorio que es menos de dos veces el tamaño de la provincia argentina de Buenos Aires, coexisten países con diversidad de regímenes de bienestar, estabilidad política e ideología de los partidos actualmente en el gobierno<sup>3</sup>. Los regímenes de bienestar son tanto estatales (Costa Rica y Panamá) como informales (El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua) (Mar-

<sup>1</sup> Los datos en los que se basa este artículo fueron generados por la autora en el marco del proceso de investigación del Cuarto Informe Estado de la Región. El análisis presentado en este artículo no es el mismo presentado en dicho Informe.

<sup>2</sup> Investigadora del Instituto de Investigaciones de la Universidad de Costa Rica  
Correo-e Juliana.Martinez@ucr.ac.cr

<sup>3</sup> Centroamérica, incluyendo a Belice, tiene 522.760 metros cuadrados. La Provincia de Buenos Aires tiene 307.571 metros cuadrados.

tínez Franzoni, 2008). Los primeros construyeron políticas sociales con relativa capacidad redistributiva, al menos de su población asalariada. Los segundos establecieron un manejo de riesgos basado en un papel “atrápalo-todo” de las relaciones familiares (Martínez Franzoni, 2008). Antes de la crisis de los 80, estos países experimentaron procesos de modernización trunca, reprimieron las demandas sociales y construyeron regímenes excluyentes (Filgueira, 1998). Partiendo del detallado trabajo de Mesa-Lago (2008) sobre sistemas de salud en América Latina, los regímenes de bienestar estatales latinoamericanos tienen también un desarrollo relativamente alto de sus sistemas de salud. Lo ilustran Costa Rica, Argentina, Chile, Uruguay y Panamá. Los países con regímenes de bienestar informal, en cambio, arrojan un desarrollo bajo. Corresponde al resto de Centroamérica, la región andina y Paraguay. ¿En qué medida los actuales sistemas de salud refuerzan o se alejan del patrón previo de desmercantilización del manejo de riesgos propios de los respectivos regímenes de bienestar, sea éste estatal o informal? ¿En qué medida priman los legados y en qué medida las transformaciones?

Hacia fines del siglo veinte cuatro de los seis países centroamericanos experimentaron transiciones democráticas que pusieron fin a décadas de autoritarismo. La diversidad ideológica actual se refleja en un abanico de partidos políticos al frente de los poderes ejecutivos, desde la izquierda moderada (El Salvador) y la izquierda radical (Nicaragua), a la derecha (Honduras) pasando por el centro-izquierda (Guatemala).

La literatura sobre regímenes de bienestar generalmente prescinde de análisis detallados de sectores específicos de política, mientras que los estudios de políticas de salud generalmente carecen de un encuadre que vincule estas políticas a un universo más amplio de derechos y de manejo de riesgos. A partir de una descripción y análisis de los cambios ocurridos entre 2005 y 2009 –dos años de expansión económica seguidos de dos años de recesión–, este artículo intenta contribuir a contar con una mirada más detallada de las reformas de salud en el marco de un enfoque más comprensivo de regímenes de bienestar.

A los efectos de valorar cuán lejos se encuentran los países centroamericanos del universalismo básico en salud, cuatro son las dimensiones de análisis más relevantes: la arquitectura institucional de los sistemas; la arquitectura efectiva que refleja la inversión social pública; la cobertura de los servicios públicos (contributivos o no contributivos); y la suficiencia de las prestaciones. Las dos primeras dimensiones permiten conocer el grado de independencia entre el nivel socioeconómico de las personas, y el acceso a servicios de salud. La tercera y cuarta dimensiones dan cuenta

de los alcances de la desmercantilización. Para caracterizar cada una de estas dimensiones, las fuentes primarias son principalmente estadísticas, las cuales se complementan con fuentes secundarias. A continuación me enfoco en cada una de estas dimensiones, incluyendo aspectos metodológicos relevantes, en particular, relativos a las fuentes.

### **GRADOS DE DESMERCANTILIZACIÓN: ARQUITECTURA INSTITUCIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

Los servicios de salud pueden obtenerse mediante la salud pública, la seguridad social o las compras privadas. La combinación de estos pilares nos permite conocer la arquitectura de los sistemas<sup>4</sup>. La prestación de servicios públicos puede ser propiamente pública o mediante la compra de servicios a terceros, generalmente privados aunque también a organizaciones no gubernamentales y de la economía social. Al igual que en el resto de América Latina, los procesos de reforma implementados en la región desde principios de los noventa promovieron la focalización, la descentralización y la privatización de los servicios. Con grados variables, todos los países incorporaron mayores grados de compra de servicios a terceros, en particular en materia de atención primaria (Bitrán, 2004; Almeida, 2006).

Como nota metodológica, la principal fuente para elaborar esta sección proviene de documentos oficiales. Cuanto más segmentada la arquitectura del sistema más difícil ha sido contar con datos actualizados y confiables.

### **En Centroamérica hay tres arquitecturas<sup>5</sup>**

En Centroamérica, la tercera arquitectura, *segmentada*, corresponde a países con régimen de bienestar informal. Entre un cuarto y la mitad de la población carece de servicios públicos y recurre a mecanismos privados o comunitarios. En estos países la coordinación institucional es débil

<sup>4</sup> Existen además los servicios comunitarios, muchas veces asentados en la tradición indígena y al cual se accede mediante pagos mínimos o intercambios en especie. Debido a la insuficiencia de datos disponibles este trabajo no los considera.

<sup>5</sup> En América Latina Mesa-Lago (2005) identifica diez de los cuales Centroamérica sólo cuenta con tres.

o inexistente (Badillo y otros, 2009a; Mesa-Lago, 2008). Este último redundante en problemas de cobertura, pero también de referencia y de insuficiencia de las prestaciones (Secretaría de Salud de Honduras, 2005; Flores, 2008b). En el resto de América Latina esta categoría comprende a países con un nivel importante de desarrollo del estado como Argentina y Uruguay, los cuales, de la mano de organizaciones mutuales y de regímenes especiales organizados para distintas ocupaciones, alcanzaron altos grados de cobertura.

### La arquitectura en salud se correlaciona con el perfil socioeconómico de la población

Los países con arquitecturas segmentadas son también aquellos en los que más de la mitad de la fuerza laboral se encuentra en condiciones de informalidad y de pobreza. En Costa Rica y Panamá una tercera parte de la población o menos se encuentran bajo la línea de pobreza. En los restantes países la población en condiciones de pobreza equivale a entre el 50% y el 70% de su población. En ambos grupos hay países con niveles de desempleo altos para la región (8% en Costa Rica y Nicaragua), aunque bajos en el contexto latinoamericano.

**Cuadro 1. Centroamérica: Informalidad, desempleo y pobreza. 2000-2009**

País	Variación anual del PIB			Informalidad		Desempleo		Pobreza	
	2007/06	2008/07	2009/08	2006/07	2008	2008	2009	2005/07	2008
Costa Rica	7,8	2,6	-1,2	38,8	37,1	4,8	7,6	19,9	16,4
Panamá	12,1	10,7	2,5	38,3	35,9	6,5	7,9	29,9	27,7
El Salvador	4,7	2,5	-2,5	56,7	57,8	5,5		47,5	40,0
Guatemala	6,3	4,0	-1,0	58,1	0,0	5,5	7,0	54,8	
Honduras	6,3	4,0	-3,0	43,6	0,0	4,1	4,9	70,2	
Nicaragua	3,2	3,2	-1,5	63,0	63,1	8,0		61,9	
<b>América Latina</b>	<b>5,8</b>	<b>4,2</b>	<b>-1,8</b>	<b>48,5</b>	<b>49,6</b>	<b>7,7</b>	<b>8,5</b>	<b>36,8</b>	<b>33,0</b>

Fuentes: CEPALSTAT, 2009. CEPAL, Anuario Estadístico, 2009 y Balance preliminar de las economías de AL y el Caribe 2009; OIT, Panorama Laboral 2009. DIGESTYC; EHPM 2008.

### **La importancia relativa de cada pilar depende de los ingresos de las personas**

De manera similar a lo que ocurra en otras partes de América Latina, en Centroamérica, los sectores medios y con empleo formal, principalmente urbano, tienen generalmente acceso a la seguridad social. Los sectores de altos ingresos compran servicios privados. La salud pública legalmente se encarga de la población no asegurada, pobre y de bajos ingresos, incluyendo la rural y la indígena. Aunque sólo en Guatemala se establece explícitamente, en la práctica es la población en condiciones de pobreza la que acude a los servicios de la salud pública<sup>6</sup>. En Costa Rica, dado que el Ministerio de Salud ya no presta servicios, la seguridad social cuenta con un acceso no contributivo para la población de escasos recursos y sin trabajo remunerado (CCSS, 2006). En los restantes países el acceso a la seguridad social ocurre sólo si media una cotización<sup>7</sup>.

El acceso a los servicios privados depende de la capacidad de pago y se realiza mediante seguros (con escaso peso relativo en Centroamérica) o mediante pagos “de bolsillo” (la mayor parte del gasto privado en la región). Aún en los países con mayor presencia estatal, Costa Rica y Panamá, hay una presencia importante de servicios privados de salud que, como se muestra abajo, se evidencia en el gasto privado existente.

### **La segmentación no es sólo socioeconómica sino también familiar**

El aseguramiento directo conlleva derechos muy distintos según se trate de países con arquitectura unificada y dual, por un lado, o segmenta-

<sup>6</sup> “El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social garantizará la prestación de servicios gratuitos a aquellas personas y sus familias, cuyo ingreso mensual no les permita costear parte o la totalidad de los servicios prestados” (Congreso de la República de Guatemala, 1997: artículo 4). En los restantes países se dice que los Ministerios de Salud atenderán a la población sin seguro social, aunque no necesariamente pobre.

<sup>7</sup> En los regímenes especiales, además se requiere una pertenencia profesional (como la docente) o laboral (como el poder judicial o las fuerzas armadas).

da, por el otro. Los países con arquitectura segmentada cuentan con un acceso muy limitado a los servicios por parte de familiares económicamente dependientes (es decir, esposas, compañeras, niños y niñas dependientes de los asegurados directos). Las limitaciones son de dos tipos: de acceso por parte de niños/as mayores de cierta edad y de servicios por parte de toda persona económicamente dependiente. Estos servicios son muy específicos, asociados a la maternidad y a controles básicos de niños y niñas. Si se tiene en cuenta que la salud pública debe en principio atender a toda persona sin seguridad social, esta población es muy distinta en tamaño y en composición en países con una y otra arquitectura.

#### **GRADOS DE DESMERCANTILIZACIÓN: ARQUITECTURA EFECTIVA**

La desmercantilización refiere al grado en que el acceso a los servicios de salud, sea mediante la salud pública o mediante la seguridad, es independiente del poder adquisitivo y de gasto privado por parte de la población. Para valorar las tendencias en esta materia a continuación discuto la evolución del gasto público y del gasto privado.

En términos metodológicos, los datos en los que se basa esta sección principalmente provienen de cuentas nacionales, a su vez estandarizados por organismos internacionales.

#### **Entre 2000 y 2006 en todos los países la inversión global en salud ha aumentado (Cuadro 2)**

En todos los países el gasto público en salud ha venido aumentando, aunque a excepción de El Salvador, también ha venido creciendo de manera considerable el gasto privado, tanto directo (el más extendido) como en menor medida el prepago. La seguridad social ha tenido un comportamiento variable en tanto ha aumentado en Costa Rica, Panamá, El Salvador y Nicaragua, y mantenido constante en Guatemala y Honduras.

**Cuadro 2. Centroamérica. Gasto en salud, total y según subsistemas**

En US\$ per cápita												
Región y país	Gasto total		Gobierno		Privado		Seguridad social		Directo de los hogares		Planes Privados prepagos	
	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006
<b>Región</b>	<b>131</b>	<b>173</b>	<b>74</b>	<b>98</b>	<b>57</b>	<b>75</b>	<b>42</b>	<b>56</b>	<b>51</b>	<b>66</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
Costa Rica	264	394	203	270	61	125	182	253	54	108	1	10
El Salvador	167	176	76	109	92	67	33	52	87	60	5	7
Guatemala	95	123	38	46	57	77	20	21	51	70	2	2
Honduras	59	93	33	45	26	49	5	7	22	42	2	4
Nicaragua	55	92	28	44	27	48	5	11	24	47	2	1
Panamá	307	381	209	262	98	119	105	125	80	96	18	23

Fuente: Elaboración propia con datos de: OMS; Estadísticas Sanitarias 2009. Francia 2009.

Base de datos de las Naciones Unidas; Consultada el 26 de febrero de 2009; <http://data.un.org/Explorer.aspx?d=15>, Programa Estado de la Región; Estado de la Región 2009.

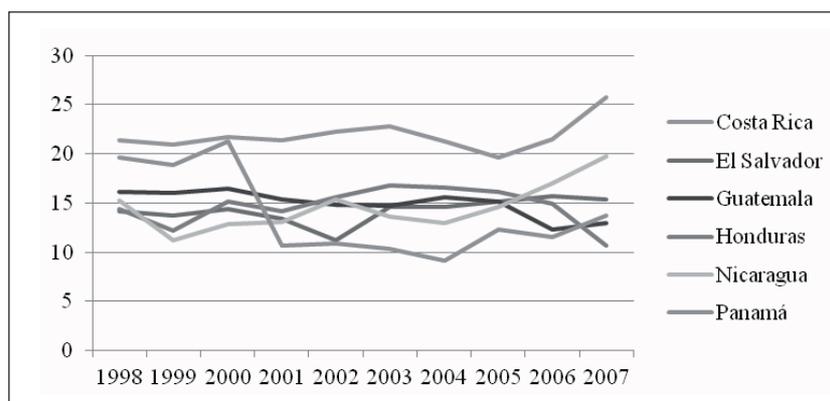
OPS ha manifestado su preocupación frente al aumento del gasto privado en sistemas de salud en los que la inversión pública es escasa (OPS, 2007a:31). Implica que familias centroamericanas, muchas habitantes de los países más desiguales (como Guatemala) o pobres (como Nicaragua), están haciendo un gran esfuerzo para pagar “de bolsillo” los servicios de salud que necesitan. Esto es muy costoso para las propias familias, pero conlleva también una pérdida de oportunidad de fortalecimiento de los sistemas públicos mediante la canalización de recursos hacia el sector público. La situación más extrema es la de Guatemala, donde medida como porcentaje del PIB, el gasto privado se duplicó (de 2.2% a 4.5%), mientras el público se mantenía en 1.2%. Hacia 2007 el gasto privado era cerca 3.8 veces más que el público, mientras que en Nicaragua, era 1.8 veces más.

Aunque para los años posteriores a 2006 la desagregación de los datos es menor (concretamente en términos del gasto privado), las tendencias generales se mantienen.

### **Casi todos los países han experimentado un aumento de la prioridad pública otorgada al gasto público por habitante**

Salvo Guatemala donde está estancado. Existen sin embargo considerables brechas entre países. Costa Rica tuvo el mayor aumento (\$73), seguido por Nicaragua con la mitad o menos de dicho aumento (\$23), Panamá (\$20) y Honduras (\$17). Evidentemente, estas variaciones en el volumen del aumento del gasto, conllevan implicaciones prácticas importantes para la cantidad y la calidad de los servicios brindados por parte de los sistemas de salud.

**Gráfico 1. Gasto público en salud como % del gasto público total**



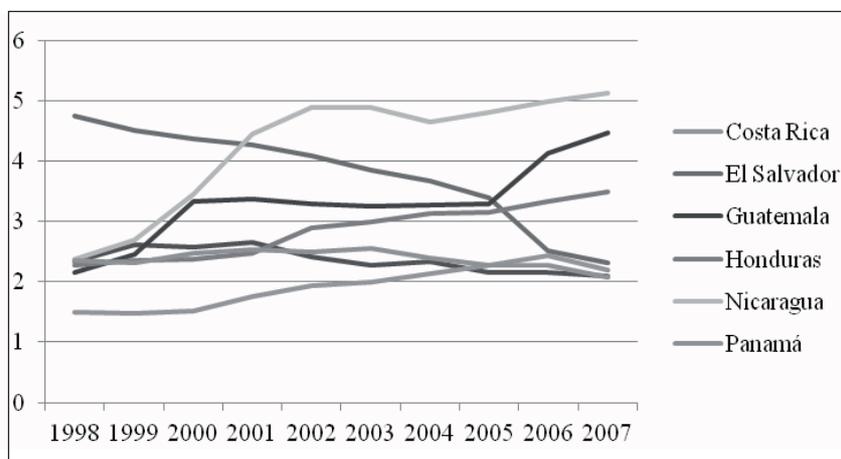
Fuente: OMS.

### **Casi todos los países han experimentado un aumento considerable del gasto privado en salud**

La excepción es El Salvador, donde entre 1998 y 2007 éste se redujo a la mitad. Esta evolución se distingue del resto de la región, incluso de los

dos países con régimen de bienestar estatal. Costa Rica es el país centroamericano donde el gasto privado ha experimentado el mayor aumento. Aunque ello no ha ocurrido en Panamá, a la fecha el gasto privado tiene la mayor importancia relativa de la región.

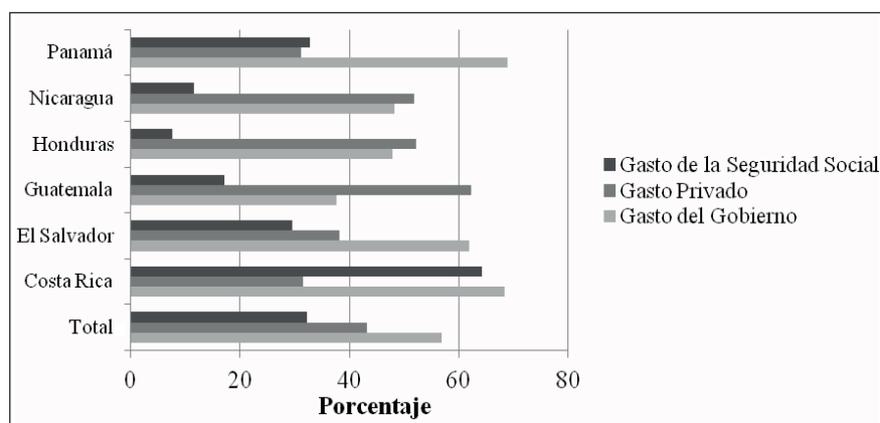
**Gráfico 2. Gasto privado total en salud como % del PBI**



Fuente: OMS.

La arquitectura efectiva en salud de los países se expresa en la importancia relativa del PIB, público, privado y de seguridad social (Gráfico 3). En la mitad de los países el gasto público es mayor que el privado (Panamá, Costa Rica y El Salvador, en ese orden). En otro conjunto de países el gasto privado es mayor que el público (la mayoría de los países con arquitectura segmentada). En estos países el subsistema privado tiene un peso variable con respecto al PIB (ver Cuadro 2). El máximo es en Nicaragua (5,12% del PIB en 2007), seguido de Guatemala (4,47% del PIB) y luego de Honduras (3,49%). Sigue El Salvador (con un 2,32% que contrasta con el 4,74% de 1998) aunque con porcentajes cercanos a Costa Rica (2,19%) y Panamá (2,08%, respectivamente).

**Gráfico 3. Centroamérica: Importancia del gasto en cada sector respecto del gasto total en salud, 2006, en porcentajes**

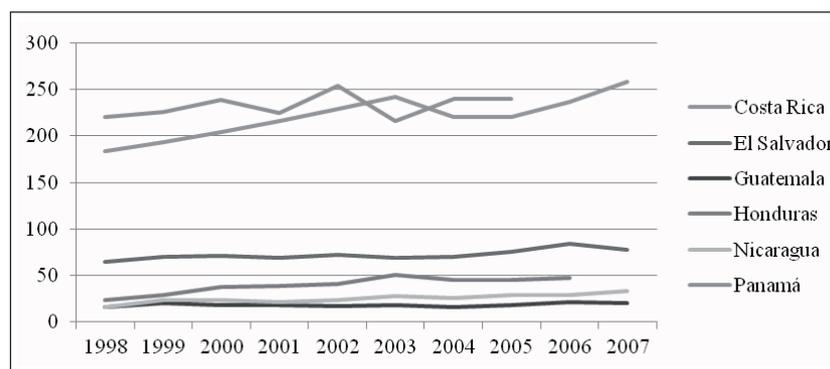


Fuente: Elaboración propia con datos de OMS, 2009; Programa Estado de la Región, 2009.

### La arquitectura de los sistemas de dos de los seis países podría estar cambiando

Con respecto a los restantes países con arquitectura segmentada El Salvador se distingue positivamente: en 2006 el gasto público por habitante era de US\$ 109 en comparación a menos de US\$ 50. Ese mismo año, además, el gasto privado por habitante era menor que en los restantes países con arquitectura segmentada mientras que el gasto por habitante en seguridad social era más del doble. A pesar de las buenas noticias, el financiamiento público corresponde a menos del 50% del total del gasto en salud (Carrera, Castro y Sojo, 2009). Si observamos la brecha de gasto por habitante entre este país y los que tienen un régimen estatal, la brecha y por lo tanto la magnitud del reto es, sin embargo, grande (258, 240 y 78 en Costa Rica, Panamá y El Salvador, respectivamente) (Gráfico 4). Para transformar su arquitectura actual, El Salvador requeriría continuar aumentando su gasto público y, como se discute más abajo, garantizar acceso a prestaciones con independencia de la prestación pública o privada.

**Gráfico 4. Gasto público en salud per cápita en US\$ del 2000**



Fuente: CEPAL.

En Costa Rica, habiendo pasado de 1,49% en 1998 a 2,19% del PIB en 2007, el crecimiento del gasto privado podría indicar un cambio gradual de la arquitectura del régimen, al menos entre los sectores de ingresos medios y altos de la población. Entre 1998 y 2004, la brecha en consultas privadas entre la población ubicada en el diez por ciento de la población que cuenta con menores y mayores ingresos aumentó de 6,4 a 37,5 veces, respectivamente (Mesa-Lago, 2009b). En cambio, Panamá, con un gasto privado que alcanzó 2,56% del PIB en 2003 para descender al 2,08% en 2007, mostraría la tendencia contraria.

En suma, valorada en términos de la inversión social realizada, la arquitectura efectiva de los sistemas arroja buenas y malas noticias. Entre las primeras se encuentra el aumento de la prioridad que el Estado le da a estos servicios. Entre las malas está el que en cuatro de los seis países esta inversión es muy baja y en tres de los cuatro la importancia del gasto privado más alta que la del gobierno. Esta situación sería particularmente preocupante en contextos en los que una mayoría de la población vive en condiciones de pobreza de ingresos. Esta creciente presencia del gasto privado es también preocupante en el caso de Costa Rica porque sugiere que la persistencia de un sistema unificado de salud está acompañada por una creciente mercantilización de los servicios que eventualmente podría poner en riesgo la sostenibilidad política y fiscal del aseguramiento colectivo.

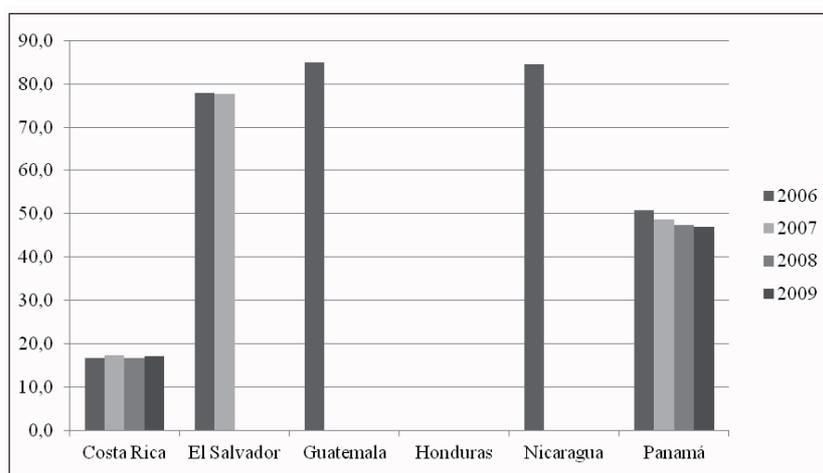
### **ALCANCES DE LA DESMERCANTILIZACIÓN: EL ACCESO A LOS SERVICIOS**

A partir de las arquitecturas institucionales reseñadas en la sección previa, ¿en qué medida logran los países que la población efectivamente acceda a los servicios? Como se muestra a continuación, en cuatro de los seis países de la región la respuesta a esta pregunta es que no, y en dos es que en términos generales sí. Aunque esto podría parecer contradictorio con los cambios relativos a El Salvador mencionados previamente, éstos son aún insuficientes para haber transformado el acceso a los servicios por parte de la mayoría de la población salvadoreña.

Para conocer la cobertura, la principal fuente de los datos son las encuestas de hogares. Mientras que los datos relativos a la seguridad social son confiables, los relativos a la salud pública no lo son. Estos últimos se abordan en términos de la cobertura esperada de la población que carece de seguridad social. En los hechos se sabe que esta cobertura dista considerablemente del acceso efectivo. Las encuestas relevan la población que carece de un esquema formal en salud. La principal limitación que presenta este indicador a efectos de la comparación entre países, es que en algunos países se pregunta por la seguridad social (la cual podría ser de pensiones pero no de salud) y en otros se pregunta por un seguro médico (que podría ser privado).

Los retos para la salud pública son muy grandes: la población que carece de un esquema formal de salud en un país puede ascender al 85%. Este dato se conoce a partir de encuestas de hogares de cinco de los seis países. Estas encuestas registran qué proporción de la población manifiesta carecer de un esquema formal de salud y por lo tanto depender de la salud pública o del pago de bolsillo (véase el Gráfico 5). En ninguno de los casos los datos permiten con certeza conocer si esta población puede, en caso de requerirlo, acceder ya no de manera formal sino *efectiva* a la salud pública. Sin embargo, a partir de los datos de inversión social y de suficiencia de las prestaciones que se discuten a lo largo de este artículo, dicha efectividad no es tal. Estamos, por lo tanto, ante un indicador conservador en materia de acceso y que más bien nos permite aproximarnos al grado de demanda insatisfecha en el acceso a servicios de salud.

**Gráfico 5. Centroamérica. Población sin esquema formal de salud, en porcentajes**



Fuente: Elaboración propia a partir de las Encuestas de Hogares.

Durante el período considerado, en Costa Rica la población sin esquema formal de salud se ha mantenido estable en torno al 15-17%. Dado que refleja acceso contributivo y no contributivo, éste sería el “techo” de ampliación de cobertura al que el país ha llegado y que deja fuera población que de distintas maneras busca estar fuera de un esquema de aseguramiento que, salvo excepciones, es de alcance obligatorio. En una situación intermedia entre Costa Rica y los países con arquitectura segmentada de servicios, la población panameña sin esquema formal de salud se ha venido reduciendo hasta ubicarse por debajo del 50%. No llama demasiado la atención en tanto la arquitectura de los servicios de salud es dual y se espera que alrededor de la mitad de la población acceda a la salud pública y la mitad a la seguridad social.

En los países con arquitectura segmentada entre el 80% y el 85% de la población carece de un esquema formal de salud<sup>8</sup>. En tanto la salud pú-

<sup>8</sup> Aunque se carece del dato relativo a Honduras, el desempeño relativo a las restantes dimensiones examinadas en este artículo indica que la situación debería ser similar a la de los restantes países con este tipo de arquitectura.

blica cuenta con una inversión social por habitante escasa, estos datos sugieren escasísimos grados de desmercantilización del acceso a los servicios de salud.

### **Las transferencias monetarias condicionadas han promovido una expansión no estimada de los servicios de la salud pública**

En los países con arquitectura segmentada estos programas asistenciales han promovido en grados no estimados a una expansión en el acceso a los servicios básicos de salud por parte de madres y niños/as. En El Salvador, desde 2005, para poder condicionar las transferencias, Red Solidaria coordinó la ampliación de la oferta de servicios en comunidades rurales con los ministerios de salud y de educación. El tratarse de un programa con apoyo político del más alto nivel, con una conducción ejercida desde la Presidencia de la República, facilitó un alto nivel de coordinación y una priorización de la asignación de recursos acorde a las metas del programa de transferencias monetarias. También en Guatemala y en Honduras ha tenido lugar una ampliación de cobertura. En Nicaragua, la Red de Protección Social se llevó a cabo como un programa piloto durante la administración de Bolaños (2002-06). El programa fue reemplazado por otro con características algo distintas durante la administración de Ortega (2007-2011).

### **El mercado y la sociedad civil parecen amortiguar el débil papel del estado de manera desigual entre países**

El Cuadro 3 presenta el porcentaje de la población que carece de seguro social y, al par, el que se estima carece de cualquier tipo de acceso, una vez considerada la seguridad social, los seguros privados, las compras de bolsillo y el acceso sin fines de lucro. La población carente de todo acceso varía entre un quinto y un 42%. El dato de la población sin ningún acceso es completamente indicativo. Estos datos podrían también estar sobreestimando el acceso a la salud pública (en particular de Nicaragua y Honduras, adonde se estima en un 60%, en comparación a Guatemala con un 27%, a Panamá con un 35% y a El Salvador con un 40%). Llama la atención que Panamá y Guatemala muestren una proporción similar de población carente de cualquier tipo de acceso. Podría deberse a la importancia

de las organizaciones no gubernamentales guatemaltecas las cuales, se calcula, atienden a una tercera parte de la población. Se necesita contar con estimaciones respecto a la importancia relativa de estas organizaciones y distinguir claramente lógicas mercantiles de lógicas no mercantiles, formas no estatales de desmercantilización.

**Cuadro 3. Centroamérica. Población sin cobertura de la seguridad social o ningún acceso al sistema de salud, 2007**

Arquitectura y país	Porcentaje de la población	
	Sin seguro social <sup>1/</sup>	Sin ningún acceso al sistema de salud
<i>Arquitectura unificada</i>		
Costa Rica	13	0
<i>Arquitectura dual</i>		
Panamá	35	20
<i>Arquitectura segmentada</i>		
Guatemala	82	20
El Salvador	84	42
Honduras	82	30
Nicaragua	92	28

<sup>1/</sup> Sobreestima aseguramiento porque sólo considera a cotizantes activos en el último mes.

Fuente: Estado de la Región (2008) a partir de OPS (2007).

Lamentablemente, se carece de datos relativos a las estrategias que despliegan quienes carecen de esquemas formales de acceso a la salud. Es de esperar que recurran a alguna combinación de consultas informales en farmacias, medicina tradicional y consejos de familiares y vecinos.

### La seguridad social tiene alta cobertura en países con régimen estatal, no así informal

El Cuadro 4 presenta la cobertura de la seguridad social, contributiva o familiar, respecto a la población total y a la población económicamente activa. Los datos son coherentes con los diversos grados de pobreza e informalidad laboral.

**Cuadro 4. Centroamérica. Cobertura de la seguridad social, 2005-2008 (en porcentajes)**

Tipo de sistema y país	Población Total <sup>1/</sup>		Población Económicamente Activa <sup>2/</sup>	
	2005	2008	2005	2008
<i>Arquitectura unificada</i>				
Costa Rica	87.6	88.8	55.0	64.6
<i>Arquitectura dual</i>				
Panamá	66.7	77.4	61.2	77.3
<i>Arquitectura segmentada</i>				
El Salvador	21.5	23.9	31.0	33.1
Guatemala	18.1	17.4	21.3	20.0
Honduras	16.9	nd	20.5	nd
Nicaragua	16.4	18.9	16.1	21.7

<sup>1/</sup> Incluye todas las personas aseguradas, de manera directa e indirecta.

<sup>2/</sup> Incluye solamente las personas activas/contribuyentes aseguradas de manera directa. Si se considera a las personas aseguradas directas no activas, el dato sólo varía en Costa Rica adonde aumenta con la presencia de pensionados y asegurados por el Estado.

Fuentes: CCSS, 2008b; IGSS, 2006; IGSS, 2008; IHSS, 2007; INSS, 2008; CSS, 2008.

Entre la población en general, la cobertura es cercana a universal en Costa Rica (casi el 90% en 2008), muy alta en Panamá (casi el 80% en 2008), y escasa en los restantes países. El Salvador, que cubre casi un cuarto

de la población, seguido de Guatemala, Nicaragua y Honduras, que cubre menos de un quinto de su población. Como se mencionó antes, mientras que fuera de Centroamérica los países con arquitectura segmentada alcanzan alta cobertura (Brasil y Uruguay), en Centroamérica estos países alcanzan la cobertura menor (Mesa-Lago, 2008).

### **La cobertura ha aumentado más para la población económicamente activa que para la población en general**

Entre los países con mejor desempeño, la cobertura general se ha mantenido estable en Costa Rica; aumentado lentamente en El Salvador, Honduras y Nicaragua; aumentado considerablemente en Panamá (3.3%) y reducido en Guatemala. La seguridad social aumenta o contrae su cobertura debido a las variaciones en el aseguramiento de la población económicamente activa, junto con la cual acceden además los familiares económicamente dependientes. De allí que los países muestran tendencias similares a las encontradas para la población en su conjunto.

Sin embargo, en los últimos tres años, en Costa Rica la cobertura de la PEA aumentó en casi un 10% (considerablemente más que para la población total) mientras que en Panamá aumentó en un 16% (6% más). En ambos casos se debió a una mayor incorporación de trabajadores/as independientes<sup>9</sup>, menor en Panamá que en Costa Rica. Entre 2006 y 2009 la reducción de la brecha en el aseguramiento de asalariados/as e independientes se ha debido tanto a la obligatoriedad del aseguramiento independiente como a la precarización laboral del trabajo asalariado, en particular privado.

### **El diseño de los seguros importa: la obligatoriedad hace una diferencia**

<sup>9</sup> En Costa Rica en 2005 y en Panamá a partir de cambios legales vigentes desde 2006 en materia de pensiones (Ley 51), los cuales ampliaron la base contributiva de la seguridad social al incorporar a los trabajadores por cuenta propia (voluntariamente desde 2007 y obligatoriamente a partir de 2008 para quienes tienen ingresos anuales netos gravables por encima de los US\$9600 anuales) y los empleados contratados por el Estado por servicios profesionales.

Si bien las condiciones para una universalización de los servicios exclusivamente basada en la seguridad social son adversas, parece haber márgenes para su ampliación. El Cuadro 5 presenta la cobertura según condición laboral. Los resultados reflejan la importancia del aseguramiento obligatorio. Allí donde éste se ha establecido (independientes y trabajo doméstico en Costa Rica; independientes pero no trabajadoras domésticas en Panamá), el aseguramiento es considerablemente mayor.

**Cuadro 5. Centroamérica: Cobertura de seguro médico o social según condición laboral**

País	Población asalariada		Servicio doméstico		Población no asalariada	
	2006	2009	2006	2009	2006	2009
Costa Rica	83.7	86.4	68.2	70.9	64.6	70.3
Panamá	72.7	77.3	32.1	36.2	20.0	22.6
El Salvador	47.2		8.7		11.2	
Guatemala	43.0		7.7		6.9	
Honduras	47.4		2.5		2.0	
Nicaragua <sup>1/</sup>	35.8		3.7		2.6	

1/ Corresponde a 2005.

Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas de Hogares de cada país.

En 2000, Costa Rica estableció un período de cinco años para la obligatoriedad del aseguramiento de trabajadores/as independientes (Martínez Franzoni, 2010). En Panamá se estableció la obligatoriedad a partir de 2008. Los países con arquitectura segmentada lo conciben como voluntario, salvo en Honduras adonde se les excluye. Bajo la administración Zelaya (2006-2009) fue creado el “Régimen Especial y de Afiliación Progresiva para Trabajadores Autónomos”, que incluye la protección por riesgos de enfermedad y maternidad (IHSS, 2008). Se carece de evidencia que muestren la continuidad o discontinuidad de dicho régimen tras el quiebre institucional de 2009.

Para las trabajadoras domésticas el aseguramiento es obligatorio en Costa Rica y voluntario en los restantes países (Martínez Franzoni, Mora y Voo-

rend, 2009). Los cambios más recientes han ocurrido en Guatemala (aunque sólo para maternidad, emergencias, accidentes de trabajo y atención preventiva de sus hijos/as) y El Salvador adonde se pasó de exclusión a aseguramiento voluntario en 2009 y en 2008, respectivamente (ISSS, 2008b).

En síntesis, a diferencia de países con arquitectura de servicios de salud segmentada en América del Sur, en Centroamérica, la combinación de esta arquitectura con regímenes de bienestar históricamente excluyentes de la mayor parte de la población, dan lugar a un pobre desempeño del aseguramiento contributivo. Junto con la ausencia de accesos no contributivos a los propios seguros sociales, coloca a la salud pública en una situación de muy alta demanda paralelamente a, como mostré en la sección previa, muy escasos recursos para atenderla. El reto de contar con un piso de protección social universal exige por ello hacer ingentes esfuerzos para ampliar el acceso a esquemas formales, deseablemente redistributivos y progresivos, de acceso a los servicios.

### **ALCANCES DE LA DESMERCANTILIZACIÓN: EQUIDAD ENTRE GRUPOS SOCIALES Y ECONÓMICOS**

Aún en países con cobertura casi universal o muy extendida, la segmentación del acceso y de las prestaciones puede generar desigualdades notables entre zonas geográficas, tanto en el acceso y calidad de la atención como en los indicadores de salud (Mesa-Lago, 2008). Así ocurre en los restantes países con alto desarrollo de sus respectivos sistemas de salud como Argentina y Uruguay y, aunque en menor grado debido al alto grado de unidad de sus sistemas, en Cuba y Costa Rica. En directa relación a los niveles de cobertura y a la suficiencia de las prestaciones discutidas previamente, la inequidad es muchísimo mayor en los países con arquitecturas segmentadas, tanto en Paraguay como en los países Andinos y centroamericanos.

En una región donde una proporción muy alta de la población requiere de servicios de la salud pública con escaso financiamiento por habitante, la cobertura contributiva de la población con ingresos medios y medios altos es positiva para promover estrategias que fortalezcan la seguridad social. A la vez, de no acompañarse con medidas adecuadas, reproduce la pauta de estratificación social. El país con la menor regresividad es Costa Rica. Panamá tiene la situación más regresiva dado que la proporción del quintil de menores ingresos con cobertura, corresponde a la mitad del de mayores ingresos. Le siguen Guatemala, El Salvador y Honduras.

El Cuadro 6 desagrega la cobertura de los seguros sociales de salud según variables fundamentales como el sexo, los ingresos, el área de residencia, el sector institucional y el sector de la economía de que se trate, primero para la población en general.

### Las mujeres están aseguradas en mayor proporción que los hombres

Lo primero que llama la atención es que, excepto en Guatemala, la proporción de población asegurada es mayor entre las mujeres que entre los hombres. Esto es esperable dado que cuentan tanto con aseguramiento directo (las menos) como familiar (las más). Salvo en Costa Rica, los hombres no cuentan con aseguramiento familiar en tanto personas económicamente dependientes de sus cónyuges o compañeras. En tanto el aseguramiento familiar conlleva prestaciones distintas (menores en general y considerablemente menores en cuatro de los seis países), este mayor aseguramiento femenino no conlleva tampoco una igualación de las prestaciones a las que acceden las mujeres en comparación a los hombres. En todo caso, es sí un elemento a tener en cuenta a la hora de diseñar medidas que permitan la ampliación del acceso y de las prestaciones: debido a su casi exclusiva responsabilidad como cuidadoras de niños/as y personas adultas mayores, las mujeres están mucho más atentas a ambos aspectos que los hombres.

**Cuadro 6. Centroamérica: Cobertura del seguro de salud en la PEA**

(de 15 y más años, en %)												
Descripción	CR		ELS		Guate		Hond		Nic		Pan	
	2007	2009	2007	2006	2006	2007	2005	2007	2009			
<b>Total</b>	<b>78,7</b>	<b>79,0</b>	<b>32,5</b>	<b>24,9</b>	<b>22,6</b>	<b>18,9</b>	<b>18,3</b>	<b>53,1</b>	<b>55,6</b>			
<b>Sexo</b>												
Hombre	76,0	76,3	30,5	25,8	19,0	16,1	15,4	49,7	52,8			
Mujer	83,0	83,5	35,2	23,5	29,3	24,1	23,8	58,6	60,0			
Brecha sexo <sup>1/</sup>	-7,0	-7,2	-4,7	2,3	-10,2	-8,0	-8,4	-8,9	-7,2			

<b>Quintil</b>									
Quintil 1	65,2	59,3	5,9	3,0	1,7	1,0	3,8	14,0	17,6
Quintil 2	74,2	72,7	18,6	7,8	7,7	7,9	9,0	40,5	43,8
Quintil 3	75,9	79,7	29,0	21,2	18,7	17,7	17,5	53,4	60,6
Quintil 4	83,2	85,0	40,0	34,8	30,9	27,2	25,0	66,8	69,5
Quintil 5	88,9	90,8	63,2	53,3	45,6	39,5	36,8	78,8	80,4
Brecha Q1-Q5	-23,7	-31,5	-57,3	-50,3	-43,9	-38,5	-33,0	-64,8	-62,8
<b>Nivel de pobreza</b>									
Ext. pobreza	57,4	47,0	3,7	3,4	5,1	4,7	3,1	10,1	13,2
NBI	65,5	61,4	16,0	9,3	25,5	21,2	10,7	33,9	28,3
No pobres	80,5	82,4	41,4	39,9	38,8	30,1	30,9	64,1	64,8
<b>Nivel educativo</b>									
Primaria incom.	46,1	40,7	10,3	11,6	6,0	4,8	4,9	26,6	26,8
Primaria com.	74,7	73,7	23,2	24,0	19,3	15,1	15,1	37,7	39,8
Sec. incom.	74,5	75,7	30,2	37,5	31,8	24,4	19,0	44,2	47,5
Sec. com.	81,3	82,3	55,9	57,3	58,2	46,0	36,5	63,4	64,3
Superior	91,0	92,1	75,4	69,3	72,3	61,9	55,7	79,4	80,4
<b>Residencia</b>									
Urbana	80,6	80,8	41,4	35,2	35,8	30,8	27,2	63,6	65,9
Rural	75,5	76,1	14,1	13,5	8,9	7,4	6,3	32,2	34,4
<b>Sector institucional</b>									
Público	98,6	98,7	94,5	86,2	83,9	76,0	83,7	95,1	96,5
Privado	75,8	76,0	28,6	21,8	18,0	15,3	14,1	46,3	48,9

1/ Hombre-mujer.

Fuente: Encuestas de hogares de los respectivos países.

## El aseguramiento es de sectores medios y medios altos

La mayor cobertura se encuentra entre la población no pobre. Mediante el aseguramiento por el Estado, Costa Rica ha asegurado a más de la mitad de la población en condiciones de pobreza extrema. En el otro extremo, Honduras, Guatemala y Nicaragua tienen un aseguramiento mínima de esta población (entre 5% y 3%). Llama la atención que El Salvador reporte un 12.7%, similar a Panamá (13%), dada la baja

cobertura general del primero y el que ambos carezcan de un aseguramiento no contributivo.

### **La cobertura aumenta sistemáticamente con el nivel educativo**

En la población con educación superior, los países con arquitectura segmentada y escasa cobertura, alcanzan la cobertura promedio de los países de alta cobertura (en torno al 70% o más, con excepción de Nicaragua). En cambio, entre la población con educación primaria incompleta Panamá, país con alta cobertura, prácticamente desciende a los niveles nacionales de los países con baja cobertura (25%). Sólo Costa Rica, aunque con brechas, mantiene altos niveles de cobertura: mayores que los alcanzados por el resto de los países entre la población con secundaria completa. En el balance, con una cobertura de 25% entre población con secundaria incompleta, también en Panamá el aseguramiento homogeniza niveles educativos. Menos en Nicaragua, en los restantes países, en cambio, ese piso de aseguramiento de un cuarto de la población se alcanza a partir del nivel educativo secundario incompleto.

### **En una región altamente rural el aseguramiento es principalmente urbano**

Según la zona de residencia, sólo en Costa Rica se encuentra una cobertura similar entre población urbana y rural. Le sigue de lejos Panamá, donde la cobertura rural es la mitad que la urbana. Entre los restantes países, la cobertura rural en El Salvador y en Guatemala es la tercera parte de la urbana, mientras que en Honduras y en Nicaragua es de sólo un cuarto.

Los países con arquitectura unificada tienen menos variaciones en sus recursos y desempeño: en Costa Rica y Cuba el rango extremo de diferencia en las tasas de médicos, camas hospitalarias y atención de parto institucional es de sólo entre 1,5 y 2 veces (Mesa-Lago, 2009b). Esto no quiere decir que no haya brechas: se han identificado variaciones de hasta tres veces entre áreas geográficas en las tasas de mortalidad de las dos enfermedades que son causa principal de muerte (Mesa-Lago, 2009b)<sup>10</sup>. También hay una creciente

<sup>10</sup> La mortalidad infantil que disminuyó constantemente en 2001-2004 al record de 9,25, aumentó a 10,5 en 2007 al nivel de 2000.

diferenciación en el uso de servicios de consulta y hospitales (aunque menos) de la CCSS y el sector privado por grupos de ingreso.

Sin embargo, la situación más crítica en términos de desigualdad, se encuentra en los países con arquitectura segmentada. Por ejemplo, en Guatemala, el programa de enfermedad y maternidad tiene cobertura en 21 de los 22 departamentos del país (y se espera completar los 22 durante la primera mitad de 2010). También hay importantes desigualdades territoriales en Nicaragua, donde no todo el territorio cuenta con proveedores de salud de la seguridad social.

### **El aseguramiento es principalmente de asalariados/as del sector público**

En cuanto a la inserción laboral, la brecha de cobertura según sector público o privado, contribuye a precisar principales retos para ampliar la cobertura. Es la única variable en la cual la brecha de aseguramiento entre Costa Rica y el resto de países no es llamativa. En acceso privado a servicios médicos, la brecha es muy grande entre Costa Rica (73%) y Panamá (44%), y entre Panamá y los restantes países (máximo de 28% en El Salvador y de 14% en Nicaragua o 18% en Honduras).

En suma, desde el punto de vista de que la población centroamericana tenga garantizado el acceso a un piso de protección social universal, la buena noticia del aumento de la prioridad relativa de la inversión pública contrasta con un aumento aún más notorio de la mercantilización en el acceso a los servicios de salud y con la permanencia de la estratificación en el acceso al aseguramiento, en particular asociado a la ausencia de formas de acceso no contributivo.

### **ALCANCES DE LA DESMERCANTILIZACIÓN: LA SUFICIENCIA DE LAS PRESTACIONES**

¿A qué servicios de salud tiene acceso la población centroamericana? Responder a esta pregunta trasciende el acceso a los sistemas, condición necesaria pero no suficiente para contar con adecuados servicios. Un ejemplo claro es la situación de niños/as que teniendo acceso a la seguridad social en los países con arquitectura segmentada sólo cuentan con servicios muy básicos (llamados de control de niño/a sano/a).

La definición de qué servicios y en qué momento del ciclo de vida es un problema complejo y que difícilmente pueda hacerse haciendo abstracción de condiciones sociales, institucionales y fiscales. En este artículo, siguiendo a Mesa-Lago, distingo entre el acceso a servicios básicos como aquellos que permiten hacer frente a enfermedades catastróficas o alto costo y complejidad. El piso de protección social universal debería incluir tanto unas como otras. Vale decir que, lejos de restringirse al primer nivel de atención, dicho piso debería y puede definirse según criterios de discapacidad para la salud de las personas, y de viabilidad fiscal, institucional y técnica para efectivamente garantizar las prestaciones en cuestión. Ocurre que los riesgos catastróficos conllevan costos altos y en la práctica restan recursos escasos para financiar servicios básicos que deberían ser universales y prioritarios en tanto resolverían la mayoría de los problemas de salud típicos de la región (Mesa-Lago, 2009a). Por eso, cuando menor la cobertura y mayor la segmentación de las prestaciones, mayor es la tensión entre más contar con todas las prestaciones para pocas personas, o contar con prestaciones garantizadas para toda la población. El Cuadro 7 caracteriza si los países actualmente garantizan o no el acceso a unos y otros servicios<sup>11</sup>.

**Cuadro 7. Centroamérica. Suficiencia de prestaciones, básica y compleja. 2007**

Arquitectura	País	Servicios básicos	Alto costo y complejidad	
			Salud pública	Seguridad Social
Unificado	Costa Rica	Sí	—	Sí
Dual	Panamá	Sí	Parcial	Sí
Segmentado	El Salvador	No	Sí	Sí
	Guatemala	Sí, limitado	No	Sí
	Nicaragua	Sí, muy limitado	No	Sí
	Honduras	No	No	Sí

Fuente: Adaptación de Mesa-Lago (2009a) en función de fuentes primarias.

<sup>11</sup> Los indicadores empleados para abordar esta dimensión son relativamente adecuados, aunque no necesariamente la confiabilidad de los datos. Esta es una de las dimensiones en las que los países podrían hacer un mayor esfuerzo de estandarización

### **Los países se distinguen según las prestaciones, sean focalizadas o universales, pero también si son selectivas o comprensivas**

En el caso de los *servicios básicos*, similar a Cuba cuyo sistema es también unificado aunque bajo la seguridad social y no bajo la salud pública, Costa Rica cuenta con servicios universales y comprensivos (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 1973; Ministerio de Salud, 2007b). En general los servicios de mayor complejidad, los hospitalarios, son usados de manera bastante homogénea por usuarios de diversos niveles de ingreso (Mesa-Lago, 2009b). En Panamá, la seguridad social es comprensiva pero no universal y se complementa con servicios básicos, en los hechos focalizados, en el marco de la salud pública. Los restantes países tienen atención comprensiva (aunque heterogénea por la presencia de regímenes especiales) para la población asegurada de manera contributiva directa, no así familiar, y servicios focalizados para la gran mayoría de la población. En América Latina, en este grupo de países, sólo la República Dominicana cuenta con un paquete básico de servicios (Mesa-Lago, 2009a). En Centroamérica, El Salvador y Nicaragua carecen de un paquete básico mientras que es limitado en Guatemala y Nicaragua donde el sector público sólo atiende a niños/as pequeños/as y a mujeres embarazadas.

### **Cuando mayor la segmentación, menor el acceso a los servicios más complejos**

En los países centroamericanos con arquitecturas unificada y dual estos servicios se brindan en el marco de la seguridad social (OPS, 2004). En Panamá la salud pública sólo los garantiza parcialmente, es decir, a algunos pero no a todos los servicios. Entre los países con arquitecturas segmentadas, se prestan tanto bajo la seguridad social y sólo en El Salvador también bajo la salud pública (OPS, 2007b; IGSS, 2009; Martínez, 2003; Secretaría de Salud de Honduras, 2005; Badillo y otros, 2009b). Fuera de Centroamérica, salvo en República Dominicana, sólo la población asegurada tiene acceso a estas prestaciones (Mesa-Lago, 2009a).

---

que admita mayores y mejores grados de comparabilidad. Por ejemplo, se carece de datos comparables en la de tiempos de espera y capacidad de resolución de los respectivos sistemas.

### En Centroamérica, casi la mitad de los partos carecen de apoyo especializado (Cuadro 8)

Dos de los ocho Objetivos del Milenio se relacionan directamente con las condiciones del parto (además del embarazo y del post-parto) de manera de reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años (objetivo 4) y la mortalidad materna (objetivo 5). Todos los países centroamericanos se han comprometido con ambos objetivos. Sin embargo, la brecha entre el promedio latinoamericano (87,8) y el promedio centroamericano (54,5) es muy alta. Ello a pesar de que Costa Rica y Panamá cuentan con los porcentajes de partos asistidos más altos de América Latina y por lo tanto contribuyen a aumentar el promedio.

**Cuadro 8. Centroamérica: Evolución de partos asistidos por personal sanitario especializado**

Descripción	Países		OPS 2007		OPS 2009
Promedio América Latina		87,8		88,3	
Promedio Centroamérica		54,5		55,4	
Arquitectura unificada	Costa Rica	94,3	2006	98,7	2007
Arquitectura dual	Panamá	91,1	2005	91,5	2007
Arquitectura segmentada	El Salvador	43,9	2005	43,7	2005
	Guatemala	31,4	2004	31,4	2007
	Honduras	66,9	2001-05	66,9	2006
	Nicaragua	79,7	2005	84,0	2007

Fuente: OMS, 2007d; OPS, 2009.

Nota: personal especializado incluye médicos/as, enfermeras, matronas y agentes calificados de atención primaria de salud o matronas tradicionales capacitadas.

En Guatemala sólo un tercio de los partos son asistidos por especialistas aunque las estadísticas oficiales no registran el papel de las comar-

dronas indígenas en atender más de la mitad de los partos en el país y ocho de cada diez en la región occidental (Martínez Franzoni, 2008). Entre los países con arquitectura segmentada el mejor desempeño lo tiene Nicaragua. No sólo cuenta con más del doble de la atención de partos especializados que Guatemala sino que estos han tenido un incremento. Llama la atención que El Salvador presente el segundo porcentaje más bajo de Centroamérica y carezca de datos actualizados que permitan valorar qué ha ocurrido más recientemente.

La diferenciación de prestaciones entre personas aseguradas de manera directa y familiar introduce desigualdad al interior de las propias familias (Cuadro 9). Bajo una arquitectura segmentada, la seguridad social permite que esposas o compañeras accedan exclusivamente a servicios relacionados con la maternidad y, en el caso de niños/as (con distintos límites de edad) establece el acceso a servicios básicos. Las esposas o compañeras pueden ser aseguradas como familiares económicamente dependientes, no así los hombres económicamente dependientes. Esto último ocurre también en Panamá.

**Cuadro 9. Centroamérica: aseguramiento familiar definido legalmente según países**

País	Familiares económicamente dependiente			Otras personas económicamente dependientes
	Cónyuge <sup>a/</sup>	Hijos/as <sup>b/</sup>	Servicios	
Costa Rica	Sí	<18	Todos	Sí
El Salvador	Sólo maternidad	<12	Básicos	X
Guatemala	Sólo maternidad	< 6	Básicos	X
Honduras	Sólo maternidad	<11	Básicos	X
Nicaragua	Sólo maternidad	<12	Básicos	X
Panamá	Sí	<18	¿Todos?	X

<sup>a/</sup> Belice, Guatemala y Honduras sólo esposas, El Salvador compañera inscrita; Costa Rica y Panamá unión libre mínimo 1 año o 9 meses, respectivamente.

<sup>b/</sup> En Costa Rica y Panamá la edad aumenta si estudian.

Fuentes: legislación nacional.

Costa Rica es el único país de la región en el que los servicios de salud son comprensivos para asegurados/as directos/as y familiares. Sólo las transferencias en dinero, otorgadas en casos de incapacidad o de maternidad, se destinan únicamente a las personas aseguradas directas (CCSS, 2006b). En el caso de las licencias por maternidad ello es así dado que el criterio de elegibilidad es la interrupción del ingreso monetario y no la realización de un trabajo no remunerado.

### **Cuanto mayor la segmentación, mayor la desigualdad de las prestaciones**

Los regímenes especiales, paralelos a los regímenes generales de la seguridad social, cuentan con prestaciones diferenciadas. Por ejemplo, en El Salvador la Sanidad Militar ofrece servicios quirúrgicos, farmacéuticos, odontológicos, hospitalarios, de laboratorio, prótesis y ortopedias (Asamblea Legislativa, 1953). Las prestaciones fundamentales de Bienestar Magisterial son de consulta por maternidad, preventiva, por enfermedad, ante emergencias, de promoción de salud, visita domiciliaria, curaciones y referencias. En el segundo nivel tiene convenios con clínicas y establecimientos de salud hospitalarios (Holst, 2003). Además, hijos e hijas dependientes se protegen hasta los 23 años.

La mayor evidencia de esta inequidad parece encontrarse en Guatemala, donde el régimen especial se financia del presupuesto público (y no de forma tripartita, como en El Salvador). También bajo este régimen hijos e hijas económicamente dependientes son protegidos hasta los 21 años, mientras que bajo el régimen general sólo lo son hasta los 6 años.

### **Se carece de datos comparativos que permitan conocer la oportunidad y la calidad de los servicios**

La suficiencia requiere también que los servicios estén disponibles cuando se necesitan (criterio de oportunidad) y con los estándares apropiados (criterio de calidad). En general, los servicios de la seguridad social tienen mayor calidad y oportunidad en la seguridad social y lo privado (aunque ambos están muy segmentados también)

que en los de la salud pública<sup>12</sup>. Un problema importante del cual carecemos de datos comprobables es el de los tiempos de espera. En Costa Rica, que presenta el mejor desempeño en los restantes indicadores, para algunas especialidades quirúrgicas y exámenes relacionados con enfermedades catastróficas, estas pueden ser mayores a 3 meses y llegar al año. En Nicaragua la seguridad social tiene innumerables problemas de oportunidad (como filas o largos tiempos de espera), y los públicos de mala calidad como hacinamiento o carencia de implementos básicos. En Guatemala, la prensa ha señalado que la red hospitalaria enfrenta desabastecimiento de medicamentos y falta de recursos humanos para hacer frente, no sólo a las enfermedades crónicas y agudas, sino también de atención primaria frente a enfermedades como el dengue y la gripe A. Sin embargo, no fue posible identificar fuentes que documenten este tipo de problemas de manera comparada.

En síntesis, la estratificación existente en Centroamérica refleja una combinación de la dimensión socioeconómica con otras, de género y generacional, asociadas a la dependencia económica. La primera se expresa en formas de inclusión mercantil, de seguridad social o de salud pública según se trate de sectores de ingresos altos, medios o bajo, respectivamente. La segunda refuerza la desigualdad por la vía de, dentro de las propias familias, definir criterios diferenciados para las personas económicamente dependientes, mayoritariamente niños/as y mujeres. La región está aún lejos de poder concebir los cuidados, principalmente femeninos, como un trabajo no remunerado que debería generar derechos de acceso equivalentes a los que genera el trabajo remunerado. En el caso de niños y niñas, en cuatro de los seis países el acceso mediante la salud pública y los seguros sociales es mínimo. Ambos temas, el acceso de quienes realizan trabajo no remunerado y de quienes son económica y cuidado dependientes deberían ser prioritarios en la construcción de un piso de protección social universal.

<sup>12</sup> Aunque trasciende el ámbito de este artículo, los medicamentos son un aspecto a considerar en términos de calidad. Las deficiencias en esta materia se discuten desde mucho antes de la crisis en países con sistemas de salud distintos como es el caso de Panamá y de El Salvador.

## SÍNTESIS DE HALLAZGOS

En general, es evidente la alta correlación entre la arquitectura, los grados de desmercantilización reflejado en la inversión pública social y la desmercantilización efectivamente alcanzada en términos de acceso a servicios y a la suficiencia de las prestaciones. Cuanto más segmentada la arquitectura de los sistemas, menor la inversión pública, la cobertura y la suficiencia de servicios que pudieran constituirse en puntos de partida para garantizar mínimos universales a toda la población. En Centroamérica, cuanto mayor la segmentación, mayor la desprotección, mayor la carencia de paquetes básicos, menor el acceso a servicios de alta complejidad, y mayores los grados de desigualdad socioeconómica y según la inserción laboral de la población.

Al mismo tiempo, parte de la evidencia empírica relativa a El Salvador sugiere que de la mano de procesos políticos diversos, los países podrían no estar necesariamente atrapados en las arquitecturas iniciales y que podría ser posible que cambios incrementales a la postre condujeran a cambios en la arquitectura de los sistemas. De los países con una arquitectura segmentada, El Salvador tiene actualmente una mayor presencia relativa del gobierno en materia de inversión (en comparación a los otros tres países adonde el gasto privado supera la inversión social pública). Si se considera el indicador de atención especializada de los partos, este país tiene además un mejor punto de partida para construir un piso de protección social universal.

Además de cambios que tienen lugar en la dirección de una mayor desmercantilización, podrían estar también teniendo lugar en la dirección de una mayor mercantilización del bienestar. Así lo sugiere el rápido aumento del gasto privado en salud que ha tenido lugar en Costa Rica, el cual ha tenido hasta ahora lugar, si no en la arquitectura pública, sí en el régimen en el que ésta se inserta.

El Cuadro 10 presenta un resumen de los hallazgos previos de acuerdo a la arquitectura unificada, dual o segmentada de los respectivos sistemas de salud.

## RETOS

La construcción de un piso de protección social universal parte de un imperativo normativo, es decir, de un principio orientador respecto al pa-

**Cuadro 10. Centroamérica: Balance de los sistemas de salud según principios de la seguridad social**

Países	Arquitectura	Gasto: subsistema que más invierte	Amplitud cobertura		Paquete básico	Suficiencia de las prestaciones			Solidaridad y equidad social	
			Con seguridad social ó salud pública	Toda o parte (sólo asalaritada)		Servicios de alto costo y complejidad	Acceso efectivo a servicios básicos (partos)	Brecha entre quintil más y menores ingresos	La salud pública establece copagos por servicios	
<b>Costa Rica</b>	Unificada (alta)	Gobierno y seguridad social	Muy alta (89%-NC)	Toda	Sí	Sí	Muy alto (99%)	Baja (22%)	No	
<b>Panamá</b>	Dual	Gobierno	Alta (77-35%)	Toda	Sí	Sí	Alto (90%)	Alta (54%)	Sí	
<b>El Salvador</b>	Segmentada	Gobierno y privado	Baja (24-40%)	Parte	No	Sí	Alto (90%)	Alta (47%)	En vías de eliminación	
<b>Guatemala</b>	Segmentada	Privado	Muy baja (17-27%)	Parte	Limitado	Sí	Muy bajo (41%)	Alta (50%)	¿?	
<b>Honduras</b>	Segmentada	Privado	Muy baja (19-60%?)	Parte	Limitado	Sí	Bajo (67%)	Alta (43%)	Sí	
<b>Nicaragua</b>	Segmentada	Privado	Muy baja (19-60%?)	Parte	No	Sí	Bajo (74%)	Intermedia (33%)	Sí	

Fuente: Elaboración propia.

pel de la política social en el bienestar de las personas. Lo que este principio busca es algún grado y tipo de autonomía entre el poder adquisitivo y el acceso a derechos sociales como la salud. Promover este principio requiere de un conjunto de instrumentos de política: igual que los principios no pueden delinearse haciendo completa abstracción de dichos instrumentos (por ejemplo, las condiciones fiscales existentes), tampoco los instrumentos deberían valorarse haciendo abstracción de los imperativos normativos. Por ejemplo, bajo una arquitectura segmentada de servicios de salud, garantizar efectivamente prestaciones a toda la población, contar con recursos públicos que por sí solos los gobiernos difícilmente movilicen en el corto o mediano plazo.

Ante el tamaño del reto, podría requerirse que desde el estado se promuevan varias estrategias simultáneamente: sistemas de salud pública más y mejor dirigidos a la población necesitada (es decir, un acercamiento de tipo liberal-residual); sistemas contributivos, capaces de atender a la fuerza de trabajo asalariada y a sus familias (es decir, un acercamiento de corte corporativo); y servicios públicos como la atención primaria para toda la población (es decir, un acercamiento universal) (Esping-Andersen, 1990; Filgueira, 1998).

De las tres modalidades, una estrategia sólo o excesivamente sujeta a la inserción laboral de la población sería inadecuada en países con mercados laborales altamente informales y, por lo mismo, altamente dependientes de la emigración laboral. La población con trabajo remunerado informal y/o bajo la línea de pobreza –la mayoría de la población centroamericana– y una gran mayoría de mujeres cuyo trabajo es informal o no remunerado, requieren de mecanismos de acceso a los sistemas de salud que sean relativamente independientes de su inserción laboral. Requieren también ampliar la base contributiva de los sistemas a quienes mercantilizan su fuerza laboral fuera de las fronteras de los respectivos países.

Dada la cantidad, diversidad y recursos de poder de los actores implicados, la política de salud es de las más complejas, si no la más, de la política social. Mientras que por parte del estado, los sistemas de pensiones tienen básicamente que ver con administradores y beneficiarios, las de salud afectan directamente a un amplio abanico de actores, desde profesionales de las ciencias médicas hasta proveedores de insumos como los farmacéuticos, pasando por laboratorios, gremios y entidades formadoras de recursos humanos. También, a diferencia de los sistemas de pensiones, en materia de salud la relación entre sectores público y privado es difícil de desentrañar. De hecho,

por más público que sea un sistema de salud nunca es completamente público sino que, en algún nivel, para operar requiere de la interacción con el sector privado. A estos se agrega que, como lo ha evidenciado el sistema de salud de Costa Rica durante la última década y media, dichas interacciones están frecuentemente marcadas por conflictos de intereses y límites porosos entre práctica pública y privada (Martínez Franzoni y Mesa-Lago, 2003). De allí que cualquier transformación en materia de salud tendrá una economía política compleja, caracterizada por dificultades para construir coaliciones transformadoras y por vetos relativamente fáciles de generar frente a los cambios. Por eso, las ideas para transformar los sistemas con frecuencia son obvias, no así las claves relativas a cómo lograr, efectivamente, promoverlas.

Una opción es descartar el universalismo por inviable, y básicamente recurrir al argumento tautológico de que el universalismo sólo es posible allí donde ya existe (en Centroamérica, en Costa Rica).

Una segunda opción sería promover la universalización de garantías máximas bajo la idea de que tanto la mercantilización como la segmentación del acceso a los servicios de salud son éticamente inadmisibles. Bajo arquitecturas segmentadas, por lo pronto este camino incluiría sólo pequeños sectores de la población y contradeciría el propio criterio de expansión universal que lo motiva.

Una tercera opción sería promover un universalismo básico comenzando por un conjunto dado de servicios garantizados que se vaya expandiendo a medida que toda la población tiene efectivamente garantizado el piso inicial. La gradualidad puede hacer los cambios viables tanto en términos financieros como, sobre todo, políticos. Aunque aún es incipiente, al menos en términos de enunciado, el sistema de protección social universal salvadoreño podría estar comenzando a transitar este camino.

Al inicio de este documento remarqué la pregunta de en qué medida el acceso a los servicios de salud en América Central estaría reforzando o alterando el patrón previo de alta y baja desmercantilización existente en países con régimen de bienestar estatal (con arquitectura unificada o dual) e informal (con arquitectura segmentada), respectivamente. ¿Priman los legados o las transformaciones recientes crean condiciones para cambios de régimen y de arquitectura? Por lo pronto priman los legados con algunos indicios de transformaciones, concretamente en Costa Rica y El Salvador, en distintas direcciones, de mayor y de menor desmercantilización, respectivamente. En materia de garantizar derechos sociales vinculados a los cuidados de la salud por

parte de la mayoría de la población centroamericana la situación es, sin lugar a dudas, insatisfactoria dado los altos grados de desigualdad. Tal vez precisamente por ello es que la construcción de ese piso de protección social que se ha dado también en llamar universalismo básico podría permitir reconciliar escenarios a la vez deseables y viables.

## BIBLIOGRAFÍA

- Almeida, Celia (2006), *Reforma del sector salud en América Latina y el Caribe: El papel de los Organismos Internacionales al formular las agendas e implementar las políticas*, en: Bienestar y Política Social, Vol. 2, No. 1: 135-175.
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (1973), *Ley No. 5395 Ley General de Salud*, San José, Asamblea Legislativa.
- Asamblea Legislativa de la República de El Salvador (1953), *Ley No. 1263 Ley del Seguro Social*, en: <<http://www.iss.gov.sv/000ley.asp#link02>> Consulta: septiembre, 2009.
- Badillo, Daniel, Fernando Carrera, María Castro, Vivian Guzmán y Jonathan Menkos (2009a), *Financiamiento de la protección social en salud y pensiones en Honduras*, en: Sojo, Ana -edit. 2009. *El financiamiento de la protección social en países pobres y desiguales*, Santiago, CEPAL-ASDI.
- Badillo, Daniel, Fernando Carrera, María Castro, Vivian Guzmán y Jonathan Menkos (2009b), “*Financiamiento de la protección social en salud y pensiones en Honduras*”, en: Sojo, Ana -edit. 2009. *El financiamiento de la protección social en países pobres y desiguales*, Santiago, CEPAL-ASDI.
- Bitrán, Ricardo (2004), *Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica*. Santiago, CEPAL/GTZ.
- Carrera, Fernando; María Castro y Ana Sojo (2009), *Progresar hacia la equidad: Sinopsis de algunos retos del financiamiento de las pensiones y la salud en Guatemala, Honduras y Nicaragua*. En *El financiamiento de la protección social en países pobres y desiguales*, editado por Ana Sojo. Páginas 15-.32, Santiago de Chile, CEPAL.
- CCSS (2006a), *Anuario Estadístico. Dirección actuarial*, Departamento de Estadística; 2006.
- CCSS (2006b), *Memoria Institucional 2004*. San José, Costa Rica.
- CCSS (2008b), *Anuario Estadístico Dirección actuarial*, Departamento de Estadística; 2008.
- CEPAL (2009), *Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe 2009*, CEPAL.

- CEPAL (2009c), *Anuario Estadístico 2009*.  
<[http://websie.eclac.cl/anuario\\_estadistico/anuario\\_2009/esp/default.asp](http://websie.eclac.cl/anuario_estadistico/anuario_2009/esp/default.asp)>
- CEPALSTAT (2009), *Bases de datos y publicaciones estadísticas*, <<http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>>
- Congreso de la República de Guatemala (1997), *Decreto 90-97 "Código de Salud"*.
- CSS (2008), *Memoria 2007 de la Caja del Seguro Social de la República de Panamá*; Marzo del 2008.
- DIGESTYC (2008), *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) 2008*, Dirección General de Estadística y Censos.
- Esping-Andersen, Gosta (1990), *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Estado de la Región (2008), *Informe Estado de la Región en Centroamérica*, San José, Programa Estado de la Nación.
- Filgueira, Fernando (1998), "El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: residualismo y ciudadanía estratificada" en Brian Roberts (editor) *Ciudadanía y política social*. San José: FLACSO/SSRC.
- Filgueira, Fernando, Carlos Gerado Molina, Jorge Papadópolos y Federico Tovar (2006), "Universalismo básico" en *Universalismo básico: una nueva política social para América Latina*. Editado por Carlos Gerardo Molina. Washington DC: BID/Planeta.
- Flores, Walter (2008b), *El sistema de salud en Guatemala, 4: ¿Así funcionamos?* Guatemala, PNUD.
- Holtz, Jens (2003), "Evaluación del Bienestar Magisterial en El Salvador con la Metodología InfoSure". *Informe de Consultoría para el "Proyecto Sectorial "Seguros Sociales de Salud en países en vías de desarrollo"*, San Salvador, GTZ.
- IGSS (2006), *Boletín de Población protegida 2006*, en:  
<<http://www.igssgt.org/subgerencias/boletinpopprotegida2006.pdf>>  
Consulta: noviembre de 2009.
- IGSS (2008), *Informe Anual de Labores 2007 del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social*; Febrero 2008.
- IGSS (2009), "IGSS propone aumento de cuotas y edad para jubilarse. Nuevo intento para cambiar de 60 a 65 años el lapso para recibir pensión". *Comunicado de prensa, Julio-2009, No. 1*, Guatemala: IGSS.
- IHSS (2007), *Archivo Información Estadística Básica 2007*. En: <<http://www.ihss.hn/estadisticas/estadisticas.htm>> Consulta: agosto, 2009.
- IHSS (2008), *Información estadística básica*. En: <http://www.ihss.hn/estadisticas/estadisticas.htm>
- Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (2008a), *Anuario Estadístico 2007*, Managua, INSS.

- ISSS (2008b), “Salud asegurada para los salvadoreños”, en: *NotISSSias*, Agosto, 2008, Año II, No. 20, <<http://www.iss.gov.sv/notissias/histonota.asp?report=171&edicionhisto=2008II0820&publicacion=20>> Consulta: febrero, 2010.
- Martínez Franzoni, Juliana (2008), *Costa Rica's Pension Reform: A Decade of Negotiated Incremental Change*. In: Kay, Stephen J. & Tapen Sinha (eds.). *Lessons from Pension Reform in the Americas*, 317-339. New York: Oxford University Press.
- Martínez Franzoni, Juliana (2008), *Domesticar la incertidumbre en América Latina: mercados laborales, política social y familias*, San José: UCR.
- Martínez Franzoni, Juliana y Carmelo Mesa-Lago (2003), *Reformas inconclusas: salud y pensiones en Costa Rica*, San José, Fundación Frederick Ebert.
- Martínez Franzoni, Juliana; Sindy Mora & Koen Voorend (2009), *El trabajo doméstico remunerado en Costa Rica: Entre ocupación y pilar de los cuidados*. Estudio realizado para el Consejo de Ministras de la Mujer de Centroamérica (COMMCA); coordinado por el Programa Agenda Económica de las Mujeres UNIFEM-PNUD, con el apoyo del Programa de Cooperación Regional para Centroamérica de la Agencia Española de Cooperación (AECID).
- Martínez, Yesenia (2003), *Pobreza, seguridad social y desarrollo humano en Honduras*, Tegucigalpa, PNUD.
- Mesa-Lago, Carmelo (2005), *Problemas de la seguridad social en Panamá y recomendaciones para su reforma*, Panamá: Fundación Friedrich Ebert.
- Mesa-Lago, Carmelo (2008), *Reassembling Social Security: A Survey of Pensions and Health Care Reforms in Latin America*. Oxford University Press.
- Mesa-Lago, Carmelo (2009a), *Efectos de la crisis global sobre la seguridad social de salud y pensiones en América Latina y el Caribe y recomendaciones de políticas*, Santiago, CEPAL.
- Mesa-Lago, Carmelo (2009b), “La Crisis Económica Mundial y su Impacto en la Seguridad Social de Costa Rica”. Ponencia preparada para el Decimoquinto informe del Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible, San José, Programa Estado de la Nación.
- Ministerio de Salud de Costa Rica (2007b), *Modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la Producción Social de la Salud. Marco Estratégico Institucional*, San José, Ministerio de Salud-Dirección General de Salud.
- OIT (2009), *Panorama Laboral*, Lima, Oficina Regional para América Latina y el Caribe <[http://www.oitchile.cl/pdf/panorama\\_09.pdf](http://www.oitchile.cl/pdf/panorama_09.pdf)>
- OIT (2011), *Seguridad social para la justicia y una globalización equitativa. Discusión recurrente Conferencia Internacional del Trabajo 100ª reunión*, 2011.
- OMS (2009), *Programa Estado de la Región, 2009; “Base de datos de las Naciones Uni-*

das”; Consultada el 26 de febrero de 2009; <http://data.un.org/Explorer.aspx?d=15>

- OPS (2004), *Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica*, San José, OPS.
- OPS (2007), *Informe de salud para las Américas*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS (2007a), *Perfil de los sistemas de salud de Guatemala*, Washington, OPS.
- OPS (2007b), *Perfil de los Sistema de Salud de Panamá: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*, Washington, OPS.
- OPS (2007d), *Salud en las Américas: Volumen II – Países*. Organización Panamericana de la Salud. 2007. Washington, US.
- Secretaría de Salud (2005), *Plan Nacional de Salud 2021*, Tegucigalpa, SS.



## POSIBILIDADES Y RESTRICCIONES DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS: EL CASO DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

*Laura Golbert\**

La recuperación de la Argentina luego de la crisis del año 2001 –crisis que afectó todas las esferas de la vida económica, social y política poniendo incluso en duda la gobernabilidad del país– fue sorprendentemente rápida. Dos años más tarde, no sólo se había logrado apaciguar el conflicto social y retomado el funcionamiento de las instituciones políticas sino que la actividad económica experimentaba una acelerada recuperación con un PBI creciendo a un 9% por año. Este escenario parecía propicio para poner en marcha una estrategia de intervención social que restañara las heridas dejadas por los muchos años de privaciones económicas: la pobreza, el desempleo, la marginalidad no surgieron con la crisis del 2001 sino que son problemas de vieja data.

Así lo hizo el presidente electo en mayo del 2003, Néstor Kirchner. Durante su gobierno se implementaron amplias y generosas moratorias que permitieron la incorporación de más de un millón de personas al sistema, hubo incrementos en los haberes jubilatorios y en las asignaciones familiares, se elevaron los montos mínimos y máximos del Seguro de Desempleo, se reactivaron las negociaciones colectivas, se mejoraron los salarios, se aumentó el salario mínimo y se tomaron medidas para promover el empleo registrado.

Este tipo de intervención se continuó con la asunción, en el año 2007, de Cristina Fernández de Kirchner. La nueva administración procuró, además, revertir algunas de las medidas de cuño neo liberal imple-

\* Licenciada en Sociología, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Investigadora titular del Área Políticas Sociales, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Docente de grado y posgrado en universidades nacionales y extranjeras e instituciones privadas. Asesora de la Subsecretaría de Políticas de la Seguridad Social, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de Argentina.

La autora agradece la colaboración de la licenciada Laura Guarinoni.

mentadas en los noventa. La reestatización del sistema de previsión social constituye los ejemplos más resonantes de este cambio. Otro hecho destacado de este gobierno fue la universalización de la asignación por hijo inscripto en el sistema de Seguridad Social, con independencia de las contribuciones realizadas que fue un cambio significativo en la orientación de las políticas sociales.

Este afán reformista no se extendió al conjunto de las políticas sociales. A diferencia de lo sucedido con el sistema previsional y/o con la implementación de la Asignación Universal por Hijo, la intervención del gobierno nacional en el campo de la salud –pese a las inequidades existentes– se limitó a implementar políticas públicas de asistencia a los sectores más vulnerables sin tocar el sistema.

En el texto que aquí presentamos analizamos estos diferentes tipos de intervención. Las preguntas que guiaron este trabajo estuvieron referidas a los límites y posibilidades de una estrategia de intervención en los distintos campos de las políticas públicas como consecuencia del papel jugado por los actores involucrados en los distintos campos de las políticas públicas.

## **LOS CAMBIOS POSTERIORES A LA CRISIS DEL 2001<sup>1</sup>**

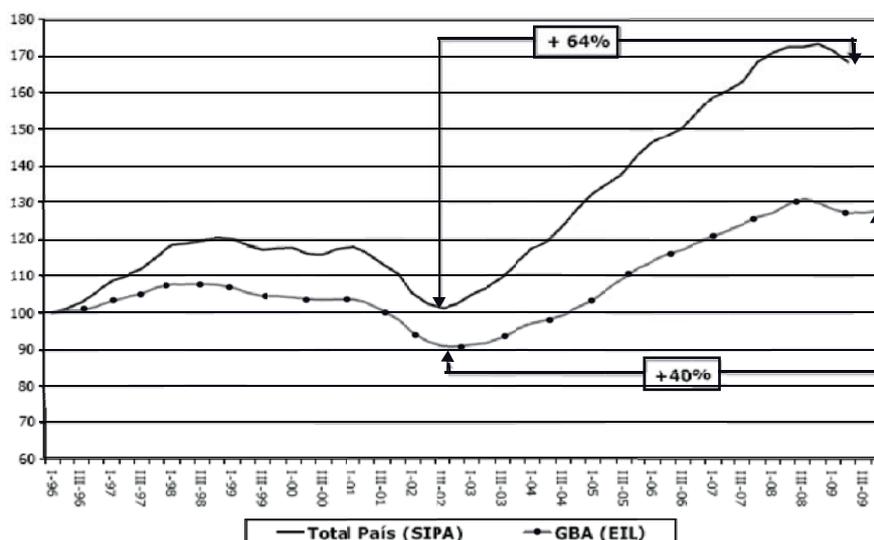
En los comicios electorales del 2003, triunfó con el 22% de los votos el candidato oficial, el Dr. Néstor Kirchner. Los cambios instrumentados en la política económica permitieron una rápida, y para algunos inesperada, recuperación de la economía y con ello una reducción de la tasa de desempleo y de pobreza.

El gobierno apostó a volver a colocar el empleo como la correa de transmisión entre el crecimiento de la economía y el bienestar de los hogares. De ahí la consigna que “la mejor política social es la generación de empleo”. Su apuesta fue a favor de la creación de un empleo de calidad, o un empleo decente al decir de la Organización Internacional del Trabajo. La activa presencia del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad social, ampliando la cuadrilla de inspectores de trabajo e implementando una activa política a favor del empleo registrado, lo-

<sup>1</sup> Este apartado está basado en el artículo de Golbert, L. y Roca, E. (2010).

gró mejorar esta situación: el empleo registrado creció un 64% entre comienzos del 2002 hasta el último trimestre del 2009, como se observa en el siguiente gráfico.

**Gráfico 1. Evolución del nivel de empleo registrado del sector privado. Período 1996-2009. Gran Buenos Aires y todo el país**



Fuente: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social en base a la Encuesta de Indicadores Laborales y a los datos del Sistema Integrado Previsional Argentino.

En estos años se recuperó también el diálogo social. Mientras que en el año 2004 se realizaron 348 negociaciones colectivas abarcando a 1.220.000 trabajadores, en el año 2010 se hicieron casi 2000 convenciones colectivas con 8.770.000 trabajadores comprendidos<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Datos obtenidos de la Dirección de Estudios de Relaciones laborales, de la Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.

Después de diez años de congelamiento, se volvió a reunir el Consejo del Salario Mínimo, la Productividad y el Empleo. Este organismo de carácter tripartido (gobierno, sindicatos y cámaras empresarios) modificó los niveles del salario mínimo que fueron ajustándose año por año, como se observa en el siguiente cuadro. Hubo también aumentos salariales que en un principio fueron no remunerativos y que posteriormente se incorporaron al salario. Estos aumentos establecieron el piso de las discusiones salariales para la negociación de los convenios colectivos.

**Cuadro 1. Ingresos, salarios y costo laboral**

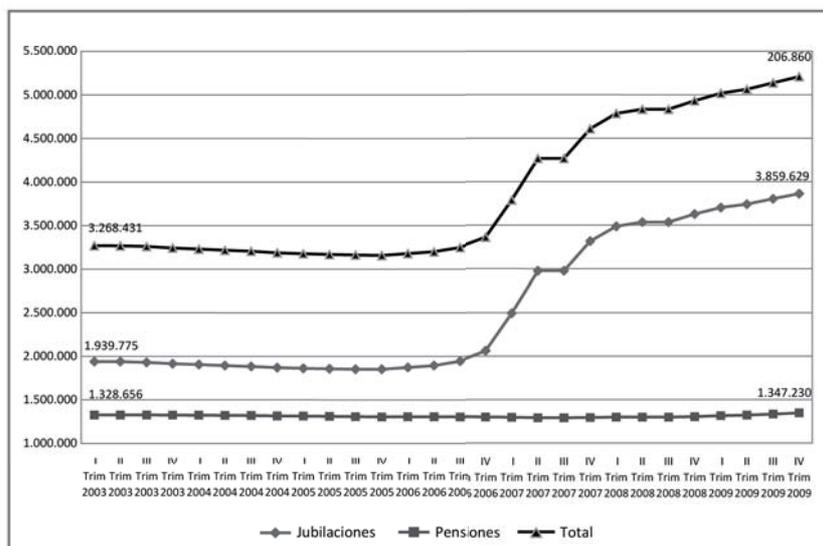
<b>Evolución del Salario Mínimo Vital y Móvil (en pesos corrientes)</b>			
<b>Períodos con el mismo valor de SMVM</b>	<b>SMVM (en \$ corrientes)</b>	<b>Variación</b>	<b>Índice base ago-93 = 100</b>
Ago-93 / Jun-03	200		100
Ene-04 / Ago-04	350	16,7%	175
Sep-04 / Abr-05	450	28,6%	225
May-05	510	13,3%	255
Jun-05	570	11,8%	285
Jul-05 / Jul-06	630	10,5%	315
Ago-06	760	20,6%	380
Sep-06 / Oct-06	780	2,6%	390
Nov-06 / Jul-07	800	2,6%	400
Ago-07 / Sep-07	900	12,5%	450
Oct-07 / Nov-07	960	6,7%	480
Dic-07 / Jul-08	980	2,1%	490
Ago-08 / Nov-08	1.200	22,4%	600
Dic-08 / Jul-09	1.240	3,3%	620
Ago-09 / Sep-09	1.400	12,9%	700
Oct-09 / Dic-09	1.440	2,9%	720
Ene-10 / Jul-10	1.500	4,2%	750
Ago-10 / Dic-10	1.740	16,0%	870
Ene-11	1.840	5,7%	920
Sep-11	2.300	25,0%	1150

Fuente: Boletín de Estadísticas Laborales. Ministerio de Trabajo Empleo y Seguridad Social (2011).

**LOS AVANCES EN EL CAMPO DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

En el campo de la Seguridad Social, a partir del año 2007 comienzan a tomarse una serie de medidas con el objetivo de reparar los efectos del proceso de exclusión social generada, en buena medida, por la política neoliberal de los años noventa<sup>3</sup>. En este marco se inscribe la sanción de la Ley N° 25.994 que establece una moratoria para que aquellas personas que habían quedado fuera del sistema de seguridad social puedan acceder al beneficio previsional. Con esta medida más de 2 millones de personas mayores de 60 años en el caso de las mujeres y de más 65 años en el caso de los hombres, pudieron acceder a la jubilación mínima pagando una cuota mínima durante cinco años. Estos nuevos jubilados representan más del 45% del total de jubilados y pensionados del sistema.

**Gráfico 2. Evolución de Jubilaciones y Pensiones por el SIPA  
Período 1° Trim. 2003 al 1° Trim. 2009**



Fuente: Boletín de Estadístico de la Seguridad Social, Dirección Nacional de Programación Económica, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.

<sup>3</sup> Los que habían pertenecido a empresas públicas privatizadas en los 90, o trabajadores en negro o que pasaron de la situación de empleos registrados a trabajos preca-

Como puede observarse en el Gráfico 2, el incremento de beneficios prácticamente se duplicó. Este aumento en el número de jubilaciones permitió incrementar la tasa de cobertura del sistema a casi el 90% de la población mayor de 60 años, el porcentaje más alto desde que se inicia el sistema de seguridad social.

La Ley N° 26.222 del año 2008 de libre opción permitió a los trabajadores volver al sistema público de reparto, modificando la restricción que estaba vigente en la Ley N° 24.241<sup>4</sup>. A comienzos de noviembre del 2008<sup>5</sup>, la Cámara de Diputados dio media sanción al proyecto de estatización del sistema previsional, al aprobarlo con 162 votos a favor y 75 en contra. La baja cobertura, los bajos haberes, los problemas de financiamiento en un mercado donde predomina el informalismo fueron los argumentos utilizados para plantear estos cambios. La ley finalmente sancionada, que lleva el número 26.425, eliminó el sistema de capitalización e instituyó nuevamente como sistema único de seguridad social el público de reparto denominado Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) basado en la solidaridad, tanto intergeneracional como intrageneracional y en la equidad. De esta manera el Estado argentino pudo recomponer los recursos públicos y recuperar los ahorros de los trabajadores para contribuir, entre otros aspectos, a la conformación de un Fondo de Garantía del Sistema que le de fortaleza y viabilidad financiera en el tiempo<sup>6</sup>.

La Ley N° 26.417 (2008) de Movilidad de las Prestaciones del Régimen Previsional Público instituyó un sistema y una fórmula de actualización de las prestaciones para elevar los haberes dos veces por año (marzo y

---

rizados, o aquellos que por la mayor exigencia en el número de años de aportes no habían podido llegar a obtener un beneficio provisional o personas que por diferentes situaciones familiares no pudieron participar activamente en el mercado de trabajo.

<sup>4</sup> Mediante la Ley N° 24.241, sancionada en septiembre de 1993 se crea el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP), que introdujo la posibilidad de capitalización de los aportes de los trabajadores en cuentas individuales administradas por empresas del sector privado denominadas Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJPs).

<sup>5</sup> Diario La Nación, 9 noviembre del 2008.

<sup>6</sup> Entre esos ahorros que llegaban a los casi 100.000 millones de pesos, cerca de un 70% eran Bonos de la deuda argentina que constituían una de las colocaciones más importantes (entre 60% y 80% según los momentos históricos que se tomen) de los fondos de pensión.

septiembre) de forma automática. En términos porcentuales, los aumentos significaron un incremento de los haberes, desde marzo del 2009 a marzo del 2010, en cerca de 30%.

En octubre del 2009 el gobierno tomó una decisión que marca un cambio en la orientación de las políticas sociales. El Decreto N° 1.602 de octubre de 2009 instituyó la Asignación Universal por Hijo para protección social (AUH). Gracias a este decreto, cerca de 5 millones de niños, niñas y adolescentes hasta 18 años recibirán un beneficio equivalente a \$180 cada una, y que dos años más tarde, por los aumentos habidos en los precios de la economía, fue aumentado a \$270. El decreto, que introduce modificaciones a la Ley N° 24.714 de Asignaciones Familiares, lo encuadra dentro de los derechos de la seguridad social: la asistencia a los niños ya no depende de la buena voluntad de los gobiernos ni de los recursos disponibles<sup>7</sup>.

Esta medida –tendiente a corregir inequidades surgidas de un mercado de trabajo que pese a las mejoras en materia de empleo de los últimos años todavía mantiene rasgos de precariedad y exclusión– permitió cubrir a cerca de 3,5 millones de niños y adolescentes, y a más de 1,8 millones hogares.

## LAS POLÍTICAS DE SALUD

Los cambios introducidos en el ámbito de la protección social como la estatización del sistema previsional, el avance en la cobertura, el aumento en el número de convenios colectivos firmados, la implementación de la Asignación Universal por Hijo marcan la preocupación de un gobierno por aumentar los niveles de equidad y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos a partir de una fuerte intervención estatal. En el caso del sector salud, la estrategia implementada fue otra. Para analizar estas diferencias comenzaremos describiendo las principales características del sector así como los principales programas implementados a partir de la crisis del 2001.

<sup>7</sup> Entre los considerandos del decreto se dice que el marco del régimen nacional de asignaciones familiares era la forma más adecuada y consistente de complementar el sistema contributivo (que abarca a los trabajadores asalariados formales), con uno no contributivo, dotando a la AUH en un beneficio de pleno derecho y con el financiamiento adecuado y fijado en la propia ley.

## El sistema de salud

El sistema de financiamiento y atención de la salud en la Argentina se encuentra fragmentado desde el punto de vista administrativo (descentralización provincial) y por tipo de cobertura (público, fondos de seguridad social y prepagas). La organización federal en el caso particular argentino se manifiesta en la asignación y principalmente en la gestión de recursos en el sistema de salud. Los ministerios de salud de cada provincia son responsables del presupuesto público del sector en su jurisdicción, con limitada injerencia de la autoridad nacional. Este esquema impacta en la disponibilidad de recursos financieros de cada provincia, con consecuencias sobre la equidad interjurisdiccional.

El país cuenta, además, con instituciones de aseguramiento social propias de cada jurisdicción y transversales entre jurisdicciones. Las obras sociales provinciales son las instituciones de seguridad social de los empleados públicos provinciales y sus familias. Entre las instituciones de aseguramiento social transversal, es decir, las obras sociales nacionales, se cuentan el Instituto Nacional de Jubilados y Pensionados (conocido como PAMI, sigla que corresponde al Programa de Asistencia Médica Integral) y las obras sociales sindicales o nacionales, organizadas por tipo de actividad económica, las que se financian con aportes patronales y salariales<sup>8</sup>.

A los 24 ministerios de salud provinciales y un número equivalente de obras sociales provinciales, hay que adicionar 250 fondos de seguridad social de las obras sociales sindicales, 50 prepagas y múltiples fondos municipales de gestión y gasto en salud, sumando así cerca de 500 fondos intervinientes<sup>9</sup> en el sistema de salud.

Las obras sociales, que cobran impulso en los años del gobierno peronista (1946/55), son tributarias de las mutuales o asociaciones de socorro mutuo organizadas por los inmigrantes a comienzos del siglo XX. A fines de la década de los sesenta, el gobierno militar de la llamada Revolución Argentina impuso una nueva reglamentación que introdujo cambios importantes al sistema. La Ley N° 18.610, promulgada en 1969, estableció la obligatoriedad de los aportes patronales y de los trabajadores, y otorgaba a los sindicatos el poder de administrar esos fondos a través de las obras sociales. Con esta medida creció dramáticamente el poder económico y político de los sindicatos y aumentó la fragmentación en el sistema de salud.

<sup>8</sup> Maccira, D. (2009) pp. 7-17.

<sup>9</sup> Op.cit.

La fragmentación es tan grande que algunos autores consideran que no se debe hablar de un sistema –el uso de la noción de “sistema” implica imputar un mínimo de unidad y mínima consistencia como para poder asumir mínimas condiciones de integración, coordinación y gobernabilidad– sino que cada uno de ellos constituye un sistema en sí mismo con importantes grados de desarticulación<sup>10</sup>.

Si bien hasta el presente los intentos de legislar una Ley Nacional de Salud no tuvieron éxito, el Ministerio de Salud de la Nación junto con el Consejo Federal de Salud (COFESA)<sup>11</sup> son los encargados de elaborar el Plan Nacional Federal que fija las prioridades de política sanitaria. Para el período 2010/2016, el Plan Federal establece que el Ministerio de Salud tiene como misión, entre otras, de integrar la oferta programática en función de los Ciclos de Vida, avanzando hacia la cobertura universal, así como definir políticas de Recursos Humanos en salud y apoyar el desarrollo de las mismas en todas las jurisdicciones.

### **Los nuevos programas de salud**

La política de corte neo liberal impulsada por el gobierno de Menem desencadenó un proceso de pauperización y expulsión del mercado de trabajo que la crisis del 2001 profundizó aun más: a comienzos del milenio cerca del 60% habían perdido su cobertura de seguro de salud. La situación se tornó más dramática por el considerable incremento del precio de los medicamentos que entre los años 1990 y 2001 subieron un 309%, mientras que la inflación total fue del orden del 203%.

En esta circunstancia, y como una medida de emergencia para apalar la situación de los más vulnerables para quienes el gasto de bolsillo de los medicamentos resultaba inalcanzable, el Ministerio de Salud del gobierno encabezado por Eduardo Duhalde (2002/2003) propuso una serie de medidas sobre medicamentos esenciales. Dicha estrategia se basó en tres ejes principales:

<sup>10</sup> Acuña, C. (2008).

<sup>11</sup> El Consejo Federal de Salud (COFESA), creado en 1981, es un organismo destinado exclusivamente a articular acciones entre el gobierno nacional y los gobiernos provinciales sin atribuciones para incidir sobre el funcionamiento del sistema en su conjunto.

- (i) la prescripción de los medicamentos por su nombre genérico,
- (ii) la selectividad en la financiación de los medicamentos por los seguros de salud,
- (iii) la provisión pública para sectores de la población sin cobertura sanitaria ni recursos para adquirirlos.

Las primeras dos estrategias estuvieron dirigidas a mejorar las condiciones de acceso de la población con capacidad financiera y/o con un sistema de cofinanciamiento de los medicamentos. Para ello, se dispuso a partir de la reforma del *Programa Médico Obligatorio* –programa impulsado en los años del menemismo y que se analizará más adelante– un paquete de servicios básicos de salud que obliga al sistema de seguridad social y a las empresas de medicina prepaga a cubrir un listado de 216 medicamentos ambulatorios.

El tercer componente de la Política Nacional de Medicamentos consistió en un programa de provisión pública. Las medidas anteriores estaban destinadas a aquellas personas que cuentan con cobertura de salud y/o recursos para acceder a los medicamentos. Para aquellas que dependen exclusivamente del sistema de salud público para el acceso a los mismos y para cumplir con este objetivo fue que se creó el Programa Remediar.

### ***El Programa Remediar***

El Programa Remediar es un plan centralizado de acción conjunta entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Programa de Reforma de Atención de la Salud (PROAPS), que cuenta con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo. El mismo fue creado con el fin de enfrentar la emergencia sanitaria decretada en 2002. Su objetivo es la provisión gratuita de medicamentos ambulatorios en Centros de Atención Primaria (CAPS). También se busca fortalecer un modelo de atención primaria y promover políticas saludables con gestión participativa.

La identificación del beneficiario se hace de manera indirecta mediante la concurrencia del mismo a un Centro de Atención proveedor de medicamentos. Consecuentemente, no existen criterios definidos de elegibilidad de usuarios. Los mismos resultan elegibles en la medida que acudan al CAP en busca de atención médica y se le prescriba un medicamento incorporado en el botiquín Remediar.

La población que consulta a los profesionales del CAP de su zona de residencia, puede acceder gratuitamente a la medicación recetada a

partir del retiro de la misma en la farmacia del centro de atención primaria, firmando una receta específica del programa.

El diseño del programa fijó que la composición y cantidad de los botiquines de medicamentos distribuidos aumente de forma progresiva, así como la cantidad de CAPS beneficiarios hasta cubrir el 100 % de los centros existentes sin considerar la ampliación de la red nacional de CAPS.

La entrega de remedios a nivel de CAP permitió un alto grado de focalización en la población de menores recursos. En este sentido, durante el año 2003, el 91.7 por ciento de los consultantes a los Centros de Salud beneficiados por el programa se encontraban por debajo de la línea de pobreza, mientras que el 80% de las consultas fueron realizadas por personas sin cobertura en salud. El programa siguió avanzando en cobertura. Como se observa en el cuadro siguiente, hoy el acumulado de consultas, recetas emitidas y entrega de medicamentos alcanza cifras millonarias. Un dato que llama la atención es que pese a la cobertura alcanzada, la participación del Remediador en el gasto público en salud del año 2010 no alcanza al 1.9%.

**Cuadro 2. Estadísticas Generales del Programa Remediador  
Año 2010-2011**

	2010		2011	
	Promedio mes	Acumulado	Promedio mes	Acumulado
<b>Botiquines distribuidos</b>	14.6 mil	1.127.831	16 mil	1.180.195
<b>Transferencia en US\$</b>	3.0 millones	146.5 millones	3.2 millones	167.5 millones
<b>Consultas</b>	4.9 millones	402 millones	5,2 millones	439.1 millones
<b>Recetas emitidas</b>	1.5 millones	119.6 millones	1.6 millones	131 millones
<b>Tratamientos distribuidos</b>	3.3 millones	264.7 millones	3 millones	276 millones

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Ministerio de Salud sobre el programa Remediador.

Bajo el supuesto que la organización de redes integrales de servicios de salud mejora la accesibilidad al sistema y la atención de salud de la

población, en el año 2009 el programa Remediar incorporó el componente “Redes”. Las redes de salud involucran a actores que brindan servicios de salud entre distintos niveles de atención y distintas regiones, así como a personas u organizaciones que no necesariamente se desempeñan como efectores en los servicios.

El propósito del Programa es, justamente, realizar un trabajo conjunto con las autoridades provinciales y municipales promoviendo la participación de todos los actores de las redes seleccionadas por cada provincia. Supone, por lo tanto, un esquema de coordinación de la oferta sanitaria desde el gobierno nacional incluida en la estrategia de la Atención Primaria a la Salud. Desde el programa se realiza un aporte técnico para acompañar a los equipos locales tanto para el diagnóstico como la implementación de proyectos provinciales. Una iniciativa de este tipo significa, sin duda, un avance en el ordenamiento del sector salud.

### ***El Plan Nacer***

En el año 2005 con el propósito de disminuir los índices de morbi-mortalidad infantil y fortalecer la red pública de servicios de salud, se puso en marcha el Plan Nacer. Este Plan, considerado como un proyecto de inversión en salud materno infantil, brinda cobertura de salud a embarazadas, puérperas hasta 45 días y niños/as menores de 6 años que no tienen obra social.

En el marco del Plan Federal de Salud, buscando disminuir las brechas entre jurisdicciones, el programa funciona con el esquema de un seguro público en los hospitales, maternidades y centros de atención de todo el país. La provisión gratuita incluye un conjunto de prestaciones esenciales: controles de salud, ecografías, vacunas, consejerías, estudios de laboratorio, consultas oftalmológicas y odontológicas, entre otras.

En la actualidad, el Plan Nacer cuenta con 1,5 millones de beneficiarios. La propuesta para el segundo semestre de 2011, es alcanzar 3,7 millones de mujeres de 20 a 64 años y extender la cobertura a los niños, niñas y adolescentes hasta los 19 años, y las mujeres de 20 a 64 años que no tengan obra social ni prepaga. Se espera que con esta medida se incorporarán 7,5 millones de personas a esta prestación alcanzando, entonces, un total de 9,2 millones beneficiarios.

Como en el caso del Remediar, el plan Nacer cuenta con financiamiento de los organismos de crédito internacionales, en este caso del Banco Mundial.

## Las inequidades en el sector salud

El gasto total per cápita de la Argentina es el más alto de América Latina<sup>12</sup>. Esta privilegiada ubicación en el ranking se mantiene si tenemos en cuenta la participación del gasto en el PBI que, en el caso argentino, alcanza al 9.6%. Sin embargo, los resultados no son los esperados: la tasa de mortalidad infantil se encuentra en cuarto lugar en comparación con otros países de la región<sup>13</sup>. Es que buena parte del gasto, como se observa en el Cuadro 3, es privado y no se utiliza para financiar políticas de salud, ni cumple funciones redistributivas. La participación del gasto público se limita al 2,7% del PBI. El resto queda en manos de instituciones teóricamente “sin fines de lucro”, como son las obras sociales, “con motivaciones difusas con esquemas redistributivos en retroceso y solo parcialmente reguladas” (Cetrangolo O. y Anllo G., 2007: 413).

**Cuadro 3. Gasto en Salud en el porcentaje del PBI**

	2000	2002	2009
<b>Público</b>	1.98	1.54	2.7
<b>Seguridad Social</b>	2.09	2.92	3.6
<b>Privado</b>	4.24	4.08	3.3
Total	9.14	7.28	9.6

Fuente: Elaboración propia.

A esta inequidad en la distribución del gasto total en salud se suma una mala asignación del gasto público. De acuerdo con Cetrángolo y Devoto, “la salud pública al seguir un modelo basado casi exclusivamente en la actividad hospitalaria, destina casi todos sus recursos al nivel secundario (patologías más serias que requieren cuidados especiales o

<sup>12</sup> El gasto per cápita en la Argentina es de 1.205 dólares. Los dos países que le siguen son Uruguay con 833 dólares y Costa Rica con 779 dólares, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en *Estadísticas Sanitarias Mundiales*, 2009.

<sup>13</sup> Chile, Costa Rica, Uruguay y Cuba presentan tasas de mortalidad menores que la Argentina. Op. Cit.

internación), al terciario (alta complejidad) y a las emergencias. Este tipo de asignación del presupuesto va en desmedro del desarrollo de programas de atención primaria, que son la puerta de entrada natural al sistema de atención médica y más efectivos en el largo plazo. En cambio, el sistema presenta una expansión desmedida de algunos proveedores: un elevado número de médicos (en especial de especialistas) y con un exceso de equipamiento caro y subutilizado y de camas hospitalarios y sanatoriales” (Cetrángolo y Devoto, 2002: 15).

Otro indicador de la inequidad existente en el sistema es la distribución del gasto entre las provincias argentinas. Las diferencias en la asignación del gasto en salud en las provincias se profundizaron durante el último gobierno militar al promover la descentralización de los servicios de salud<sup>14</sup>. Descentralización que se completó en los noventa con la transferencia a la ciudad de Buenos Aires de hospitales y algunas instituciones especializadas. La equidad, entre las distintas jurisdicciones provinciales, de la cobertura pública no fue un criterio a la hora de asignar los recursos nacionales: las provincias con mayores porcentajes de población con NBI o menor producto geográfico no recibieron necesariamente mayor proporción de recursos del gobierno central (Maceira, 2002).

En los noventa la dispersión del gasto per cápita en salud entre las distintas provincias se acrecentó. En 1993 las erogaciones medias correspondientes a la provincia de Tierra del Fuego (\$400) representan más de seis veces el gasto correspondiente a la provincia de Buenos Aires (\$ 63). Esta brecha se incrementó hacia el año 2000 cuando el gasto per cápita máximo correspondiente a la provincia de Santa Cruz (\$ 344) fue siete veces el de la provincia de Corrientes (\$ 49,9), la provincia con la menor erogación promedio. En algunas provincias con un alto nivel de pobreza incluso se redujo el gasto en salud en ese periodo (1993/200) como fue el caso de Buenos Aires, Corrientes, Misiones, Salta y Tucumán. Esta dispersión se refleja, hasta el día de hoy, en las dramáticas diferencias de las tasas de mortalidad infantil entre las provincias, indicador de la más alta inequidad en el campo de la salud.

<sup>14</sup> La Ley N° 21.883 de 1978 transfirió hospitales públicos a las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, Santa Fe, Santiago del Estero, Tucumán.

**Cuadro 4. Mortalidad infantil en Argentina  
(junio de 2010)**

<b>Provincia</b>	<b>Tasa de Mortalidad infantil (cada mil nacidos vivos)</b>
<b>Buenos Aires</b>	12.4
<b>Tierra del Fuego</b>	6.8
<b>Santa Cruz</b>	10.6
<b>Chubut</b>	10.6
<b>Río Negro</b>	11.7
<b>Neuquén</b>	7.4
<b>La Pampa</b>	14.9
<b>Mendoza</b>	10.8
<b>San Luis</b>	13.1
<b>Córdoba</b>	12.1
<b>Santa Fé</b>	11.5
<b>Entre Ríos</b>	13.5
<b>San Juan</b>	14.4
<b>La Rioja</b>	15.0
<b>Catamarca</b>	15.3
<b>Tucumán</b>	13.8
<b>Santiago del Estero</b>	10.4
<b>Chaco</b>	18.0
<b>Corrientes</b>	17.1
<b>Misiones</b>	13.9
<b>Formosa</b>	19.2
<b>Salta</b>	14.4
<b>Jujuy</b>	14.0

Fuente: Dirección de Estadística e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. <http://www.deis.gov.ar/>

A las inequidades regionales se le suman las que derivan de la situación laboral. En el año 2005, el 56% de la población contaba con algún mecanismo de seguro social, ya sea obra social sindical, provincial o el Instituto Nacional de Jubilados y Pensionados, en tanto 10% de los individuos aportaban a una cobertura prepaga de seguro individual.

Para aquellos que no tienen seguros formales, alrededor del 34% de la población, su cobertura se realiza a través del sistema público (hospitales y centros de atención primaria de salud), contando para ello sólo el 28% de los recursos totales del sistema de salud.

**Cuadro 5. Cobertura por quintil de ingreso, 2005**

Cobertura de salud	Quintiles de ingreso per cápita familiar (%)					Total
	I	II	III	IV	V	
<b>Obra social</b>	34,56	48,98	60,41	67,80	64,49	55,98
<b>Sistema privado</b>	3,53	4,73	6,87	10,52	23,16	10,13
<b>Cobertura pública</b>	61,44	45,76	32,22	21,56	12,11	33,53
<b>Ns/Nc</b>	0,47	0,53	0,49	0,12	0,25	0,36
<b>Total</b>	100	100	100	100	100	100

Fuente: Maceira, Daniel sobre la base de datos del Ministerio de Salud de la Nación, Encuesta de Consumo, 2005. Inequidad en el acceso a la salud, Cuadernos del Clah, no. 99, Montevideo, año 32, 2009/2, p. 7/17.

¿Qué pasa en el interior del subsistema de obras sociales? ¿Se observan también diferencias? De acuerdo a la ley de obras sociales sancionadas en los setenta, la afiliación de los trabajadores y su familia era compulsiva a la obra social correspondiente a su rama de actividad. El aporte estaba estipulado como un porcentaje del salario y las prestaciones eran uniformes en el interior de cada obra social. En otras palabras, si bien las prestaciones podían diferir entre las distintas obras sociales, eran homogéneas en el interior de cada una.

Las reformas de los noventa introdujeron cambios en esta situación. En enero 1993, el Poder Ejecutivo Nacional resolvió por un decreto, como

se analiza más adelante, la desregulación de las obras sociales sindicales. Se permitió, además, la coexistencia de planes diferenciales: las obras sociales dejaron de tener un plan único de salud para todos los afiliados estableciendo como única obligación la aplicación del Programa Médico Obligatorio, un conjunto de prestaciones básicas para todos sus afiliados. En caso de que el monto de los aportes de un titular no llegara a cubrir el valor de las prestaciones básicas, la Superintendencia de Seguros de Salud es el responsable de compensar a la obra social. El resultado de estas modificaciones fue la desaparición de la redistribución hacia el interior de cada obra social y, por lo tanto, de prestaciones diferenciadas en el interior de cada obra social, quedando sólo el aporte al Fondo Solidario de Redistribución como factor de solidaridad a través del financiamiento (Cetrángolo y Anlló, 2007: 414).

### **Los intentos de reforma en el campo de la salud<sup>15</sup>**

Hay que remontarse a fines del siglo XIX para encontrar los orígenes de esta fragmentación. En aquellos años las sociedades de beneficencia, los gobiernos provinciales y el gobierno nacional competían tanto por la administración de las instituciones de salud como por los recursos públicos. La llegada de los inmigrantes a comienzos del siglo XX profundizó esta fragmentación con la creación de mutuales y sociedades de socorros mutuos para la atención de los coterráneos.

En 1946 el presidente Juan D. Perón se propuso la centralización y expansión de los servicios de salud a lo largo del país, mejorar la oferta de médicos y enfermeros, y construir una seguridad social universal. Los niveles de contribución para el sostenimiento de este seguro se calcularían de acuerdo al ingreso de una familia modesta promedio y se financiarían con aportes de trabajadores y empleadores, incrementados en forma progresiva según los salarios. Los beneficios comprendían jubilación a los 60 años y seguros contra accidentes, enfermedades, maternidad, incapacidad, fallecimiento y desempleo.

Los fondos recaudados por la Seguridad Social se sumarían a los del Fondo Nacional de Salud. De esta manera, según se señala en el Primer

<sup>15</sup> Para una visión más amplia de la historia de estas políticas ver Golbert, L. (2011).

Plan Quinquenal, “se podrá ofrecer a la población no pudiente (65% de los habitantes) una asistencia médica completa, perfecta y gratuita (médicos, especialistas y farmacia), a un 20% asistencia a tarifas reducidas, quedando un 15% de la población –es decir la pudiente– librada a la asistencia médica libremente convenida (ejercicio liberal de la profesión). Además se abordarán en gran escala los problemas de la salubridad del territorio y la investigación científica de los problemas sanitarios de la Nación” (Plan Quinquenal 1947-1951: 13).

La creación de la Secretaría de Salud Pública –organismo desde el cual se comenzaría a implementar esta propuesta– fue un primer paso para llevar a cabo la centralización que colocaría a toda la oferta de salud, incluidos los hospitales privados y los que administraban las sociedades de beneficencia, bajo la órbita del Estado. Pero este proyecto de centralización enfrentaba algunos obstáculos. La Fundación Eva Perón, que tenía a su cargo una serie de hospitales y centros de salud, no estaba dispuesta a entregarlos al Ministerio de Salud. Además, en las provincias las sociedades de beneficencia siguieran ocupando un lugar central en la administración de la salud, siendo éste otro escollo para lograr la centralización buscada por el proyecto Carrillo. Por su parte, los sindicatos –continuando la tradición de las mutuales y sociedades de socorros mutuos creadas con la llegada de los inmigrantes– aspiraban a brindar servicios de salud a los afiliados de su sindicato. El crecimiento alcanzado en estos años con el consiguiente aumento en los recursos financieros hacia factible poner en práctica esta aspiración. La apuesta de los sindicatos contribuyó, como era de esperar, a profundizar la tendencia a la fragmentación, característica del sector desde los inicios del siglo XX.

El segundo Plan Quinquenal, cuyo inicio está fechado en 1952, confirmó el eclipse del proyecto de centralización al incluir entre sus metas que los gremios desarrollaran sus propios servicios asistenciales. “El Plan asignaba a las cooperativas y mutualidades un papel fundamental en la organización de los servicios y en el otorgamiento de las prestaciones de la seguridad social, toda vez que consideraba equivocado prescindir de una colaboración tan valiosa como la que pueden prestar las mismas por la importancia y la calidad de los distintos servicios, que organizados por distintos gremios se encuentran en pleno y eficiente funcionamiento (Carrillo, 1954: 424).

Años más tarde, cuando los destinos del país estaban regidos por un gobierno militar (1966/73), el Secretario de Salud Pública de la Nación, Ezequiel Holmberg, desarrolló un proyecto que pretendía ordenar el sistema de salud a nivel nacional y orientar las políticas de salud hacia un

sistema más previsible y coherente, buscando una coordinación entre los diferentes niveles de prestación, integrando al sector público con el de las OSS y las mutuales y el sector privado. Este proyecto no tuvo apoyo por parte de los sectores privados –que se veían fuertemente perjudicados– y fue resistido por el sector sindical quienes los veían como pérdida de las conquistas históricamente ganadas por el movimiento obrero. Finalmente, no prosperó.

En el corto período (1973/76) que el peronismo vuelve a ser gobierno, hubo un nuevo intento de ordenar el sistema de salud a partir del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a cargo del Secretario de Salud Público. De acuerdo con el proyecto presentado, si bien era responsabilidad del Estado, el Sistema iba a estar dirigido por un Consejo Nacional de Salud con participación de los distintos actores del sector. La financiación del sistema iba a regirse por los principios de solidaridad social y justicia distributiva, aumentando, con este fin, los presupuestos estatales de salud con fondos de rentas generales y recursos de otros sectores en un Fondo Financiero Sanitario Nacional. Organizaba también una Carrera Médica Nacional y otra para el equipo profesional y técnico: ingreso por concurso, estabilidad, posibilidad de ascenso y retribución justa. Sin embargo, los dirigentes sindicales, como el subsector privado, se opusieron al proyecto exigiendo la excepción de sus Obras Sociales en ese sistema. Finalmente se aprobó la Ley N° 20.748 que distó mucho del proyecto original. Fue solamente adoptada por las provincias de San Luis, La Rioja, Chaco y Formosa. El SNIS se fue debilitando hasta que en 1977 desapareció del presupuesto nacional.

En 1978 el gobierno militar transfirió, sin los debidos recursos, hospitales públicos a las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, Santa Fe, Santiago del Estero, Tucumán (Ley N° 21.883). Esta modalidad de transferencia, como señalan Cetrángolo y Gatto, fue posible porque estuvo protagonizada por un gobierno nacional autoritario no respetuoso del orden constitucional y por gobiernos provinciales delegados del poder (Cetrángolo y Gatto, 2002).

Con el regreso a la democracia el Dr. Aldo Neri, Ministro de Salud del gobierno encabezado por el Dr. Raúl Alfonsín, retomó la idea de articular los diferentes subsistemas a través de un seguro unificado de salud. El proyecto planeaba nivelar la fuerte desigualdad interna de las obras sociales e incluir gradualmente la población más pobre o no cubierta, en igualdad de derechos, con financiamiento compartido tanto por la jurisdicción nacional como las provinciales. En lo que se refiere a su financiamiento se proponía una contribución del 7,5% sobre la nómina salarial exclusiva-

mente a cargo del empleador, complementando los recursos con cuentas generales del Estado Nacional y de los estados provinciales. Promovía al mismo tiempo una reforma organizativa de los hospitales y centros de salud públicos y de los establecimientos privados. Los sindicatos participarían de la ANSSAL (Administración Nacional del Seguro de Salud) que asumiría las funciones del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y no serían designados por los respectivos sindicatos sino mediante elecciones generales propias y separadas entre los afiliados de las obras sociales.

Este proyecto fue elevado para su tratamiento con el título de Seguro Nacional de Salud. Por presiones del sector privado de salud y de los dirigentes sindicales que consideraban que este proyecto recortaba su poder económico y político, se demoró su tratamiento en las Cámaras. Para superar esta situación, el gobierno decidió comenzar una negociación con los actores involucrados que se extendió durante casi tres años; el Ministerio de Salud Pública debió aceptar muchas de las exigencias de la CGT. “El proyecto debilitado y partido en dos leyes –de Obras Sociales (Ley N°23.660) y de Seguro de Salud (Ley N° 23.661)–, fue sancionado pocos meses antes del final del gobierno y resultó luego congelado por el desinterés político de las administraciones que siguieron” (Alfonsín, 2004: 296). La Ley N° 23.660 derogaba la Ley N°18.610 de Obras Sociales de 1970.

Con la promulgación de la Ley N° 23.660 de Obras Sociales y la N° 23.662 del Seguro de Salud, la conducción de las obras sociales correspondió a la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL). La conducción de la ANSAAL, incluida en la órbita de la Secretaría de Salud, era colegiada, con representación mayoritaria del Estado y de los trabajadores y empresarios. Se financiaba con el 10% de los aportes del sistema y el 50% de recursos de distinta naturaleza. Los fondos del ANSAAL operan como redistribución de recursos entre las obras sociales.

En la década de los noventa, como se señaló anteriormente, el primer proyecto presentado por el gobierno menemista establecía que cada trabajador pudiera elegir libremente a su prestador tanto entre las obras sociales sindicales como entre los prestadores privados. Los sindicalistas se opusieron a esta propuesta de completa desregulación de las obras sociales. Recién varios años más tarde y luego de largas negociaciones –el gobierno necesitaba del apoyo de la dirigencia sindical para las reformas encaradas, entre ellas la flexibilización laboral– se llegó a un acuerdo: la libre elección de los afiliados sólo era posible entre las obras sociales. El pago de las deudas contraídas por las obras sociales fueron parte de esta ne-

gociación: los sindicatos fueron favorecidos con un largo plan de pagos. De todas maneras, como era previsible, el cambio no afectó por igual a todas las obras sociales: las que contaban con recursos más cuantiosos fueron beneficiadas al recibir un mayor número de trabajadores (Etchemendy y Palermo, 1998)<sup>16</sup>.

## REFLEXIONES FINALES

Los intentos de reforma al sistema de salud, descriptos brevemente en el punto anterior, no llegaron a buen puerto aunque quienes lo intentaron fueran gobiernos, civiles o militares, con mayor o menor legitimidad política. Cuando Nestor Kirchner asume el gobierno, la Argentina recién comenzaba a recuperarse de las consecuencias de las políticas económicas y sociales implementadas en los noventa y agudizadas por la crisis del 2001. En esta situación y habiendo ganado con el 22% de los votos, el gobierno implementó algunas políticas sociales de importancia, como fue el caso del Programa Remediar, pero no contaba con suficiente legitimidad de origen como para emprender grandes cambios.

En un escenario diferente, con una economía que exhibía tasas altas y sostenibles de crecimiento, y mayor apoyo electoral, el gobierno, encabezado por la presidenta Cristina Fernández de Kirchner, propuso la reforma al sistema previsional. Reforma que contó con un amplio consenso político y una débil oposición de los damnificados por la medida.

En el caso del sistema de salud, la presencia de múltiples actores que podían ejercer, como sucedió en otros intentos de reforma a lo largo del siglo XX, un fuerte poder de veto y una alta capacidad de movilización ante cambios que atentaran contra sus intereses, disuadió al gobierno de una intervención que modificara la situación existente. Los programas impulsados en esos años, si bien fueron innovadores en su propuesta de asistir a los más vulnerables, dejaba intacto al sistema. Que los sindicatos, actor clave en este sector, fuera un aliado importante del gobierno fue otro factor a tener en cuenta a la hora de explicar estas diferentes estrategias.

Los obstáculos para promover cambios en el sector salud no pueden ser atribuidos exclusivamente a los sindicatos. La presencia de otras

<sup>16</sup> Etchemendy, S. y Palermo, V. (1998).

corporaciones poderosas por su capacidad económica e influencia política como las asociaciones de profesionales de médicos, las de clínicas y sanatorios y los laboratorios, así como los gobiernos provinciales, pesan a la hora de considerar una intervención en el campo de la salud. La propia multiplicidad de actores (son cerca de quinientos los fondos intervinientes) constituye una dificultad casi insalvable a la hora de buscar un consenso para modificar las reglas de juego, establecer nuevas normativas o, incluso, asignar prioridades en el sector salud. La fragmentación –fuente de inequidad e ineficiencia– constituye, por lo tanto, uno de los principales obstáculos que se deberá enfrentar para cualquier intento de reforma del sistema.

¿Habrà, entonces, que dejar las cosas como estàn? ¿O es posible pensar algùn tipo de intervenci3n que permita comenzar a ordenar el ca3tico sistema de salud argentino? Hoy, formularse esta pregunta adquiere sentido por dos razones. En primer lugar, la actual presidenta Cristina Fernàndez de Kirchner fue reelecta como presidenta de la Naci3n en octubre de 2011 por un mandato de cuatro aros con el 54% de los votos. A este importante apoyo electoral se suma otro dato pol3tico favorable en un pa3s federal y con los hospitales pùblicos descentralizados: salvo cuatro provincias, el resto participa del mismo espacio pol3tico que la presidenta. En segunda lugar, la voluntad de la presidenta de construir una Argentina màs igualitaria como lo ha manifestado en reiteradas ocasiones.

El poder pol3tico y la voluntad de cambio son condiciones necesarias pero no suficientes para avanzar en el ordenamiento del sistema de salud. Reforzar la autoridad estatal es un requisito ineludible. Se precisa un estado, tanto nacional, provincial como municipal, fortalecido financieramente y con recursos humanos capacitados como para mejorar la calidad y accesibilidad de la atenci3n m3dica, y poner en marcha una pol3tica pùblica de salud sustentable. Son tareas claves en ese sentido, aunque no las ùnicas, el aumento en el gasto pùblico –el àrea de salud pùblica debe contar con recursos suficientes para remunerar y capacitar adecuadamente a los recursos humanos del sector, así como para invertir en equipamiento hospitalario–, mejoras en la gesti3n tanto en lo que se refiere a los sistemas de informaci3n como al monitoreo y evaluaci3n de las pol3ticas, fortalecimiento de las redes de salud y de las capacidades de coordinaci3n de acciones con otras àreas.

Con un sistema pùblico así fortalecido, el Estado nacional en sus negociaciones con otros actores tendrà posibilidades de obtener mejoras de eficiencia y equidad en el sistema de salud.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Acuña, Carlos (2008), *La política de la modernización estatal: notas comparando la experiencia europea con la latinoamericana (con foco en Argentina)*(2007), ponencia presentada en el XII Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santo Domingo, República Dominicana.
- Alfonsín, Raúl (2004), *Memoria política: transición a la democracia y derechos humanos*, Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- Anlló, Guillermo y Cetrangolo, Oscar (2007), “Políticas sociales en la Argentina: viejos problemas, nuevos desafíos”, en ( Bernardo Kosacoff, ed.) *Crisis, Recuperación, Nuevos Dilemas: La economía argentina, 2002/2007*, CEPAL, Buenos Aires.
- Carrillo, Ramón (1954), “El espíritu del Segundo Plan Quinquenal y la acción del Ministerio de Salud Pública”. En J. D. Perón, et. al. *El Segundo Plan Quinquenal de la Nación Argentina*, Buenos Aires, Hechos e Ideas.
- Cetrángolo Oscar y Devoto, Florencia (2002), *Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre la reforma de los años noventa e impacto de la crisis actual*. <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/13041/SALUDEQYREF.pdf>
- Cetrangolo, Oscar y Gatto, Francisco (2002), *Descentralización fiscal en Argentina: restricciones impuestas por un proceso mal orientado*. CEPAL, Buenos Aires. <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/13048/quito3.pdf>
- Dirección de Estadística e Información en Salud (2010), *Anuario 2009-2010*, Ministerio de Salud de la Nación. <http://www.deis.gov.ar/>
- Dirección de Estudios de Relaciones y Estudios laborales (2011), *Boletín de Estadísticas Laborales (BEL)*, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Buenos Aires. <http://www.trabajo.gov.ar/left/estadisticas/bel/index.asp>
- . (2011), *Encuesta de indicadores laborales (EIL)*, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Buenos Aires. <http://www.trabajo.gov.ar/left/estadisticas/eil/index.asp>
- Dirección Nacional de Programación Económica (2011), *Boletín de Estadístico de la Seguridad Social*, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Buenos Aires. <http://www.trabajo.gov.ar/left/estadisticas/bess/index.asp>
- Etchemendy, Sebastián y Palermo, Vicente (1998), *Conflicto y concertación. Gobierno, Congreso y Organizaciones de interés en la reforma laboral del primer gobierno de Menem (1989-1995)*, Desarrollo Económico, No. 148, enero-marzo.

- Golbert, Laura y Roca, Emilia (2010), “De la Sociedad de Beneficencia a los Derechos Sociales”. En *Revista de Trabajo*, N° 8, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Buenos Aires.
- Golbert, Laura (2011), “De la Sociedad de Beneficencia a los Derechos Sociales”, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Buenos Aires.
- Maceira, Daniel (2002), *Financiamiento y equidad en el sistema de salud argentina*. Serie Seminarios y Salud Pública, WP7, Buenos Aires, Centro de Estudio de Estado y Sociedad (CEDES).
- Maceira, Daniel (2009), “Inequidades en el sistema de salud en Argentina”, *Cuadernos del CLAEH*, N° 99, Montevideo, 2.ª serie, año 32, 2009/2 issn 0797-6062 Pp. 7-17.
- Organización Mundial de la Salud (2009), *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/es/index.html>
- Plan Quinquenal del Gobierno del Presidente Perón 1947-1951. Buenos Aires, s.e.s.f.

## SEGMENTACIÓN Y ESTRATIFICACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO: ACTORES Y RAÍCES HISTÓRICAS

*Enrique Valencia Lomeli*<sup>1</sup>

La construcción de las principales instituciones de salud en México se inició hace cerca de 70 años. Recientemente, se han generado reformas a las instituciones con el objetivo de asegurar tardíamente la *universalidad* en México para enfrentar las estructuras altamente segmentadas de los sistemas de salud. Paradójicamente, el camino por el que se busca lograr la universalidad ha segmentado más el sistema, con paquetes de servicios desiguales para diversos grupos poblacionales. En este trabajo nos proponemos identificar estos cambios, los principales debates sociales formados en torno a ellos y los actores centrales de la segmentación-estratificación.

### **REGÍMENES DE BIENESTAR EN AMÉRICA LATINA Y SEGMENTACIÓN DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD**

En los análisis acerca de los regímenes de bienestar en América Latina –en buena parte surgidos a partir del debate sobre las conceptualizaciones de Gøsta Esping-Andersen y desarrollado en buena medida bajo la influencia de Mesa Lago<sup>2</sup>– se ha subrayado el carácter segmentado y estratificado de las instituciones de seguridad social en la región<sup>3</sup>. Diversos análisis coinciden en la generación de las tipologías de los regímenes de bienestar latinoamericanos como “universalistas estratificados” o simplemente “universalistas”, “duales” y

<sup>1</sup> Investigador en la Universidad de Guadalajara.

<sup>2</sup> Puede verse una versión reciente de estas investigaciones del autor mencionado en Mesa Lago, 2005.

<sup>3</sup> Puede verse una síntesis de este debate en Valencia, 2008.

“excluyentes” (Filgueira, 1998; Barba, 2004); pero incluso en los regímenes cercanos al universalismo se encuentran grados importantes de segmentación y estratificación.

En recientes estudios sobre la trayectoria de las instituciones sociales, en especial las dedicadas al cuidado de la salud de los latinoamericanos, Mesa Lago (2005)<sup>4</sup> subraya que a pesar de las reformas en algunos países como Colombia y Brasil, dirigidas hacia la universalización, puede concluirse que la segmentación se ha mantenido e incluso se ha incrementado, en el marco de una heterogeneidad de los sistemas. El investigador nos propone la siguiente clasificación del grado de integración de los sistemas de salud en la región:

- Público unificado o integrado (ver Cuadro 1a).
- Seguro social unificado (ver Cuadro 1a).
- Dual segmentado, ya sea con tendencia a la unificación, con o sin coordinación (ver Cuadro 1a).
- Tripartitos segmentados sin coordinación (ver Cuadro 1b).
- Tripartitos muy segmentados sin coordinación (ver Cuadro 1c).
- Tripartitos altamente segmentados sin coordinación (ver Cuadro 1c).

La heterogeneidad en AL es notable: desde sistemas unificados (con o sin programas separados) hasta la extrema segmentación de los casos argentino o boliviano, en los que los mismos subsectores se encuentran divididos y son sumamente heterogéneos: el subsector público separado en diversos órdenes de gobierno (provincias y municipios, e incluso departamentos o estados, como en Brasil), con rectoría del gobierno central débil o sin funcionamiento entre otros factores debido a la autonomía de las provincias (Argentina) o a la debilidad misma del gobierno central (Bolivia); el subsector del seguro social separado en seguros autónomos (en el caso de Bolivia hay 14 esquemas separados

<sup>4</sup> Esta caracterización habrá sufrido algunas modificaciones entre 2005 y 2012, como trataremos de mostrar en este texto en referencia al caso mexicano y en otros textos de este mismo volumen. Sin embargo, nos parece un punto de partida general aún pertinente.

del seguro social supuestamente unificado) o administrados por los sindicatos (Argentina). Esta diversidad también se manifiesta en los intentos fallidos de unificación de los diversos subsectores, como en Bolivia, Paraguay o Venezuela, o aún sin reglamentación, como en Ecuador, o las unificaciones de los sectores público y de seguridad social, como en Colombia, Brasil y Chile, con fuertes sectores privados (en los dos últimos países), o en la marcha atrás de procesos de unificación general (Nicaragua) o en la liquidación del seguro social (Perú), o en intentos fallidos de la privatización de la provisión de servicios de salud (El Salvador). Esta diversidad se muestra también en los procesos de integración de los sistemas en busca de la universalización (Brasil y Colombia), o en los procesos de incremento notable de la segmentación como en México (nuevos programas sin integración general), Argentina y Bolivia.

**Cuadro 1a: Grados de integración y segmentación de sistemas de salud en AL. Sistemas unificados y duales**

<b>Grado de integración o segmentación</b>	<b>Características</b>	<b>Países</b>
Público unificado	Sistema nacional de salud unificado, sin separación de funciones.	Cuba
Unificado a través del seguro social, variante 1	Sistema unificado (público más seguro social) en el seguro social, con creciente provisión privada de servicios médicos; con programas mixtos (participación privada en relación con el seguro social).	Costa Rica
Unificado a través del seguro social, variante 2	Sistema de seguro social y público integrado funcionalmente, con mínima participación del sector privado (servicios de diagnóstico, 1% del gasto del seguro social).	Panamá
Dual segmentado, con tendencia a la unificación y con importantes sectores fuera del sistema público	Se fusionó el sistema público y de seguridad social en 2003. El segundo se transfirió al ministerio de salud. Debido a la descentralización (federal, estatal y municipal), incluso en las funciones de dirección-regulación, financiamiento y provisión, existe una gran heterogeneidad. Fuerte subsector privado (genera la mayoría del gasto en salud); sólo con regulación y supervisión pública.	Brasil

*Continúa en la página siguiente*

*Continuación de la página anterior*

Dual segmentado, coordinado	Se unificó el sistema público y de seguros sociales en un sistema público unificado (1979), y fue separado del subsector privado: se crearon las Instituciones de Salud Provisional, Isapres (1981); son 17, que coexisten con 73 mutuales de seguridad y numerosos hospitales, clínicas, centros médicos y laboratorios. Fueron separadas las funciones de rectoría/regulación, financiamiento/aseguramiento, provisión y supervisión.	Chile
Dual segmentado, sin integración	Prácticamente hay dos subsectores, público y privado, porque el seguro social es mínimo. El ministerio de salud es la única institución pública, aunque es muy débil, con control y supervisión débiles. Los establecimientos públicos funcionan autónomamente, lo mismo que los privados. Se calculan cerca de 400 proveedores privados. No hay separación de funciones.	Haití

Fuente: Elaboración propia a partir de Mesa Lago (2005).

**Cuadro 1b: Grados de integración y segmentación de sistemas de salud en AL.  
Sistemas tripartitos segmentados**

Grado de integración o segmentación	Países	Características
Tripartito segmentado, sin coordinación	Ecuador	Tres subsectores segmentados y sin coordinación. Sector público dividido (ministerio, servicios en algunos municipios y otras entidades); seguro social régimen general y campesino; importante sector privado. No hay separación efectiva de funciones. Nuevo sistema nacional de salud (2002), sin reglamentación.
	El Salvador	Tres subsectores segmentados y sin coordinación. Sector público formado por el ministerio de salud; seguro social autónomo, con unificación para trabajadores públicos y privados, excepto los maestros. El subsector privado comercial está concentrado en la capital y principales zonas urbanas. Prácticamente no hay separación de funciones, porque los tres combinan la mayoría. Hubo un intento de privatización de la provisión y financiamiento que generó una huelga prolongada de médico y sindicatos; se interrumpió la reforma.
	Guatemala	Tres subsectores segmentados y sin coordinación. Sector público (tres niveles: ministerio, 15 de 22 departamentos y municipios, y fondo social contra la pobreza) centrado en

*Continúa en la página siguiente*

*Continuación de la página anterior*

		atención primaria; seguro social con programa de enfermedad-maternidad se concentra en servicios curativos, en sólo 15 de 22 departamentos. Sector privado comercial concentrado en la capital y principales municipios. No hay separación de funciones, excepto en el paquete básico.
	Honduras	Tres subsectores segmentados y sin coordinación. No hay separación de funciones, excepto en el seguro social que delega parte de la provisión a proveedores públicos y privados. Sector público: principal proveedor, controla y supervisa el sistema, incluso al seguro social; aunque las fuerzas armadas, la universidad nacional y algunos municipios ofrecen servicios a los empleados. Seguro social: otorga servicios directos sólo en dos departamentos; en otros departamentos firma convenios con sector privado (en tres) y con municipios (en dos). Sector privado comercial aún pequeño.
	Nicaragua	Tres subsectores segmentados y sin coordinación. El sistema nacional único de salud (1979) fue eliminado en 2003. Sector público: formado por un ministerio que es rector del sistema y proveedor de los establecimientos públicos. Seguro social: no tiene servicios propios; otorga servicios a través de Empresas Médicas Previsionales (EMP), que son públicas y privadas; 20% de las EMP son públicas y atienden a 67% de asegurados. Sector privado comercial formado por EMP. Separación de funciones incompleta.
	Perú	Tres subsectores segmentados y sin coordinación, después de la reciente reforma (2002). Sector público: el ministerio de salud es la institución central, rectora; tiene a su cargo el paquete básico para la población pobre. Seguro social: la reforma liquidó al antiguo seguro social y traspasó el programa de salud a entidad autónoma pública; empleados o empleadores pueden decidir cambiarse de proveedora pública o privada; además empleados de fuerzas armadas y policía tienen servicios propios. Sector privado: concentrado en Lima y capitales de departamentos. Alguna separación de funciones.
	Uruguay	Tres subsectores segmentados y sin coordinación. Existe una separación de funciones parcial. Sector público: el ministerio de salud es la entidad principal, aunque hay hospitales públicos separados: fuerzas armadas, policía, universidad y municipios. Seguro social: Banco de Previsión Social actúa como asegurador y financiador; contrata provisión con Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (privadas o públicas) y es proveedor directo en atención materno-infantil en la capital. Sector privado: complejo y segmentado, sólo con supervisión general.

Fuente: Elaboración propia a partir de Mesa Lago (2005).

**Cuadro 1c: Grados de integración y segmentación de sistemas de salud en AL. Sistemas tripartitos muy segmentados**

Grado de integración o segmentación	Países	Características
Tripartito muy segmentado sin coordinación	México	Alta segmentación en tres subsectores y sin coordinación. No hay separación de funciones. Sector público: el ministerio de salud es institución rectora, débil y proveedora en los tres niveles; recientemente, cada administración ha generado un programa frente a la pobreza (el último Seguro Popular) y algunos de ellos se mantienen; los estados y municipios tienen sus propias instalaciones; otras cuatro entidades federales han creado programas con acciones de salud para población pobre (por ejemplo, secretaría de desarrollo social creó Progres-a-Oportunidades). Seguro social: cinco seguros autónomos con programas de salud (trabajadores del sector privado, empleados públicos, ejército y marina, trabajadores petroleros). Muy heterogéneo sector privado (2,950 servicios de hospitalización en 1999).
	Paraguay	Alta segmentación en tres subsectores y sin coordinación, a pesar de reforma que creó un sistema nacional de salud. Sin separación de funciones. Sector público: el ministerio de salud es institución rectora, aunque hay dos programas separados (ejército y policía). Seguro social: para asalariados privados y de entes descentralizados y empresas públicas o mixtas, con regímenes especiales para maestros y trabajo doméstico de la capital y veteranos de guerra. Los empleados públicos tienen un seguro médico subsidiado. Sector privado: compuesto especialmente por 33 empresas de medicina prepaga y 30 establecimientos privados.
	República Dominicana	Hasta 2005 alta segmentación en tres subsectores y con poca coordinación; aunque una reforma reciente generó tres regímenes (contributivo, contributivo-subsidiado y subsidiado), con clara separación de funciones, pero ha avanzado poco en la implementación. Sector público: el ministerio de salud es el rector, pero es débil y carece de liderazgo para enfrentar conflictos entre diversas instancias. Seguro social: cuenta con varios programas separados, aunque el Seguro Familiar de Salud debe ofertar un paquete básico de salud igual para los tres regímenes; actualmente subcontrata con proveedores privados y dada la baja calidad de los servicios del seguro, los afiliados contratan con unas 30 "iguales" prepagas.

*Continúa en la página siguiente*

*Continuación de la página anterior*

	Venezuela	Alta segmentación, sin coordinación, de tres subsectores: público, seguro social y privado, a pesar de Constitución de 1999 (plantea sistema integrado y coordinado). Un proyecto de ley en 2005 integraría al seguro social y otros grupos separados (IVSS más maestros, petroleros y profesores universitarios, salvo fuerzas armadas) a un sistema público nacional de salud; la entidad que coordinaría el sistema es el ministerio de salud. El sector privado está formado por 315 entidades lucrativas y 29 de beneficencia.
Tripartito altamente segmentado con baja coordinación	Argentina	Muy alta segmentación de tres subsectores con baja coordinación. No hay separación de funciones. Sector público: el ministerio de salud supuestamente ejerce la rectoría, pero las provincias son autónomas en políticas de salud. No están integrados los programas para fuerzas armadas, congreso, poder judicial y universidades nacionales. Seguro social: formado por diversas entidades financiadas por cotizaciones y administradas sobre todo por sindicatos. Sector privado: múltiples proveedores que contratan con entidades de seguro social y tienen también afiliados voluntarios. El Fondo Solidario de Redistribución tenía como objetivo reducir desigualdades entre entidades del seguro; ahora, garantizar un mínimo por asegurado, que asegure paquete básico.
Tripartito altamente segmentado	Bolivia	Muy alta fragmentación entre tres subsectores con baja coordinación. No hay separación de funciones. Sector público: ministerio de salud que supuestamente ejerce la rectoría, pero en la práctica no lo hace; incluso una parte de las prestadoras privadas no está inscrita en el sistema de información. Existe división entre provincias, departamentos y municipios. Seguro social: el código de seguridad social estipuló la unidad de los seguros sociales, pero inmediatamente se aceptó la existencia de otros seguros autónomos (en 2000 llegaron a ser 14). El paquete básico de salud puede ser ofrecido por los tres sectores.

Fuente: Elaboración propia a partir de Mesa Lago (2005).

Un elemento que dificulta la integración de los sistemas es el mantenimiento o resurgimiento de programas de salud para grupos especiales (o privilegiados) (ver Cuadro 2). Destaca la importancia que los países de AL otorgan a los trabajadores de la seguridad externa e interna (ejército, policías y empleados de los ministerios del interior). Entre los 20 paí-

ses estudiados por Mesa Lago (2005), prácticamente todos (18, con excepción de Costa Rica y Panamá) cuentan con programas o instituciones especiales para las fuerzas armadas, e incluso en México, el ejército y la marina cuentan con instituciones especializadas; diez países mantienen programas especiales para sus policías y en tres de ellos (Cuba, Guatemala y Nicaragua) con apoyo también para los empleados de los ministerios del interior (o seguridad interna). En la nueva ley integradora de la seguridad social en discusión en Venezuela (2005), el ejército permanece apartado. Otros sectores privilegiados son los empleados públicos<sup>5</sup>, los maestros y empleados universitarios y los trabajadores petroleros: en siete casos hay programas/instituciones para empleados públicos y en seis para maestros o empleados universitarios; Colombia, México y Venezuela destacan a los trabajadores petroleros. Otros sectores beneficiados con menor frecuencia son el Congreso y el poder judicial (Argentina), los turistas y extranjeros (Cuba), médicos (República Dominicana), notarios y empleados de la Banca (Uruguay).

**Cuadro 2: Programas separados de los sectores público o de seguro social**

Países	Separación de sistema para ejército	Otras instituciones o programas separados
Argentina	Sí	Congreso, poder judicial y universidades nacionales
Bolivia	Sí	Otros 14 seguros sociales en salud
Brasil	Sí	Empleados públicos (federales, estatales y de grandes municipios) con planes privados y policía
Colombia	Sí	Maestros y trabajadores petroleros
Costa Rica	No	No
Cuba	Sí	Turistas y extranjeros. La red hospitalaria para el ejército incluye al personal de seguridad interna y a la alta dirigencia política

*Continúa en la página siguiente*

<sup>5</sup> Veremos más adelante que para la descripción del caso mexicano deberán incluirse más privilegios reglamentados para funcionarios públicos de alto nivel, tanto del sector ejecutivo como del judicial y legislativo.

*Continuación de la página anterior*

Chile	Sí	Policías (carabineros)
Ecuador	Sí	Policía
El Salvador	Sí	Maestros
Guatemala	Sí	Ministerio de gobernación (empleados y policía)
Haití	Sin Información	Empleados públicos con seguro médico
Honduras	Sí	Empleados de universidad nacional y de algunos municipios
México	Sí, con dos sistemas: Ejército y Marina	Empleados públicos federales y estatales, trabajadores petroleros
Nicaragua	Sí	Ministerio de gobernación (policía y empleados)
Panamá	No	No
Paraguay	Sí	Policía, funcionarios públicos con derecho a seguro privado médico y otros grupos (regímenes especiales de seguro social para maestros y trabajo doméstico de capital; régimen no contributivo para veteranos de guerra)
Perú	Sí	Policía
República Dominicana	Sí	Varios grupos de funcionarios públicos, maestros, médicos y otros más
Uruguay	Sí	Policía, notarios, empleados de la banca y empleados públicos
Venezuela	Sí	Maestros, trabajadores petroleros, policía y empleados universitarios. Con plan de unificación, excepto ejército, con Ley 2005

Fuente: Elaboración propia a partir de Mesa Lago, 2005.

Los compromisos históricos generados (y en ocasiones inerciales) y las trayectorias recientes de las arquitecturas de los sistemas pueden expre-

sarse en el presupuesto público dedicado a la salud<sup>6</sup>. Las dos únicas sociedades latinoamericanas que en el año 2010 superaron los gastos promedio mundiales en salud (9.4% del PIB)<sup>7</sup> fueron Costa Rica y Cuba (ver Cuadro 3), países con estructuras unificadas en el sector salud; y de las ocho que superaron el promedio mundial en participación del gasto público en el total del gasto de salud nacional (59.1%), con una participación superior al 60%, tres fueron las sociedades con estructuras unificadas (Cuba, Costa Rica y Panamá) y una con la existencia de nuevos proyectos de universalización (Colombia). Al contrario, entre las sociedades con estructuras más segmentadas en AL (República Dominicana, Paraguay y Venezuela) o segmentadas (Ecuador y Guatemala) se encuentran las participaciones menores del presupuesto público, con apenas un tercio o menos en el gasto de salud total. Un caso extremo, con estructura dual, es el de Haití donde el gasto público es apenas una quinta parte del gasto total en salud. También entre las sociedades con estructuras más segmentadas se encuentran las mayores participaciones de gastos de bolsillo de los hogares en atención a la salud, con una participación mayor al 50% del gasto total (Paraguay y Venezuela).

**Cuadro 3. Gasto en salud y aportación de bolsillo al gasto (en % del PIB y del total) 2010**

Países	Grado de segmentación	Gasto total en salud	Gasto público en salud	Aporte de bolsillo en el gasto de salud	% Aporte público sobre total	% Aporte bolsillo sobre total
Argentina	Altamente segmentado	8.1	4.4	2.4	54.6	29.9
Bolivia	Altamente segmentado	4.8	2.6	1.4	62.8	28.7
Brasil	Dual segmentado	9.0	4.2	2.8	47.0	30.6
Colombia	Dual integrado	7.6	5.5	1.5	72.7	19.5

*Continúa en la página siguiente*

<sup>6</sup> No es nuestra pretensión encontrar una correspondencia absoluta en estos indicadores. Por ejemplo, resaltan tres países centroamericanos con estructuras tripartitas segmentadas (El Salvador, Guatemala y Honduras) pero con gasto en salud cercano al promedio de los 20 países latinoamericanos analizados (7.4% del PIB); o el caso de Argentina, extremadamente segmentada, pero con fuerte gasto total en salud superior al promedio latinoamericano.

<sup>7</sup> En realidad este dato es para 2009 (OMS, 2012).

*Continuación de la página anterior*

Costa Rica	Unificado (seguro social)	10.9	7.4	3.0	68.1	27.8
Cuba	Público unificado	10.6	9.7	0.9	91.5	8.5
Chile	Dual segmentado	8.0	3.9	2.7	48.2	33.3
Ecuador	Tripartito segmentado	8.1	3.0	4.0	37.2	49.0
El Salvador	Tripartito segmentado	6.9	4.3	2.3	61.7	33.9
Guatemala	Tripartito segmentado	6.9	2.5	3.7	35.8	53.9
Haití	Dual segmentado	6.9	1.5	2.8	21.4	40.2
Honduras	Tripartito segmentado	6.8	4.4	2.1	65.6	31.1
México	Tripartito muy segmentado	6.3	3.1	3.0	48.9	47.1
Nicaragua	Tripartito segmentado	9.1	4.9	3.9	53.3	43.2
Panamá	Unificado (seguro social)	8.1	6.1	1.6	75.1	19.8
Paraguay	Tripartito muy segmentado	5.9	2.1	3.4	36.4	57.0
Perú	Tripartito segmentado	5.1	2.8	2.0	54.0	39.5
República Dominicana	Tripartito muy segmentado	6.2	2.7	2.3	43.4	37.2
Uruguay	Tripartito segmentado	8.4	5.6	1.1	67.1	13.0
Venezuela	Tripartito muy segmentado	4.9	1.7	2.9	34.9	59.0

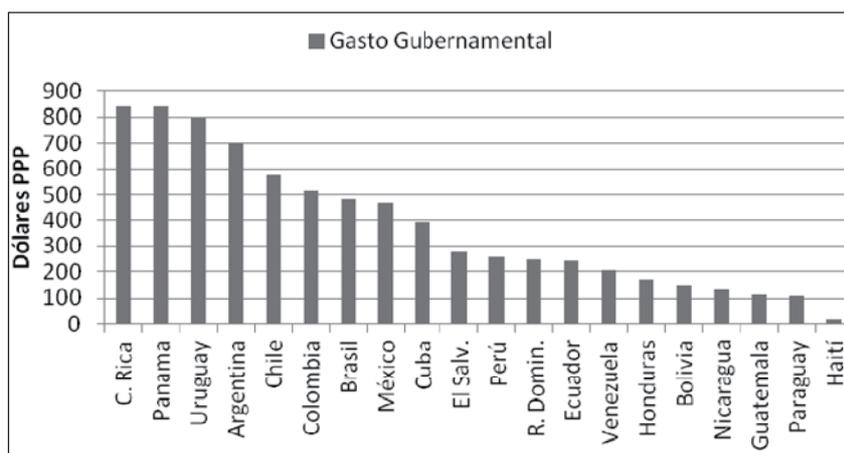
Fuente: Elaboración propia a partir de OMS (2012).

Al comparar los presupuestos públicos en salud con el promedio mundial (584 dólares PPP), de nuevo resaltan dos casos de estructuras unificadas (y sin programas separados para algunas categorías poblacio-

nales, ver Cuadro 2) como Costa Rica y Panamá, con presupuesto público mayor al promedio mundial (ver Gráfico 1) con 845 y 844 dólares per cápita anuales, y tres casos más de sociedades que iniciaron tempranamente sus programas de seguridad social como Uruguay (797 dólares PPP), Argentina (703) y Chile (578) aunque mantienen esquemas segmentados.

El caso mexicano –caracterizado como tripartito muy segmentado sin coordinación y con subsistemas especializados para el ejército, los empleados públicos y los trabajadores petroleros– muestra indicadores de bajo gasto en salud en comparación con el resto de AL: entre 20 países, es el país 14 en gasto total en salud (por abajo del promedio regional con 6.3% del PIB) y el 10 en gasto público en salud (3.1% del PIB); es el país 8 en gasto público medido en dólares PPP (469 dólares), superado por los países con sistema unificado (excepto Cuba), los pioneros, Brasil y Colombia. Esta debilidad relativa en el compromiso histórico generado ubica a México como uno de los países con mayor gasto de bolsillo de la región (3.1% del PIB o 47.1% del gasto total), sólo superado por los segmentados Ecuador, Guatemala y Nicaragua, y el muy segmentado Paraguay. Este lugar es más notable aún si consideramos que la historia moderna de instituciones de salud en México (creación del Instituto Mexicano del Seguro Social) cuenta ya con prácticamente 70 años de vida. ¿Por qué esta fuerte segmentación institucional mexicana y por qué esta debilidad en los compromisos presupuestales frente a la salud? Responder a estas preguntas será el objetivo de los siguientes apartados.

**Gráfico 1. Gastos per cápita en salud**



Fuente: Elaboración propia a partir de OMS (2012).

### **PROFUNDIZACIÓN DE LA SEGMENTACIÓN EN LAS REFORMAS RECIENTES AL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO**

El balance desarrollado por Mesa Lago (2005) concluye en un incremento de la segmentación del sistema de salud en América Latina; este balance general coincide con el proceso mexicano posterior a la incorporación de los nuevos programas focalizados y a la mayor reforma reciente en salud en 2003. La ya muy alta estructura segmentada de las instituciones de salud se segmenta aún más.

Desde 1943, la creación de las instituciones de seguridad social permitió la incorporación paulatina de trabajadores de los sectores público y privado; junto con el pequeño subsistema de seguros privados, la cobertura llegó con dificultad a la mitad de la población a inicio de los años 2000. La exclusión fue sobre todo para sectores rurales, indígenas y empleados en el sector informal, a pesar de que la Constitución (artículo 4) reconocía a partir de la reforma de 1983 el derecho universal a la protección de la salud. Como lo describe atinadamente Mesa Lago (2005), subsistían en el país cinco seguros públicos de salud, fundamentalmente IMSS (trabajadores en el sector privado), ISSSTE (trabajadores en el sector público), para los trabajadores petroleros y militares (ejército y marina); la atención para población pobre en diversas instituciones federales y estatales, y un muy heterogéneo sector privado. Los no incorporados a la seguridad social quedaban a merced de las instituciones privadas o del acceso a instituciones asistenciales públicas.

Con las reformas de la Ley General de Salud de 2003, se busca lograr la universalización (entendida como afiliación a un esquema de salud y no necesariamente como cobertura del mismo paquete de servicios médicos) con la generación, al lado de los diversos seguros sociales, de un “sistema de protección social en salud”<sup>8</sup> que cuenta con diversos esquemas: el mayor de ellos es el llamado Seguro Popular<sup>9</sup>, le siguen el Seguro Médico

<sup>8</sup> Dice la ley: “Las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, se incorporarán al Sistema de Protección Social en Salud...” (Artículo 77 de la Ley General de Salud).

<sup>9</sup> El Seguro Popular tiene como objetivo afiliar a *todos* los que no cuenten con seguro de salud para, de esta manera llegar a una afiliación universal. Arrancó con un paquete de atención médica que se ha ido incrementando paulatinamente: inicialmente contaba con 78 posibles intervenciones, y en 2010 con 275 intervenciones

para una Nueva Generación<sup>10</sup>, la Estrategia Embarazo Saludable<sup>11</sup> y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos<sup>12</sup>. De esta forma, lo que anteriormente existía por la vía de los hechos o leyes separadas, a partir de 2003 se profundiza por una Ley: se consolida la segmentación con un sub-sistema para los asegurados vía el empleo formal (cinco seguros, para algunas categorías de trabajadores con beneficios adicionales), otro para los no asegurados vía el Sistema de Protección Social en Salud y uno más de asistencia social<sup>13</sup>. Por la vía de creación programática, se generó otro esquema de salud: la atención básica para los hogares incorporados al pro-

---

de los principales padecimientos, diagnósticos y tratamientos terapéuticos. Fundamentalmente está compuesto por los niveles primero y segundo de atención médica de los centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salud, aunque también incluye 68 cirugías (en diversos problemas digestivos, ginecológicos, obstétricos, génito-urina-rios masculinos, oftalmológicos, dermatológicos y ortopédicos) (ver CNPSS, 2011). En 2010 había afiliado a 34,3 millones de personas (cálculos a partir de la ENIGH 2010, ver Valencia, Foust y Tetreault, 2012).

<sup>10</sup> El Seguro Médico para una Nueva Generación fue creado para los niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006 (fecha de inicio del gobierno de Felipe Calderón). Cubre 100% de los servicios médicos que se prestan en los centros de salud de primer nivel (Presidencia de la República, 2007: 173) y, en total, 128 diferentes intervenciones en materia de salud.

<sup>11</sup> La Estrategia Embarazo Saludable dio sus primeros pasos en agosto de 2008 con el objetivo de luchar contra la mortalidad materna en las zonas marginadas del país. Los beneficios adicionales a los generales del Seguro Popular son 15 servicios que equivalen al 100% de las complicaciones que puede tener una mujer, antes, durante y después del parto y la posibilidad de atención en los servicios cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (ver nota siguiente) (CNPSS, 2009: 25).

<sup>12</sup> Este Fondo fue generado en 2004, con el objetivo de enfrentar los gastos catastróficos provocados por enfermedades. También ha ido incorporando diversas enfermedades y sus intervenciones: en 2009 llegaba ya a 49 intervenciones (Aracena-Genao, 2011), como cáncer de niños y adolescentes, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama, VIH/SIDA, cuidados intensivos neonatales, cataratas y trasplante de médula ósea. Para los niños nacidos después del 1 de diciembre incluye también trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos (8 intervenciones) (CNPSS, 2009: 47 y 48). No todas las peticiones de financiamiento de atención a un gasto catastrófico son atendidas, porque el número de casos atendidos dependerá de un límite presupuestal generado por el Comité Técnico de este Fondo; en 2010 se validaron poco menos de 90 mil operaciones (CNPSS, 2011: 42).

<sup>13</sup> Es decir, para las “personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva” (Artículo 167 de la Ley General de Salud).

grama de transferencias monetarias condicionadas, inicialmente Progresas en 1997 y después Oportunidades<sup>14</sup> desde 2002. En paralelo continuará el heterogéneo subsector privado: médicos, clínicas y hospitales como proveedores de servicios<sup>15</sup>; y seguros privados como recurso de protección financiera para un pequeño sector de la población.

Esta segmentación se revela además como estratificación, debido a las diversas coberturas médicas a las que tienen derecho los incorporados a los esquemas mencionados. Los derechohabientes de los seguros sociales, las seis primeras filas del Cuadro 4, incluyen *servicio médico integral* con beneficios adicionales para altos funcionarios (diversas graduaciones con seguros privados, redes médicas especializadas o instalaciones propias con recursos adicionales) o servicio médico integral general; los derechohabientes del Sistema de Protección Social en Salud cuentan con un *paquete básico de servicios-plus* (también con diversas graduaciones con beneficios mayores para mujeres embarazadas, niños nacidos a partir del inicio del gobierno de Felipe Calderón y personas que califican para el fondo de gastos catastróficos); los incorporados al Programa Oportunidades tienen acceso a un *mínimo paquete básico de servicios garantizados*; y por último, textualmente el resto –los que no están en ninguno de los seguros sociales, ni en seguros privados, ni en los nuevos sistemas focalizados para los pobres– sólo cuentan con la *asistencia social* pública y también privada. Claramente se trata de la codificación compleja de diversas ciudadanía social en el sistema de salud, que van desde una especie de nobleza de Estado y de los poseedores de seguros privados de alta cobertura hasta el residuo, excluido de los seguros y dejados a la mano... de la

<sup>14</sup> El Paquete Básico de Oportunidades incluye las siguientes acciones del primer nivel de atención de la salud: Saneamiento Básico (Familiar y Comunitario), de Planificación Familiar, de Atención Prenatal, del Parto y Puerperio, y del Recién Nacido, de Vigilancia de la nutrición y el Crecimiento Infantil, Inmunizaciones, Manejo de Casos de Diarrea en el Hogar, Tratamiento Antiparasitario a las Familias, Manejo de Infecciones Respiratorias Agudas, Prevención y Control de la Tuberculosis Pulmonar, Prevención y Control de la Hipertensión y de la Diabetes Mellitas, Prevención de Accidentes y Manejo Inicial de Lesiones, Capacitación Comunitaria para el Autocuidado de la Salud y Prevención y Detección del Cáncer Cérvico Uterino (Sedesol, 2008).

<sup>15</sup> En camas censables en el país, el sector privado contaba en 2010 con 30% y en quirófanos con poco más de 40%, con el predominio de pequeños hospitales: 83% de ellos con menos de 15 camas (Cálculos propios a partir de Presidencia de la República (2011: Anexo Estadístico).

asistencia social. Presentamos una descripción básica de las coberturas médicas<sup>16</sup> a las que tienen derecho estas diversas ciudadanías:

**Cuadro 4: Coberturas Médicas Estratificadas**

<b>Seguro o Paquete de Atención</b>	<b>Derechohabientes o beneficiarios</b>	<b>Cobertura</b>
ISSSTE más seguros privados de gastos médicos mayores o paquetes médicos complementarios	Altos funcionarios del Poder Ejecutivo, Legislativo y Judicial. Incluye a familiares	Servicio médico integral, con atención de primer, segundo y tercer niveles. Incluye paquete ISSSTE más atención privada en caso de accidente o enfermedad. Los funcionarios de la Suprema Corte de Justicia de la Nación cuentan con paquete complementario con recursos públicos (incluye gastos de rehabilitación y tratamientos neurológicos, entre otros).
IMSS: servicios médicos subrogados sector financiero público	Empleados del sector financiero público. Incluye a familiares	Servicio médico integral subrogado, con médico e instituciones privadas (red médica propia), con atención de primer, segundo y tercer niveles. Incluye paquete con asistencia médica quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria y ortopédica; e incluso de internación en casa de reposo para rehabilitación y de pagos de transporte para atención en red médica propia.
Contrato colectivo de trabajadores petroleros y PEMEX	Trabajadores petroleros. Incluye a familiares	Servicio médico integral, con atención de primer, segundo y tercer niveles. Asistencia en medidas preventivas y riesgos de trabajo, medicina general y especializada, y cirugías general y especializada. Incluye cirugía estética, plástica o cosmética. Servicios proporcionados por servicios médicos y hospitalarios de PEMEX o de particulares en caso necesario
Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas	Militares y sus familiares	Servicio médico integral con atención de primer, segundo y tercer niveles, que incluye atención preventiva, farmacéutica, médico-quirúrgica, hospitalaria y de rehabilitación. Servicios

*Continúa en la página siguiente*

<sup>16</sup> Puede verse más detalle de características y condiciones de incorporación en el texto de Carlos Barba en este mismo volumen y en Valencia, Foust y Tetreault (2012).

*Continuación de la página anterior*

		médicos proporcionados en instalaciones del Instituto o subrogados en caso necesario.
ISSSTE	Trabajadores del sector público y sus familiares, pensionados	Servicio médico integral con atención de primer, segundo y tercer niveles. Incluye atención médica preventiva, curativa (diagnóstico, tratamiento, atención farmacéutica, quirúrgica y hospitalaria) y de rehabilitación (hasta un año). Atención en instalaciones propias.
IMSS	Trabajadores del sector privado y sus familiares, pensionados	Servicio médico integral con atención de primer, segundo y tercer niveles. Incluye atención médica preventiva, curativa (diagnóstico, tratamiento, atención farmacéutica, quirúrgica y hospitalaria), de rehabilitación (hasta un año). Atención en instalaciones propias.
Sistema de Protección Social en Salud	Afiliados	Servicio médico con atención al primer y segundo nivel, que incluye atención médica preventiva y curativa con sólo un pequeño grupo de atenciones especializadas en hospitalización y múltiples enfermedades crónicas <sup>17</sup> . El paquete de medicamentos incluye 300 medicamentos. Sólo cubre por ejemplo 13% de diagnósticos de IMSS-ISSSTE. Atención sobre todo en los centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salud y en instituciones de los Estados.
Programa Oportunidades	Hogares incorporados al Programa	Paquete de atención básica, fundamentalmente del primer nivel; el paquete farmacéutico incluye 100 medicamentos.
Hospitales y clínicas de la Secretaría de Salud e instituciones estatales y municipales	Atención abierta	Atención de asistencia social a grupos vulnerables (niños, ancianos y personas con discapacidad). Atención en los centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salud y en instituciones de los Estados.

Fuente: Elaboración propia a partir de Valencia, Foust y Tetreault, 2012.

<sup>17</sup> Puede verse en Valencia, Foust y Tetreault (2012) una descripción detallada de esta atención hospitalaria y para enfermedades crónicas. Ver aquí además notas anteriores sobre segmentos del Sistema de Protección Social en Salud.

Esta segmentación y su estratificación asociada se puede sintetizar de la siguiente manera en términos poblacionales<sup>18</sup>: hasta 2010, la atención médica integral (jerarquizada en los diversos seguros sociales mencionados anteriormente) proveía a 4 de cada 10 ciudadanos; el paquete básico de servicios-plus del Sistema de Protección Social alcanzaba ya a 3 de cada 10 ciudadanos, tres cuartas partes de ellos de los primeros cinco deciles (jerarquizado a su vez en los diferentes segmentos ya descritos); el paquete básico del Programa Oportunidades, proporcionaba a cerca de 1 de cada 10 incorporados a este Programa no incorporados al Seguro Popular<sup>19</sup>; la asistencia social era el recurso para la población residual en el sistema de salud, es decir para 3 de cada 10 ciudadanos.

Un balance reciente en Valencia, Foust y Tetreault (2012: 54) concluía:

En síntesis, deben distinguirse tres aspectos: afiliación a un seguro (criterio poblacional y contractual: personas afiliadas), cobertura médica (garantía de servicios médicos ofertados) y accesibilidad a los servicios (criterio de condiciones efectivas del acceso). Los tres permiten un balance del ejercicio del derecho a los servicios de salud. En México, en los últimos años se ha avanzado notablemente en el primero (afiliación), con limitaciones en el segundo (cobertura médica segmentada y jerarquizada, generación de diversas ciudadanías o de inclusión de derechos) y en el tercero (accesibilidad limitada especialmente en el Seguro Popular, mientras en otros segmentos del sistema tienen diversas garantías de acceso a los servicios). Las políticas sociales han posibilitado los avances pero su diseño ha generado mayor segmentación y jerarquización, y la constitución de subsistemas para trabajadores, funcionarios y sectores medios, y subsistemas para los pobres. A fin de cuentas, diversas institucionalidades y diversas ciudadanías.

<sup>18</sup> Cálculos a partir de la ENIGH de 2010 (ver Valencia, Foust y Tetreault, 2012). Puede verse en esta misma referencia la discusión sobre los diferentes cálculos de cobertura si se toman en cuenta los registros administrativos de los diversos seguros sociales y del Seguro Popular, y si se utilizan los indicadores de encuestas como la ENIGH y otras más.

<sup>19</sup> Este Programa cubría ya en 2010, a 5.8 millones de hogares, aproximadamente 30 millones de personas. De éstas, 16 estaban afiliadas al Seguro Popular y otras 14 sólo tenían acceso al paquete básico del mismo Oportunidades.

Efectivamente, son de destacarse los incrementos en la afiliación al Sistema de Protección Social en Salud<sup>20</sup>, el subsistema creado fundamentalmente para la población en situación de pobreza o de empleo informal; pero también la severa inequidad entre los asegurados y beneficiarios de los diferentes sistemas, con atenciones jerarquizadas en diversos grados de calidad. La reciente reforma segmentó aún más el sistema de salud. Conclusión que no implica desconocer el impacto positivo de segmentos de este Sistema de Protección Social en Salud, como el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos<sup>21</sup>.

Es notable que a pesar de la intensa afiliación de los últimos años, el gasto general del Sistema de Protección Social en Salud sea aún muy débil (0.3% del PIB, poco más de una décima parte del gasto social total). ¿Cómo se explica que una afiliación tan importante –que va dirigiéndose a la cobertura general– sólo implique un aumento marginal en el gasto en salud pública? En realidad, la operación del Seguro Popular se fundamenta en la infraestructura ya existente: porcentajes muy importante de los atendidos antes como simple demanda abierta por la asistencia social pública son hoy recibidos en las mismas instituciones públicas ya como “aseguradas” en el Sistema de Protección Social en Salud, con nuevos beneficios explicitados en forma contractual y ahora exigibles por los beneficiarios. Muchos esfuerzos y reformas institucionales se requieren aún para avanzar efectivamente hacia la equidad en cobertura médica y accesibilidad de los servicios.

### **RAIGAMBRE HISTÓRICA DEL SISTEMA DE SALUD SEGMENTADO Y JERARQUIZADO EN MÉXICO**

La generación de este sistema segmentado y jerarquizado tiene fuerte raigambre constitucional e histórica. La Constitución Política de 1917

<sup>20</sup> Incluso el gobierno de Felipe Calderón habla ya de universalización en la cobertura en 2012.

<sup>21</sup> Aunque no se han superado inequidades regionales en este mismo Fondo, sino que se han replicado en cierto sentido: de acuerdo a Aracena-Genao, (2011: S415), entre 2005 y 2009, Durango y Nuevo León recibieron conjuntamente 12.4% del financiamiento, mientras que Chiapas, Guerrero y Oaxaca, los estados con mayor proporción de pobres, sólo absorbieron 8.5%.

codificó un conjunto de notables conquistas sociales para los trabajadores, aunque en materia de salud no articuló una perspectiva universal (derecho social) ni determinó la creación de una institución nacional única de salud; el enfoque de la Constitución del 17 era que los riesgos de salud del trabajo debían ser enfrentados en las relaciones laborales<sup>22</sup> y los de seguridad, invalidez y accidentes en instituciones de “previsión popular” que debían ser *fomentadas* por la federación y los estados<sup>23</sup>. Con la excepción de algunas consideraciones generales sobre la “salubridad”<sup>24</sup>, las previsiones de salud incluidas estaban fundamentalmente ligadas al trabajo y con una débil institucionalidad (simplemente fomento de instituciones).

A partir de estas disposiciones constitucionales y hasta 1929, se generaron efectivamente legislaciones laborales al menos en la mitad de los estados en las que dominaba el “carácter patronal de la previsión social” o la idea de la responsabilidad empresarial frente a los riesgos (Farfán, 2009: 64; ver además Ávila Camacho, 1942: 14). No fue sino hasta 1929 que la Constitución fue reformada para incluir en el artículo 123 la referencia explícita a la “utilidad pública” del seguro so-

<sup>22</sup> El Artículo 123, en la fracción V establecía medidas de protección para las mujeres trabajadoras embarazadas (limitaciones para trabajo físico, reposo pagado durante un mes posterior al parto y dos descansos obligatorios durante la jornada de trabajo para la lactancia), en la fracción XIV señalaba responsabilidad de los empresarios en caso de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, que implicaban el pago de indemnizaciones, y en la fracción XV fijaba la obligación del patrono en observar en sus instalaciones “los preceptos legales sobre higiene y salubridad” ([http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum\\_art.htm](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum_art.htm)).

<sup>23</sup> Decía el Artículo 123, fracción XXIX, de la Constitución de 1917: “Se considera de utilidad general el establecimiento de Cajas de Seguros Populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y de otros con fines análogos, por lo cual tanto el Gobierno Federal como el de cada Estado deberán fomentar la organización de Instituciones de esta índole, para infundir e inculcar la previsión popular” ([http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum\\_art.htm](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum_art.htm)).

<sup>24</sup> Es decir, frente a “epidemias” y el “peligro de invasión de enfermedades exóticas”, y para “campana contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la raza” (sic), el Artículo 73, fracción XVI, destacaba que las autoridades sanitarias podían generar disposiciones obligatorias nacionalmente. Después de esta Constitución de 1917, que facultaba al Congreso para legislar en materia de salud, se generaron cinco códigos sanitarios en 1926, 1943, 1949, 1954 y 1973 (González de la Vega, 1987: 62).

cial, que debería incluir al seguro frente a las enfermedades, además de los ya señalados seguros de invalidez, vida, desempleo y accidentes<sup>25</sup>; se estaba generando una modificación hacia el carácter público de la previsión social. No sería fácil y habría resistencias de quienes habían ya actuado bajo la previsión empresarial. Después del intento frustrado en el gobierno de Lázaro Cárdenas, fue hasta fines de 1942 que la Ley del Seguro Social sería aprobada en el marco de conflictos con organizaciones empresariales y algunos sectores sindicales, y de una coalición entre el presidente Manuel Ávila Camacho, las principales organizaciones sindicales oficiales y funcionarios<sup>26</sup>. La concepción fundante fue que el seguro social, obligación del Estado, era para los asalariados<sup>27</sup>, para complementar el salario y evitar su deterioro<sup>28</sup>, para mejorar las condiciones de la población y la economía, así como fortalecer la industrialización y reducir la pobreza<sup>29</sup>. El proyecto original del Seguro Social incluía una *aspiración futura* a incrementar la cobertura a otros trabajadores (apertura a la universalización), como los eventuales, los del campo, los domésticos, los de tipo familiar y los empleados por el Estado (Ávila Camacho, 1942: 16).

La seguridad social se ligaba aún más al trabajo asalariado, pero en este periodo con un fortalecimiento de la institucionalidad pública. La perspectiva original constitucional (1917) tuvo así un impacto nodal en la generación de entidades de salud ligadas fundamentalmente

<sup>25</sup> Fue reformada en concreto la fracción XXIX, que quedaría de la siguiente manera: “Se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguro de la invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y de otras con fines análogos” ([http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum\\_art.htm](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum_art.htm)).

<sup>26</sup> Ver más detalles de estos choques entre coaliciones en Farfán (2009).

<sup>27</sup> Decía Manuel Ávila Camacho (1942: 10-11) en la presentación de la iniciativa de Ley: “el régimen del Seguro Social no es susceptible de aplicarse de modo general e indeterminado a todos los individuos de la sociedad, sino exclusivamente al sector de la población formado por las personas que trabajan mediante la percepción de un salario o sueldo”.

<sup>28</sup> El Seguro Social es “un medio para proteger el salario que coloca a la economía familiar a cubierto de las disminuciones que sufre como reflejo de las contingencias de la vida del trabajador” (Ávila Camacho, 1942: 10).

<sup>29</sup> Ávila Camacho (1942: 11): “la institución del Seguro Social fomenta el bienestar económico y garantiza la protección al trabajador y a su familia, para contribuir a la estabilidad de las energías humanas a que aspira la moderna democracia industrial”.

a la relación de trabajo: los seguros sociales, separados de las instituciones públicas de salud orientadas a la asistencia social; la segmentación tuvo así un origen constitucional (Farfán, 2009), lo mismo que la estratificación, al fortalecer la creación de instituciones para los trabajadores y debilitar de hecho la atención a los riesgos de salud del resto de la población. Incluso en las negociaciones que condujeron al fortalecimiento de una coalición en favor del Seguro Social, la presidencia negoció “la aceptación de beneficios o en condiciones más favorables a las de los restantes elementos asalariados” para aquellos trabajadores que contaban ya con un contrato colectivo con más beneficios que los del nuevo seguro social (Ávila Camacho, 1942: 15); es decir, en el proyecto mismo fundante del seguro social se instalaba otro germen de estratificación.

En el campo de la salud se fueron generando nuevas leyes para sectores específicos de trabajadores, además de ésta del Seguro Social para los trabajadores al servicio del sector privado: la del Instituto de Seguridad y de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en 1960 (con antecedentes en la Ley de Pensiones Civiles y de Retiro de 1925, que generó la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro), la de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas en 1961 (con antecedentes también en esta Ley de 1925) y la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas en 1976<sup>30</sup>. Aunque debemos precisar que desde 1942 se había firmado el primer contrato colectivo de trabajo entre PEMEX y el Sindicato de Trabajadores Petroleros de la República Mexicana, en el que se incluían servicios médicos (Penagos Román, s/d: 423); no es gratuito que la primera experiencia de regulación del sistema de seguridad social en salud haya sido a través del contrato colectivo de PEMEX en 1942, en el contexto mismo de la definición de la Ley del Seguro Social. Cada una de las regulaciones (sea por Ley o por Contrato Colectivo) fue definiendo los derechos específicos para cada categoría de trabajadores, no sólo en segmentos separados del resto sino con la conquista de ventajas adicionales especialmente para trabajadores petroleros, del sector público y militares, asociados estrechamente al partido hegemónico, ya denominado como Partido Revolucionario Institucional.

<sup>30</sup> Ver <http://www.issfam.gob.mx/archivos/antecedentes.htm>.

Verdaderamente en paralelo se fueron edificando otras instituciones públicas vinculadas a la salud, tanto en el campo sanitario como en el de la asistencia pública; aunque la integración de estos sistemas no fue la regla del juego (Mesa Lago, 2005). Por una parte, frente a los riesgos de salubridad se normaron diversos códigos sanitarios en 1926, 1943, 1949, 1954 y 1973 (González de la Vega, 1987: 62); por otra, frente a los problemas de salud de los excluidos de los seguros sociales se instituyeron la Secretaría de la Asistencia Pública en 1937, en el gobierno de Lázaro Cárdenas, y después la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1943, con Manuel Ávila Camacho; la primera significó el cambio de la asistencia social como caridad a responsabilidad pública (Ordóñez, 2002: 71); la segunda la fusión de las acciones federales de “asistencia pública” y de “protección sanitaria”, antes responsabilidad de la Secretaría de la Asistencia Pública y del Departamento de Salubridad Pública. No obstante la búsqueda de “eficacia” de esta nueva Secretaría, los presupuestos públicos privilegiaron desde 1943 al Seguro Social y a las subsecuentes instituciones de seguridad social (Ordóñez, 2002). Quedó establecida por un largo tiempo la dualidad seguridad y asistencia social, sin integración, y en beneficio de la primera.

### **ACTORES EN LAS REFORMAS RECIENTES AL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO**

De esta manera, entre los años 40 y los 70 se establecieron las instituciones centrales de la seguridad social en salud, que tienen vigencia hasta la actualidad, y el ministerio encargado de la asistencia social. Dualidad y desintegración. Desde los años 70, diversas voces universitarias y del mismo aparato de salubridad postulaban la necesidad de una reforma para generar un sistema nacional de salud y superar estos problemas de desintegración; algunos universitarios incluso salían del país a formarse sobre todo en universidades estadounidenses para poder enfrentar los retos del sector salud en México<sup>31</sup> (Abrantes,

<sup>31</sup> Abrantes (2010: 30) identifica al Dr. José Rodríguez Domínguez, cercano al Dr. Guillermo Soberón, como promotor de estos envíos al extranjero. Se buscaba consolidar una comunidad epistémica con enfoque modernizador, de mercado, en la salud.

2010: 53). Efectivamente, con las crisis de los años 80 y el freno notable del crecimiento de la economía nacional desde esa década, la creación del empleo formal a finales de siglo fue limitada; esta situación impidió el avance en la cobertura de la seguridad social en salud. El dinamismo de los años 60 y 70 se detuvo. La coalición pro-mercado<sup>32</sup> no podía dejar de incluir el seguro de salud en su centro de atención, especialmente cuando se empezaba a hablar de reformas estructurales de segunda generación: en ellas el IMSS era visto como un problema para la competitividad (impulsada en las reformas de primera generación, con medidas macroeconómicas).

Las condiciones socioeconómicas y políticas de los años 80 apurarían aún más a los proponentes de reformas, en especial el grupo liderado por el doctor Guillermo Soberón<sup>33</sup>, que buscaría una reforma estructural del sector salud: integración de instituciones de salud públicas y privadas en un sistema de salud, dirigido por la Secretaría del ramo, descentralización de los servicios a los estados y focalización de los servicios en la asistencia primaria (Abrantes, 2010: 53). Este grupo logra influir en el presidente entrante Miguel de la Madrid (inicia su periodo en 1982), quien propone un cambio constitucional (la introducción del “derecho a la protección de la salud” en el Artículo 4<sup>34</sup>) y

<sup>32</sup> Denominamos así a la coalición promotora de políticas sociales amigables con el mercado. Los sectores capitalizadores del Estado (que promueven políticas de primero capitalizar y después distribuir), aglutinados con grupos epistémicos, sobre todo de economistas (la mayor parte de ellos formados en Estados Unidos) favorables a un mayor peso del mercado en las políticas económicas y sociales, con organizaciones empresariales y con funcionarios o consultores de organismos financieros internacionales. En el núcleo de esta coalición se encuentra un grupo de tecnócratas con flexibilidad partidaria y rigor ideológico; es decir, sin afiliación partidaria estable (o abierta) y con afiliación ideológica muy clara y abierta en lo que podríamos llamar convergencia básica con el Consenso de Washington (ver Valencia, 2011).

<sup>33</sup> Investigador de la UNAM en el área bioquímica, rector de esta Universidad en 1973-1981 y con amplia experiencia en el sector público, en el área de la salud, después de su rectorado. Fue Secretario de Salud en el gobierno de Miguel de la Madrid (1982-1988).

<sup>34</sup> Textualmente dice la Constitución a partir de 1983: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.

promueve una Ley General de Salud en 1984 que (Artículo 1) “reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona” de acuerdo al artículo 4 de la Constitución y define el Sistema Nacional de Salud, constituido por dependencias públicas federales y locales, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, “que presten servicios de salud” (Artículo 5); coordinado por la Secretaría de Salud (Artículo 7). Es de notarse que la constitucionalización del derecho a la salud, versión México (derecho a la “protección” de la salud), no surge de una demanda social articulada en actores y movimientos, sino de la organización de una coalición restringida con fuerte acento tecnócrata; esta situación favorecerá que la redacción misma de este artículo constitucional se cuidara no generar posibilidades de exigibilidad, dada la visión de los proponentes: buscaban elevar el nivel de la salud de los mexicanos, sin quebranto a la finanzas públicas; buscaban la participación del sector privado en el sistema nacional de salud y trataban de evitar un enfoque de gratuidad de los servicios públicos de salud (Abrantes, 2010: 51-54).

Fueron discutibles los resultados de esta reforma estructural, aunque sin duda en este periodo de Guillermo Soberón se consolidó un grupo con fuerte influencia en el sector público en los siguientes años: el secretario de salud impulsó a un grupo de jóvenes investigadores, entre ellos Julio Frenk<sup>35</sup>, como especialistas en una “nueva salud pública” (Abrantes, 2010: 91). Promovió para ellos en 1984 un Centro de Investigación en Salud Pública en la Secretaría de Salud, dirigido en primer lugar precisamente por Julio Frenk, centro de investigación que después llegaría a integrarse en el Instituto de Nacional de Salud Pública. Se institucionalizaba así una coalición que Abrantes (2010) denomina como “neosalubristas”, con el liderazgo inicial de Guillermo Soberón y el surgimiento de nuevos liderazgos como el de Julio Frenk. Esta coalición se articularía posteriormente a organizaciones empresa-

<sup>35</sup> Con doctorado en Organización del Cuidado Médico y Sociología en la Universidad de Michigan, director del Instituto Nacional de Salud Pública, participó en la elaboración del Reporte de Desarrollo Mundial 1993 del Banco Mundial, vicepresidente de Funsalud, secretario de Salud en el gobierno de Vicente Fox y académico de la Harvard School of Public Health, investigador del *Global Health Program* de la Fundación de Bill y Melinda Gates y director del Instituto Carso de la Salud, del empresario Carlos Slim.

riales a través de la Fundación Mexicana para la Salud<sup>36</sup>, proyecto también impulsado por Guillermo Soberón.

En paralelo a la gestación de otras reformas de políticas sociales, como la de pensiones, fueron también surgiendo en los años 90 propuestas de transformación del segmentado sistema de salud, la mayor parte originada por grupos cercanos a la coalición pro-mercado y uno de investigadores de la Universidad Autónoma de Xochimilco, con una propuesta de universalización y unificación del sistema de salud, con financiamiento público. Ya en el gobierno de Fox se concluye con la reforma diseñada por uno de los primeros: el grupo de Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) dirigido por Julio Frenk, formado por analistas del sector salud vinculados a empresarios y con fuertes ligas con el Banco Mundial.

La coalición pro-mercado en el campo de la salud en México incluyó a diversos grupos, algunos de ellos enfrentados entre sí pero que han compartido el objetivo común de reformar el sistema de salud desde una perspectiva vinculada a disminuir el peso del sector público, y a mayor presencia de los mercados y de las empresas privadas. Sin embargo, a diferencia del sistema de pensiones, esta coalición no ha podido lograr sus objetivos centrales por la falta de consenso en el contenido básico institucional de la reforma, por la resistencia de organizaciones sindicales y porque en diversas coyunturas claves los presidentes en turno han preferido no encabezar una reforma más radical.

Las propuestas de reformas de las pensiones del IMSS impactaban al seguro de salud; el modelo de seguridad social mexicano incluía en paquete las pensiones, la salud, los riesgos de trabajo y la invalidez. Al desvincular el fondo de pensiones prácticamente se dejaba solo al sistema de salud en términos institucionales y financieros. La pregunta posterior fue qué hacer con el sistema de salud. Los primeros estudios se empezaron a hacer desde inicio de los años 90, con grupos de tecnócratas que pasaron al IMSS (especialmente al área financiera) y el *think tank* creado por la dirección del Instituto, el Cen-

<sup>36</sup> Organización civil fundada por empresarios de los sectores financieros, comercial e industrial en 1985, con el objetivo de promover la investigación en salud y de promover la cooperación de los sectores público y privado en la atención a los problemas de salud (ver <http://portal.funsalud.org.mx/wp-content/uploads/2010/04/Acta-Constitutiva.pdf>).

tro de Desarrollo Estratégico para la Seguridad Social, CEDESS<sup>37</sup>, en el gobierno de Carlos Salinas (González Rossetti y Mogollon, 2000: 5). Este último grupo propuso la privatización del sistema de salud pero el presidente prefirió centrarse en iniciar la reforma del sistema de pensiones (inclusión del SAR).

El contexto del cambio presidencial, de Salinas a Zedillo, fue prolífico en la generación de propuestas de reformas de salud. El CEDESS, Funsalud y funcionarios de la Secretaría de Salud diseñaron diversas propuestas. Sin embargo, después de la crisis de fines de 1994, para Zedillo la prioridad era obtener la reforma legal de pensiones y decidió proponer cambios institucionales del IMSS que no requirieran modificaciones en la Ley del Seguro Social<sup>38</sup>, con la excepción de acentuar la contratación o subrogación de servicios médicos con otras instituciones. Esta última propuesta implicaba generar una mezcla pública-privada de los servicios médicos del IMSS, era apoyada por los empresarios pero rechazada por el sindicato del Seguro Social (SNTSS); en el marco de las negociaciones por las pensiones, el SNTSS presionó para el abandono de esta propuesta (González Rossetti y Mogollon, 2000: 6 y 7). Aunque el IMSS, utilizando las definiciones de la Ley del Seguro Social que desde los años 50 ya preveía la subrogación, ha ido incrementando el uso de proveedores privados (Dion, 2008b: 440).

La propuesta del CEDESS, presentada a fines de 1994 y que había sido preparada con gran discreción, conocida como Proyecto Águila, implicaba además de la libre elección de médicos (fuera y dentro del Instituto) que el seguro de salud fuera financiado por una cuota única y fija para cada trabajador, y una cuota de reembolso para las empresas que contrataran seguro privado para sus trabajadores. Implicaba mayor participación privada en la provisión de los servicios (desde médicos, hospitales y seguros privados) (Dion, 2008b: 440; González Rossetti y Mogollon, 2000: 54). El tiempo de presentación de este proyecto y el formato (adoptada y presentada por el gabinete económico del presidente saliente Carlos Salinas), actuó en contra del

<sup>37</sup> El grupo de salud de este centro fue coordinado por el médico del IMSS Mario Villafaña.

<sup>38</sup> Por ejemplo, reestructuración financiera, desconcentración, modelo de servicios comprehensivos de salud, seguro de salud familiar y libre elegibilidad del médico.

CEDESS. Parecía a inicios del nuevo gobierno de Zedillo que esta propuesta avanzaría, pero la crisis y los cambios en el gabinete modificaron la situación: por cuestiones de factibilidad política (rechazo sindical) y de prioridad en la reforma de pensiones, el nuevo presidente Zedillo desechó implementar la propuesta del CEDESS.

Ahora bien, ya desde Ernesto Zedillo en la Presidencia, la influencia de otro grupo vinculado al sector empresarial, el de Guillermo Soberón y Julio Frenk (Funsalud) era notable en la política de salud (Dion, 2008b: 441), que buscaba “universalizar” la atención de un paquete básico y avanzar en la descentralización (Leal, 2002: 101), en acuerdo de bajo perfil con el Banco Mundial (Dion, 2008a: 8)<sup>39</sup>. Las “viejas” ideas de la reforma estructural de Soberón llegaban de nuevo a la escena (descentralización y paquete básico), con una nueva versión de reorganización del sistema de salud: Frenk (1999: 89-98) y su grupo proponían el “pluralismo estructurado” en salud que evitara los extremos del “monopolio del sector público” y de la “atomización del sector privado”, con las siguientes características: función de “modelación” del sistema por la Secretaría de Salud, generación de un “paquete esencial” para toda la población (universalidad con análisis de costo-beneficio y no “universalidad clásica” que ha sido insostenible “incluso en los países más ricos”), programa de servicios para quienes laboran en el sector informal (con libertad de elección de oferentes en el primer nivel, para generar competencia, y contribuciones de los asegurados) y la seguridad social para los empleados en el sector formal (con la generación de competencia a través de organizaciones administradoras de servicios integrales de salud, con contribuciones de los asegurados). Claramente esta propuesta iba en el camino de reducir el peso del sector público y especialmente del IMSS, e incorporar mayor competencia entre los entes públicos y con la incorporación mayor de agentes privados. En el gobierno de Zedillo esta propuesta solo fue tomada parcialmente (especialmente el paquete esencial de servicios de salud).

<sup>39</sup> En González-Pier *et alii* (2006) se destaca que la propuesta del paquete básico procede del Informe de Desarrollo Mundial 1993 del Banco Mundial, retomado desde 1994 en las propuestas de la Funsalud, por el equipo de Economía y Salud dirigido por Julio Frenk. Se trata de influencias de alguna manera endogámicas: Julio Frenk participó en la preparación del Informe 1993 del BM.

En el gobierno de Fox, ya como secretario de Salud, la influencia del grupo de Julio Frenk se incrementó notablemente: había acumulado con el tiempo propuestas con un equipo de académicos (comunidad epistémica) y ahora como funcionario en el área precisa, con el apoyo presidencial, pudo generar una propuesta de modificación de Ley en materia de salud, promulgada de hecho en 2003. Con las reformas de la Ley General de Salud 2003, se busca lograr la “universalización” reconocida constitucionalmente con la generación, al lado de los diversos seguros sociales, de un “Sistema de Protección Social en Salud”.

A fin de cuentas se trata de la propuesta de pluralismo estructural planteada por Julio Frenk y el equipo de Funsalud, con la incorporación de un paquete esencial, la generación de un esquema de protección para los no asegurados y el rechazo a fortalecer el polo público de los seguros sociales; aunque se evitó proponer una reorganización mayor de los seguros de salud del IMSS y del ISSSTE, junto con la Secretaría de Salud, para evitar resistencias sindicales (Dion, 2008b: 444). Para Frenk et alii (2006: 1533), con la universalización de la cobertura “cualquier persona tiene una oportunidad igual de ejercer el derecho al cuidado en salud de alta calidad, con protección social para todos”; se trata de una afirmación excesiva, porque no sólo se mantienen estratos jerarquizados sino que se institucionalizan aún más. En consecuencia, como vimos, la ya altamente segmentada estructura del sistema de salud, se segmentó aún más con una nueva institución (Seguro Popular) y además se profundizó la estratificación entre los segmentos<sup>40</sup>. De acuerdo a los críticos, se “liberan” mercados antes vedados a la inversión privada mercantilizadora de la salud (López-Arellano y Blanco-Gil, 2001: 50); se trata de un matiz “privatizador” no en el sentido de pasar activos públicos al sector privado pero sí de transferirle responsabilidades (Tetelboin *et alii*, 2005); se genera un modelo de compra-venta competitiva de servicios entre el Seguro Popular, los sistemas estatales de salud, los hospitales de seguridad social y los privados, con el fondo de gastos catastróficos (Laurell y

<sup>40</sup> Puede verse en Laurell (2011: 2803) el cuestionamiento a este aspecto: no debe confundirse universalización de la cobertura con universalización de los servicios médicos; el paquete del Seguro Popular con “cobertura médica universal” (el paquete de servicios de éste es “muy inferior” al de los seguros sociales).

Herrera, 2010: 144). Para Frenk et alii (2009), se trata de “democratizar” la salud en México.

Sin embargo, la reforma de salud de 2003, ya en marcha y con un incremento notable de la cobertura en el Seguro Popular, no ha logrado el consenso entre los tradicionales participantes de la coalición pro-mercado: el economista Santiago Levy (2008) ha cuestionado fuertemente que el Seguro Popular incentiva la economía informal y que los empleadores y empleados preferirían no pagar las contribuciones de los seguros sociales y se afiliarían al más barato Seguro Popular. Se incentiva así el trabajo informal, los trabajadores cuentan con más efectivo pero no invierten en ahorro para el retiro, se generan empleos en actividades y empresas de baja productividad, y a fin de cuentas se afecta el crecimiento. Se requiere, al contrario, alinear los incentivos para aumentar la productividad. Para ello, propone sin más cerrar el Seguro Popular y otros programas (excepto Oportunidades, en el que Santiago Levy tuvo un papel importante en el diseño), generar un seguro de salud universal financiado con impuestos al consumo (impuestos al valor agregado, sin excepciones); el seguro de salud sería parte de la seguridad social que incluiría además del seguro de salud, los seguros de vida, de incapacidad y pensión para el retiro, para todos los trabajadores, y de riesgos laborales y liquidaciones (o seguro de desempleo), para trabajadores asalariados; los créditos a la vivienda, las guarderías y las instalaciones deportivas y culturales serían desligadas del IMSS (Levy, 2008: 268-269, y 275). Los beneficios en la seguridad social serían iguales para todos (a diferencia de la jerarquización entre seguros sociales y Seguro Popular actual) y la fuente de financiamiento sería la misma, con la etiquetación del IVA para la seguridad social; los recursos de éste se deberían depositar en el IMSS, que a su vez deposita una parte en cuentas individuales de los trabajadores manejadas por las AFORES.

Así, en un lapso de dos décadas, diversas propuestas se han generado para la reforma del sector salud desde la coalición pro-mercado, buena parte de ellas centradas en disminuir el peso del sector público e incrementar la participación privada, como vía hacia la equidad y el crecimiento. Esta coalición ha articulado también a grupos de especialistas (comunidades epistémicas), funcionarios de alto rango (desde la dirección de instituciones sociales y secretarios de Estado hasta presidentes), organismos empresariales y organismos financieros internacionales (en especial el BM y el BID), pero sin contar a los sindicatos oficiales ni a los independientes). Esta coalición fue avanzando con más

lentitud que en el caso de las pensiones, probablemente porque no articuló una propuesta compartida por toda la coalición (conflicto de posturas entre dos fuertes liderazgos Frenk-Levy), hasta llegar a la propuesta del pluralismo estructurado de Frenk, y por los cálculos políticos de los presidentes que prefirieron ser muy cautos en las reformas del IMSS y del ISSSTE en cuestiones de salud para evitar la resistencia sindical.

La coalición promotora pro-mercado no tiene frente a sí una coalición fuerte que la desafíe con posibilidades de victoria. Las propuestas de pequeños grupos bienestaristas (especialmente académicos, en los campos de la salud, las pensiones, la pobreza) no han logrado consolidarse como coalición amplia, con capacidad de influir en las políticas públicas (con excepciones locales, como el DF). Un triunfo discursivo mínimo de estos grupos es el regreso a la escena del concepto de universalización (a partir de la Ley de Salud de 2003), después de las fuertes críticas a los modelos focalizadores. Aunque parte de la germinal coalición pro-universalización de la salud en un ente público, financiado por el Estado<sup>41</sup>, encontró en el gobierno de centro-izquierda (PRD) de la capital del país un espacio público para la implementación de sus propuestas con la generación del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, financiado con fondos públicos, sin contribución de los beneficiarios y con provisión pública (López-Arellano y Blanco-Gil, 2008). Claramente las reformas de salud (las relativas a los fondos de pensiones que impactan a los seguros de salud y la reforma de 2003) van en contra de la propuesta de esta coalición pro-universalización (Laurell, 1996), que tiene la participación de grupos de académicos y de funcionarios locales del PRD en la capital del país. Aunque esta coalición no ha sido exitosa a nivel nacional, su implantación en la capital del país le permite superar el nivel meramente discursivo.

<sup>41</sup> A diferencia de la propuesta de Levy, no se propone la participación de las instituciones financieras privadas AFORES ni la aplicación de un impuesto especial al valor agregado para la seguridad social.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abrantes Pêgo, Raquel (2010), *Salubristas y neosalubristas en la reforma del Estado. Grupos de interés e instituciones públicas de salud, 1982-2000*, Zamora (México): El Colegio de Michoacán.
- Aracena-Genao, Belkis, María Cecilia González Robledo, Luz María González Robledo, Lina Sofía Palacio Mejía y Gustavo Nigenda López (2011), El Fondo de Protección contra Gastos catastróficos: tendencia, evolución y operación, en *Salud Pública*, N° 53, Suplemento 4, pp. S407-S415.
- Ávila Camacho, Manuel (1943), *Decreto que crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia*, México: Diario Oficial de la Federación octubre 18.
- Ávila Camacho, Manuel (1942), “Iniciativa de Ley del Seguro Social” en *Diario de los debates de la Cámara de Diputados del Congreso de los Estados Unidos Mexicanos*, pp. 9-27.
- CNPSS (Comisión Nacional de Protección Social en Salud) (2011), Informe de Resultados 2010, México: CNSPS.
- CNPSS (2009), Informe de Resultados 2008, México: CNSPS.
- Dion, Michelle (2008a), “International Organizations and Social Insurance in Mexico” en *Global Social Policy*, Vol. 8, No. 25, pp. 25-44.
- Dion, Michelle (2008b), “Retrenchment, Expansion and the Transformation of Mexican Social Protection Policies” en *Social Policy and Administration*, Vol. 42, No. 4, pp. 434-450.
- Farfán Mendoza, Guillermo (2009), *Los orígenes del seguro social en México: un enfoque neoinstitucional histórico*, México: UNAM.
- Frenk, Julio, Octavio Gómez-Dantés y Felicia Marie Knaul (2009), “The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage” en *Bulletin of World Health Organization*, No. 87, pp. 542-548.
- Frenk, Julio, Miguel A. González Block, Felicia Knaul y Rafael Lozano (1999), “La seguridad social en salud: perspectivas para la reforma” en Fernando Solís Soberón y F. Alejandro Villagómez (Compiladores), *La seguridad social en México*, México: CIDE/FCE/Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, pp. 35-102.
- Frenk, Julio, Eduardo González-Pier, Octavio Gómez-dantés, Miguel A. Lezama y Felicia Marie Knaul (2006), “Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico” en *The Lancet*, Vol. 368, octubre, pp. 1524-1534.
- González de la Vega, René (1987), “El nuevo marco jurídico de la salud. Un enfoque de modernización” en *Revista de Administración Pública*, N° 69-70, pp. 61-69.

- González-Pier, Eduardo (2006), "Priority setting for health interventions in México's System of Social Protection in Health", en *The Lancet*, Vol. 368, noviembre, pp. 1608-1618.
- González Rossetti, Alejandra y Olivia Mogollon (2000), *Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Mexico Case*, Latin America and Caribbean Regional Health Sector Reform Initiative.
- Laurell, Asa Cristina (Coordinadora) (2006), *Hacia una política social alternativa*, México: Friedrich Ebert Stiftung/IERD.
- Ley General de Salud* (1984).
- Levy, Santiago (2008), *Good intentions, bad outcomes. Social policy, informality and economic growth in Mexico*, Washington: Brookings Institution Press.
- López-Arellano, Oliva y José Blanco-Gil (2008), "Caminos divergentes para la protección social en salud en México" en *Salud Colectiva*, Vol. 4, No. 3, pp. 319-333.
- OMS (2012), *World Health Statistics* en <http://apps.who.int/ghodata/>
- Ordóñez Barba, Gerardo Manuel (2002), *La política social y el combate a la pobreza en México*, México: UNAM.
- Presidencia de la República (2011), *V Informe de Gobierno*, México: Presidencia de la República.
- Presidencia de la República (2007), *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*, México, Presidencia de la República.
- Valencia Lomelí, Enrique (2011), *Las coaliciones promotoras de las reformas recientes de política social*, ponencia presentada en el XII Seminario de Política Social: Balance de la política social de 2006-2012 y los desafíos del futuro, Red Mexicana de Investigación en Política Social. Universidad Iberoamericana-Santa Fé (México), octubre 20-21.
- Valencia Lomelí, Enrique, David Foust Rodríguez y Darcy Tetreault (2012), *Sistema de protección social en México a inicios del siglo XXI*, Documentos de Proyecto, Santiago de Chile: CEPAL.



TERCERA PARTE

**REFORMAS SOCIALES,  
DESIGUALDAD Y POBREZA**



## DESIGUALDAD URBANA, POBREZA Y RACISMO: LAS RECIENTES TOMAS DE TIERRA EN ARGENTINA

*Sonia Alvarez Leguizamón\** - *María Angela Aguilar\*\**  
- *Mariano D. Perelman\*\*\**

### INTRODUCCIÓN

Diciembre de 2010. Se acerca fin de año, estamos en pleno verano. Los días son largos y el calor es intenso. Un grupo de personas sin vivienda *toma* un parque en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, llamado Parque Indoamericano. En los días siguientes, los medios de comunicación muestran imágenes de extrema violencia de las llamadas “fuerzas de seguridad” contra los *tomadores* para desalojarlos. Más tarde y durante los procesos de negociación entre los ocupantes y distintos actores gubernamentales, las cámaras muestran imágenes desoladoras. Son miles de personas las asentadas en el parque en estructuras sumamente precarias como carpas que hacen las veces de casas. El 7 de diciembre de 2010, por orden de un juez, la Policía Federal y la Policía Metropolitana (de la ciudad de Buenos Aires) entran a desalojar a los ocupantes, que se estiman entre 1000 y 2000 personas. Hubo represión policial, con un saldo de dos ocupantes muertos, uno de origen boliviano y el otro de Paraguay. A pesar de la violencia, los ocupantes los repelen. Ante la falta de protección oficial, en los días siguientes los vecinos colindantes de Villa Lugano y Soldati (ver plano más adelante) de sectores medios y empobrecidos entran con palos y armas también a desalojar a los ocupantes, e igualmente son repelidos. Se producen más heridos y un nuevo muerto. Organizaciones de derechos humanos y de inmigrantes hacen presentaciones ante la justicia solicitando su interven-

\* Dra. en Antropología Social y Cultural, docente investigadora de la Universidad Nacional de Salta.

\*\* Master IUPERJ – Brasil- Docente investigadora - UNSa.

\*\*\* Dr. de la Universidad de Buenos Aires. Becario pos doctoral del CONICET .

ción. Se cercó la zona no permitiendo entrar ni salir a nadie. La Presidenta Cristina Fernández de Kirchner, luego de dos días de silencio, toma la decisión de separar preventivamente a los policías involucrados en las muertes y crea el Ministerio de Seguridad, desdoblando lo que era antes la cartera de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos (valga la paradoja)<sup>1</sup>.

El Jefe de Gobierno de la ciudad de Buenos Aires, Mauricio Macri del partido Propuesta Republicana (PRO)<sup>2</sup>, hace declaraciones xenófobas asociando las ocupaciones a la migración boliviana y su vínculo con el narcotráfico y las mafias. Insiste en la represión y se niega a dialogar con los ocupantes. Luego de una serie de acciones de los afectados y organizaciones vinculadas, los jueces intervinientes ordenan la negociación entre las partes y Macri se ve obligado a asistir a la Casa Rosada, sede de la presidencia, y negociar con los representantes de los ocupantes.

Este proceso y lo que deviene luego, lo transforma en un *acontecimiento* que pone a la vista la desigualdad urbana persistente y la concentración de la riqueza en la ciudad de Buenos Aires y en Argentina, activando profundos imaginarios de un “racismo indio” que atraviesa la construcción de la nación.

Abordaremos el proceso de la toma, como un *evento crítico*. Para Vena Das (1995) los eventos críticos revelan cuestiones en conflicto de derechos y accesos, y manifiestan la violencia estatal y de otro tipo que atraviesa la intimidad de las personas. A la par, en su devenir se trata de zanjarlos de diversa forma, problematizando o re problematizando el evento y sus sentidos. El acontecimiento tiene una temporalidad, forma parte de un proceso en el que se sucede una cadena de acontecimientos constituyéndose en un referente ineludible. Tiene una cualidad arrolladora que pone en cuestión una serie de tematizaciones que provocan posicionamientos a partir de una diversidad de temáticas que arrasan con el cotidiano, inaugurando nuevas formas de acción y resignificando sistemas categoriales y códigos morales<sup>3</sup>. El acontecimiento del Parque Indoamericano comparte

<sup>1</sup> Los fotomontajes se hicieron en base a fotos recogidas de los periódicos durante la cobertura de la “toma”.

<sup>2</sup> El PRO defiende los valores de las políticas neoliberales.

<sup>3</sup> Este último aspecto que excede la coyuntura del evento y tiene un escenario de más largo plazo requiere no sólo de mirar las transformaciones que el acontecimiento produce en su devenir sino un trabajo etnográfico de mayor profundidad que el que presentamos en este trabajo.

estas características, no fue un fenómeno aislado y se transformó en un referente incluíble, por la represión violenta seguida de muertes de ocupantes, por la cobertura mediática y la particularidad de la disputa jurisdiccional y política que se dio a nivel nacional (entre el gobierno nacional y el de la ciudad) e internacional (entre el Estado nacional y Bolivia). Además de poner en discusión y en la agenda pública las políticas habitacionales y los derechos asociados a la vivienda, quedaron al descubierto la “cuestión” de la migración de los “países limítrofes”, junto a la activación de un “racismo indio” particular.

Nos interesa indagar la vinculación entre las estrategias para hacerse un lugar en la ciudad, con la violencia estatal y la construcción de derechos y accesos o titularidades al suelo y a la vivienda. Según Das (1995) estos eventos “ponen en cuestión una cierta cultura política enfrentada con otra y lo que significa la dignidad de las personas o el límite moral que pueden soportar”, lo que remite a situaciones de desigualdad y violencia, en este caso socio étnica.

A pesar de que en la Argentina existe el derecho abstracto a una vivienda digna, formulado en la Constitución<sup>4</sup>, no se ha convertido en una titularidad y las políticas de vivienda para los sectores populares son muy escasas. Las poblaciones excluidas del acceso a una vivienda digna desarrollan diversas estrategias y parte de estas luchas se materializan en las denominadas “tomas”, “ocupaciones” o “invasiones urbanas”, muy comunes en la mayoría de las ciudades de América Latina. Estas ponen a la luz la desigualdad urbana y la debilidad de las políticas habitacionales a la vez que construyen nuevos derechos, develan la falta de titularidades de los existentes y la indignidad en que viven. Las *tomas* de tierras urbanas no son un modo novedoso de hacerse un lugar en las ciudades. Por el contrario han sido una de las formas más importantes de ocupación del espacio público en las últimas décadas en gran parte de las ciudades latinoamericanas. Sí difieren los modos en que los sectores populares fueron asentándose, más o menos visibilizados, más o menos confrontativos,

<sup>4</sup> La Constitución de la Nación Argentina en su artículo 14 bis dice que: El Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable. En especial, la ley establecerá: el seguro social obligatorio, que estará a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera y económica, administradas por los interesados con participación del Estado, sin que pueda existir superposición de aportes; jubilaciones y pensiones móviles; la protección integral de la familia; la defensa del bien de familia; la compensación económica familiar y el acceso a una vivienda digna.

más o menos organizados o espontáneos, más o menos tenaces, más o menos estratégicos y más o menos articulados con otros actores sociales.

Tomamos este caso como paradigmático de los procesos que vinculan desigualdad urbana (expresada en la falta de vivienda y suelo urbano) y racismo, manifestado tanto en el “villero” en general y en el inmigrante interno y externo “morochó”. El abordaje propuesto supone tres perspectivas. El primer abordaje vincula el acontecimiento con la activación de un racismo que denominamos como la “cuestión del indio” en la Argentina, usando para ello material bibliográfico y periodístico. Partimos del supuesto que las reacciones racistas que se activan en el acontecimiento contra lo boliviano, lo peruano, “los negros del interior” (vinculados sobre todo a las provincias del norte) develan lo que llamamos “la cuestión del indio”, que pone en cuestión no sólo su derecho a la vivienda, sino su condición humana. Al activarse un discurso que los racializa se legitima su exclusión espacial, social y política. “El indio del interior” aparece con discriminación y violencia sobre todo a las personas provenientes de las “provincias del norte” y a los que se ha dado en llamar “migración interna” hacia Buenos Aires. El indio “exterior” es sobre todo el boliviano, aunque también el peruano (vinculado a la “migración de países limítrofes” sobre todo de origen andino). Un segundo enfoque pone el acento en los sentimientos, sufrimientos, visiones de los ocupantes desde una mirada más etnográfica. La última analiza el caso de las *tomas* en Salta activadas por el Parque Indoamericano, focalizando en los discursos de los tomadores, voces oficiales y sus vínculos con la esfera de la *moralidad*. Aquí nos interesa ampliar el foco del vínculo entre desigualdad, derechos y los variados modos de construcción de alteridad a través de prácticas de racialización, estigmatización, inferiorización, prestando atención además al modo en que se establecen los vínculos relacionales y las cargas morales que los acompañan<sup>5</sup>. Ese tipo de prácticas coloca a esos otros en las márgenes de la humanidad. Aparecen aquellos que, más o menos soterrados, reflejan ciudadanías de segunda racializadas, como el *pobre, negro, boli, cabecita negra, aborigen*. Estos tienden a ser vistos y sentidos (más que pensados) como menos humanos en muchos sentidos.

<sup>5</sup> El trabajo de Sennett (2009) sobre la falta de respeto es sugestivo pues implica desmenuzar y abrir la caja negra, más que del concepto, de las prácticas sociales irrespetuosas, buscando revelar su vínculo indisoluble con la desigualdad en un sentido amplio: de clase, étnica, de género que, en última instancia, es de poder.

Mostraremos cómo el evento crítico pone en cuestión una diversidad de temas/problemas ante los cuales las voces autorizadas<sup>6</sup> se ven obligadas a decir algo. Se pone a la luz la fragilidad del derecho a la vivienda, se cuestionan los alcances de la propiedad privada y pública, y se devela un racismo en otras circunstancias soterrado y domesticado. Estas tomas de posición interpelan a la sociedad toda haciéndose visibles a partir de opiniones y acciones durante el devenir del acontecimiento, en las interacciones de la cercanía y la intimidad, en las conversaciones en el mundo público y, sobre todo, en los discursos de funcionarios, políticos, intelectuales, organizaciones políticas y territoriales.

Creemos que son casos donde entran en coalición derechos básicos; civiles, políticos, sociales: el derecho a la propiedad en este caso pública, el derecho a la vivienda, el derecho a una ciudadanía inclusiva visibilizándose las contradicciones entre la lógica de la expansión del capital inmobiliario y la omisión y/o “des/no regulación” del estado en esta temática contra la de los derechos sociales. La propiedad privada es puesta en cuestión a la par que se activan otros derechos vinculados con las políticas sociales, como el derecho al suelo y una vivienda digna, es decir con formas de acceso a medios de reproducción de la vida básicos, a veces desmercantizados, en la ciudad. Por otra parte, la estrategia de la toma, activa los imaginarios sobre lo que se llama “el orden”, en este caso *el orden* de los que tienen vivienda y servicios sociales básicos resueltos.

### **ANTECEDENTES DEL RACISMO INDIO: BUENOS AIRES, LA CIUDAD BLANCA**

El Estado liberal argentino de mediados del siglo XIX, se asentó en una Argentina muy diferenciada regionalmente, sobre la base de la dominación de las culturas nativas y del triunfo sobre las elites regionales no pampeanas, luego de la batalla de Caseros<sup>7</sup>. Posteriormente, la generalización de la idea de ciudadano y su relación con la construcción del Estado de Bienestar se hizo en forma segmentada. Fue una ciudadanía social que implicó aumento de derechos sociales asociada a la condición de trabajador estable y urbano, generalmente “blanco/europea”.

<sup>6</sup> A las que remite Pierre Bourdieu.

<sup>7</sup> La batalla de Caseros acontece en 1852 y allí los unitarios liderados por Mitre, que representaban a los intereses de la oligarquía de la pampa húmeda vencen a los federales representados por los caudillos del interior y se separan de la Confederación.

El imaginario de la capital argentina como una ciudad blanca<sup>8</sup> no latinoamericana se remite a la construcción de la nación y a las intervenciones sociales y políticas, tanto de integración de lo que se llamaba, a principios de siglo XX, el “obrero criollo” o la población del “interior”, como las políticas demográficas que promovieron la inmigración ultramarina, asociadas con el imaginario de la generación del 80, de construir un país sin *barbarie indígena* o sin *caudillos bárbaros del interior federal*, sintetizado en el gran dilema neo-colonial de Domingo Faustino Sarmiento “civilización o barbarie”, claramente delineado en el “Facundo” (1967 [1845]) y que puede ser visto como un régimen no sólo del discurso sino también de la representación. Los “régimenes de representación” serían lugares de encuentro en los cuales las identidades se construyen pero donde también se origina, simboliza y maneja la violencia<sup>9</sup>.

Luego de la promoción de las políticas migratorias de ultramar, Buenos Aires pasó de 187.100 habitantes en 1869 a 1.575.000 en 1914. Este crecimiento inusitado fue caracterizado como una “revolución urbana” (Liernur, 2000; Suriano, 2000). La construcción del imaginario de un país “urbano” fue parte de la promoción de lo que las elites del puerto de Buenos Aires consideraban un *proceso de modernización*, que no sólo significó el incremento y constitución de ciudades y pueblos, sino el realce de la ciudad de Buenos Aires como el centro nodal de la nación. La conformación de Buenos Aires como capital del país en 1880, luego de guerras fratricidas, implicó su transformación y constitución en el icono de irradiación de “la modernidad”. En este proceso de reconstrucción

<sup>8</sup> Según Oszlak (1991) la política llevada a cabo por la última dictadura militar en la ciudad de Buenos Aires, bajo el gobierno de Caciattore fue una política de construcción de la *ciudad blanca* entendida como una estrategia urbanística puntualizando el carácter racial y excluyente de esa ciudad imagina para la elite. Para Casocov, Perelman y Ramos (2011) no sólo se trata de un dispositivo que tiende a una ciudad blanca sino también verde, en el sentido que los dispositivos de exclusión se complementan con otro que es el de la construcción de una ciudad verde, en la cual a partir del discurso sanitario ambiental y la construcción de espacios verdes permitió y legitimó esa exclusión de amplios sectores de la población, logrando generar consensos. Creemos sin embargo que este dispositivo no es nuevo y que se ancla en tiempos históricos de más larga data.

<sup>9</sup> Rojas (1994 citado por Escobar, 1998: 31-32) estudia este concepto en los procesos colombianos del siglo XIX, concibiendo los régimenes de representación como lugares de encuentro de los lenguajes del pasado y del futuro (tales como los lenguajes de civilización y barbarie de la América Latina pos-independentista) lenguajes externos e internos, lenguajes de sí y de los otros.

social, económica y política de la ciudad, se produjo una *refundación imaginaria* de Buenos Aires; refundación, basada en la inclusión subordinada de nuevos pobladores (los migrantes de ultramar), que tendía a construir un cuerpo social “sano” (Murillo, 2002: 30), imaginario que puebla aun hoy las percepciones del mundo urbano porteño. Si bien estos nuevos pobladores provenían de diferentes lugares (italianos y españoles sobre todo), respondían a lenguas y tradiciones distintas. Las diferencias de clases y estatus sociales estaban a flor de piel. Buenos Aires, no obstante, fue construida idealmente, en los imaginarios, como una ciudad homogénea (Lacarrière, 2005) a la vez que como una ciudad ideal (Liernur, 2000) y de elite, contrapuesta a la “barbarie” que pretendía superar (Svampa, 1994; Álvarez Leguizamón, 2008), por lo que su constitución como tal remite a un imaginario y a dispositivos neocoloniales.

Luego de los movimientos reivindicativos de inmigrantes ultramarinos de origen socialista y anarquista, a los inicios del siglo XX, comienza la represión por parte de los sectores más conservadores, medida que se plasma en la Ley de Residencia<sup>10</sup>. A la xenofobia que surge contra los extranjeros, el partido socialista –quien más representaba el sentir y la ideología de la clase trabajadora de origen foráneo–, respondió transfiriendo la “barbarie” a los trabajadores del interior, a quienes se los representa también como “abyectos” y “serviles” e “inconscientes parias” y afirmando el valor de su extranjería a partir del cosmopolitismo que la propia elite había propugnado<sup>11</sup>.

Las políticas de la elite porteña sobre “integración modernizadora”, que se inician a finales del siglo XIX, además del mestizaje trajo como consecuencia la ruptura de muchas de las relaciones primarias, comunales y locales, y produjo una progresiva asalarización a costa de mucha violencia, entre otras la necesidad de migrar, junto a la educación pública para “civilizar” al “futuro” ciudadano.

La centralidad de la ciudad blanca se opone al *interior bárbaro*, nominación que hace mención, en su sentido amplio, a todo lo que es exterior

<sup>10</sup> Promovida por Miguel Cané quien en su libro “La expulsión de los inmigrantes” fundamenta esta política.

<sup>11</sup> Hablando del presidente Julio A. Roca, de origen tucumano, el Manifiesto del Partido Socialista dice: “Hijo del predominio político de las provincias de tierra adentro (...) quiere que el nivel mental de los trabajadores de la Capital no exceda al de los *inconscientes parias* que trae del interior y arma para su nefasta obra de exterminio (...)” (Manifiesto del Partido Socialista de mayo de 1909, citado en Romero, J. L.; 1987: 66-68).

a Buenos Aires<sup>12</sup> nombrando a territorios y a poblaciones que no viven en ella. El interior más profundo es aquel de las provincias del noroeste (Tucumán, Salta, Jujuy, Catamarca, Santiago del Estero, la Rioja) vinculado con poblaciones originarias generalmente de tez morena. Población de la que la ciudad *blanca, europea y moderna* se corre y a la que le otorga un lugar subordinado y lejano, desde su imaginario fundacional. Estas clasificaciones se deslizan de lo bárbaro, al interior, a lo boliviano, lo arcaico, lo subdesarrollado, dependiendo de los momentos históricos y de la correlación de fuerzas entre los distintos sectores involucrados. La cadena de significantes se repite también de las ciudades capitales de provincia a su *interior* y las elites locales desarrollan dispositivos hacia las poblaciones que consideran una amenaza para el habitus civilizatorio o desarrollado que ellas dicen practicar.

En este mismo sentido para Lacarrieu y Pallini (2007) el nosotros porteño, durante el siglo XX, se construye a partir de dos enemigos imaginados, elaborados y procesados como inferiores, y “acusados simbólicos”: *los nativos del interior del país* y los latinoamericanos, si bien especialmente los que provienen de países limítrofes buscando posibilidades laborales. Ellos resultan distinguibles por el color –los “cabecita negra” un epíteto construido en esa época–, por la pobreza y asentamientos en que residen –el “villero”–, por el “no merecimiento” a vivir en la Buenos Aires parisina” (266 y 267, cursivas nuestras).

A mediados del siglo XX se produce una importante transformación socio étnica, a partir de la irrupción del peronismo en la escena política. En este contexto se tratará de integrar a grupos sociales excluidos del “interior” como los llamados *obreros criollos*, los *campesinos pobres* y constituirlos en trabajadores y productores por medio de políticas dignificantes. Esto en el marco de la construcción de un imaginario de Nación industrial, que se materializará en el discurso del Presidente Juan Domingo Perón y de Eva Duarte. Al *trabajador* y al “*cabecita negra*”<sup>13</sup>, fueron a

<sup>12</sup> No nos referimos a toda su población sino a lo que aparece soterrado en el sentido común de un gran grupo de personas, tanto de las elites como de los sectores medios y pobres que se visibiliza en eventos críticos como el aquí analizado.

<sup>13</sup> *Cabecita negra* es una clasificación con la que la aristocracia y las clases medias porteñas nominaban al migrante no blanco del interior y que el discurso peronista, a partir de Eva, desde una visión emancipatoria resignificó como *descamisados*, en una nueva identidad más inclusiva. A los *descamisados* se les asignó el protagonismo de las movilizaciones del 17 de octubre de 1943, que más tarde llevará a la presidencia a Perón.

quienes se dirigieron las intervenciones sociales según los análisis realizados de los discursos peronistas de la fecha (Alvarez Leguizamón, 2010). Durante la época posterior al peronismo reaparece el imaginario de la *barbarie del interior* unida al “problema de la vivienda” y de las villas a las que se asocia también al peronismo como incentivador de la migración a la ciudad. Podríamos decir que los enemigos imaginados de los porteños que señala Lacarrieu, las poblaciones del interior mestizo y los *villeros*, se suturan con el peronismo; para ese imaginario civilizatorio y racista el peronismo es el padre de este sujeto abyecto. La llamada *Revolución Libertadora*, golpe militar que derroca al Presidente Perón en 1955, atribuía la condición de pobreza en Buenos Aires y la existencia de villas, a las provincias. Sus representaciones e imaginarios mantienen el vínculo entre las clasificaciones: villas / poblaciones del interior / falta de higiene / abulia e indiferencia / delincuencia / falta de moral. La manifestación más visible de ese discurso se basaba en la idea que las provincias se encontraban “atrasadas” –faltas de desarrollo– de obras de infraestructura (Laguado Duca, 2009: 85-86). La tematización del “problema de la vivienda” se restringía a la falta de higiene y a los migrantes que vienen de las provincias hacia la ciudad de Buenos Aires<sup>14</sup>. El Consejo Deliberante de la ciudad de Buenos Aires crea una comisión para estudiar el problema de las “villas miseria”, denominación local para los asentamientos precarios (el uso de la palabra *miseria* está mostrando ya que la nominación es intrínsecamente descalificante, como la de *tugurios*), dado que se creía importante que el estado intervenga porque “en ellas *vivían los inmigrantes atraídos durante el peronismo* que, sumergidos en la “abulia y la indiferencia” (cursivas nuestras) no querían salir de esos “tugurios”, por lo que era necesario obligarlos a salir de ellos. A otros habría que impulsarlos a volver al campo, con lo que “se recuperaría mucha gente para la labor útil” pues allí “*hay delincuentes y gente falta de moral*” (Laguado Duca, 2009: 138 cursivas nuestras)<sup>15</sup>. Podríamos conjeturar que

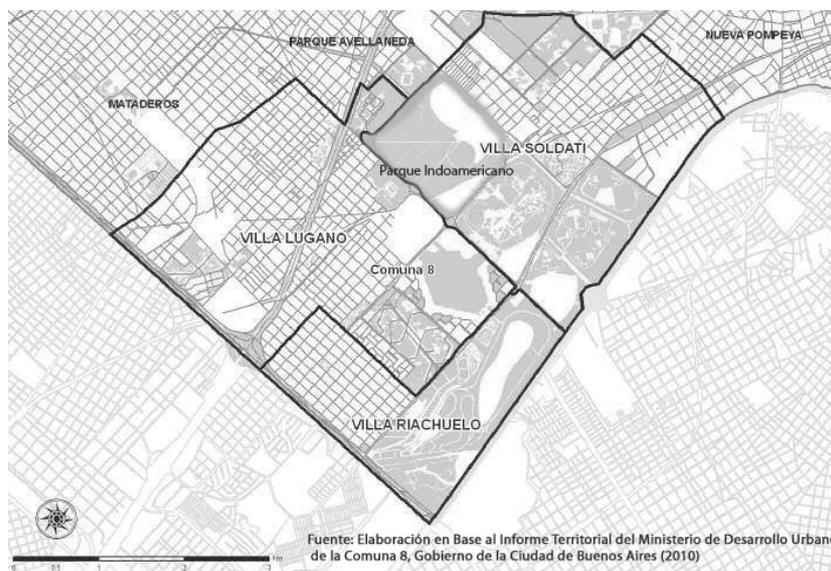
<sup>14</sup> En un artículo del diario La Nación del 18-09-57 denominado “San Martín sigue con sus villas miseria” donde se manifiesta que una de las causas del crecimiento de las villas es debido a que “después de cada acto público de adhesión al régimen derrocado en septiembre de 1955” venían trenes gratuitos que llegaban del “*interior del país y que luego deslumbrados por la gran ciudad y sus pueblos aledaños*, no aceptaban el regreso, asentándose allí donde les parecería más propicio o más cercano al familiar o al amigo que llegó antes que ellos” (en Laguado Duca, 2009: 91, cursivas nuestras).

<sup>15</sup> Manicini, La Nación, 12-7-58 “Problemas de las Villas Miserias” en Laguado Duca (2009:138).

el “problema de la vivienda” en la Argentina desde sus comienzos está fundado en un “racismo indio” y en la creencia que se trata de una cuestión moral propia de la abulia e indolencia que se asigna a las poblaciones del interior asentada en las llamadas “villas miseria”.

### EL CASO DEL PARQUE INDOAMERICANO, DEL BASURAL AL VERDE

La zona sur de la ciudad de Buenos Aires es, sin duda, la más pobre. En ella se concentran casi todas las villas miseria de la ciudad. El “sur”, como demuestran una serie de investigaciones (como Gorelik, 1998), ha sido históricamente relegado. Las recientes políticas económicas y la creciente imposibilidad de acceder al suelo urbano han contribuido a una mayor segregación socio espacial.



La zona en la que se encuentra el Parque, conocida como Bajo Flores (hoy Villa Soldati y Villa Lugano), era un bañado, un terreno pantanoso e inundable. Algunos historiadores barriales (Prignano, 1991; Cutolo, 1998) lo describen –antes de su utilización como depósito de residuos– como una

suerte de “paraíso natural”<sup>16</sup>. De la Torre (1983) remarca que la topografía contribuyó a que la zona quede “relegada” en los planes de los diferentes gobiernos: el bañado era una zona de terrenos bajos. La escasa altura del terreno sumado a los frecuentes desbordes del río Matanza y del arroyo Cildañez originaron en áreas deprimidas lagunas casi permanentes. Con el paso del tiempo, la topografía del lugar se fue modificando y la fauna y flora silvestre –como consecuencia de los basurales, cenizas y escorias– prácticamente desaparecieron. La presencia del basural hizo que vaya adquiriendo la fama de peligroso (Cf. Perelman, 2010). Incluso luego de su cierre en 1977 continuó marcando gran parte de la dinámica de los barrios (Perelman, 2011).

El gobierno militar iniciado en 1976 erradicó el 94% de la población de las villas de la ciudad y creó el Cinturón Ecológico Área Metropolitana Sociedad del Estado (CEAMSE) que significó el cierre del vaciadero a cielo abierto (La Quema)<sup>17</sup>. En Villa Soldati, el cierre de la Quema y la construcción de los parques de la zona, entre ellos el Indoamericano, significó una transformación física del entorno signada bajo una dimensión política y simbólica central: el parque como figura urbana que una y otra vez ha venido a conjurar “los peligros de la ciudad”. Se puede apreciar allí el modo en que se articularon y conjugaron las estrategias de “ciudad blanca” y “ciudad verde” (Cosacov, et. al, 2011).

Volviendo a lo que hoy es el predio. Si bien fue planeado como un espacio verde para el uso de los habitantes de la zona, en poco tiempo fue nuevamente relegado. En 1995 se inauguró lo que se conoce actualmente como Parque Indoamericano y fue incluido en el plano oficial de la ciudad en 1999. Sin embargo, y pese a una serie de iniciativas, el estado de abandono del predio no se modificó. Se ha destacado el constante arrojido clandestino de containers de basura y su consiguiente contaminación. Si bien se desarrollaron una serie de proyectos en el inmenso predio que pretendió ser el “rosedal” y los “bosques de Palermo de la zona sur” sólo fueron realizados en una pequeña parte del parque. Una rápida comparación entre los espacios de recreación de la zona norte y la sur dan cuenta de la diferencial importancia que ambas zonas tienen.

<sup>16</sup> En otros trabajos se analizó la construcción discursiva sobre el bañado. Allí se sostuvo que ella se realizó en contraposición a la posterior presencia del basural y de las villas miseria (Cf. Perelman, 2011).

<sup>17</sup> “De la Quema al basural, del basural al relleno / del Parque / del Parque a la Toma / de la Toma a la Ciudad”, foshop realizado con fotos de los medios sobre el Parque Indoamericano y la ciudad de Buenos Aires.

## **LAS TRANSFORMACIONES NEOLIBERALES Y EL CONTEXTO DEL ACONTECIMIENTO: LA CUESTIÓN DEL INDIO VISTA COMO UNA RENOVADA “INVASIÓN SILENCIOSA”**

Como decíamos, creemos que el acontecimiento atraviesa el imaginario neocolonial de una argentina blanca, no indígena y no latinoamericana. Retrotrae y hace presente la “cuestión del indio”<sup>18</sup> y muestra la desigualdad y exclusión urbana inveterada para con estas poblaciones, pero fuertemente agudizada luego de la reforma neoliberal y los procesos de empobrecimiento de los '80 y '90, que produjeron un importante flujo migratorio de poblaciones de las provincias más pobres, a ciudades como Buenos Aires, Rosario, Córdoba, en búsqueda de trabajo. Usamos aquí la expresión “cuestión del indio” en un sentido amplio. No es necesario que estén a la vista las luchas sociales indígenas, o que haya discusiones y dispositivos explícitos de blanqueamiento o dominación, el indio aparece soterrado en un racismo a veces visible y otras que sale a la luz en estos eventos y que devela las diferencias de derechos, de identidades, de tipos de ciudadanía entre los que se autodenominan blancos y el resto. Se trata de un racismo particular, prácticas, saberes y dispositivos de una problematización específica: la del indio mimetizada y metamorfoseada en el presente democrático (en lo boliviano, en los “habitantes del interior”, o de las provincias del norte, en el “morocho”, en el “negro de mierda”) de un país cuyas elites siempre han negado su condición latinoamericana y mestiza. En otro trabajo analizamos (Álvarez Leguizamón, 2010) cómo la “reforma estructural” de los '80 y '90 implicó una profunda reconversión de la economía y del Estado basada en la desregulación de las relaciones laborales, la apertura de los mercados, la privatización y descentralización de las instituciones públicas, en consonancia con la aplicación de las recetas del

<sup>18</sup> La cuestión del indio representa para el pensamiento marxista el fenómeno más singular que plantea la realidad latinoamericana, sobre todo para entenderlo al intentar encapsularlo en un análisis de clases o de modos de producción y obliterando la cuestión racial de las relaciones de dominación basadas en formas coloniales de sujeción. Esta tradición se ancla en Mariátegui quien dialoga con el pensamiento marxista, humanitarista e indigenistas para mostrar que el problema tiene que ver con las relaciones de dominación que se estructuran en la hacienda, basado en el racismo indio.

consenso de Washington y los lineamientos de política de las “agencias de desarrollo”. Era una Argentina que continuamente se diferenciaba del resto de los países latinoamericanos arguyendo indicadores de bienestar y calidad de vida. En esta época, se volvió a una política restrictiva en lo que hace a migración de países limítrofes. La cara macabra de la desigualdad retrotrajo los fantasmas que se creían erradicados del imaginario de la Argentina *europaea, desarrollada*, autocentrada en la pampa húmeda. Esa Argentina estalló en diciembre de 2001. El “descontento” social se expresó de diversas formas: huelgas, puebladas, saqueos, manifestaciones y luchas callejeras, ataques a edificios públicos y viviendas de políticos y gobernantes, y el surgimiento del movimiento piquetero. Acontecida la crisis reaparecen representaciones e imaginarios que ponen en los *pobres, morochos, piqueteros, migrantes del interior* y de países limítrofes como Bolivia y Perú, las causas de los problemas, saltando de nuevo el miedo al “interior” y el imaginario de “invasión” que se había desarrollado con el peronismo de mediados de siglo XX. La idea de *invasión silenciosa* resume ese imaginario que se materializa de diversas formas. Ello se refleja en el titular de un semanario de la capital en 2002, para quienes esta inmigración supone una amenaza al bienestar porteño, dada fundamentalmente por la competencia en el mercado laboral.

A esta nueva sensación de invasión (en relación a la vivida a mediados del siglo XX) Grimson (2006) la definió como la “hipervisibilidad étnica” de los inmigrantes y su utilización por el gobierno, algunos medios de comunicación y sectores de la sociedad, que se constituyeron como “chivos expiatorios” de la crisis de fines de los ’90. Según el autor “los argentinos tienden a ver muchos más bolivianos de los que hay en realidad. Primero, porque cuando estaban en zonas fronterizas, los porteños y los medios de comunicación porteños no los veían “en la Argentina”. Pero además porque consideran como extranjeros a los hijos argentinos de los bolivianos, *también a los jujeños* y, finalmente, *a todos los que tengan alguna ascendencia indígena*” (cursivas nuestras)<sup>19</sup>. Grimson está mostrando la subsunción entre lo boliviano con provincias del norte y la ascendencia indígena. Su reflexión abona nuestro planteo de que estos estereotipos muestran cómo junto al imaginario de “invasión de inmigración” de algunos países limítrofes, aparece suturada en estas clasificaciones la cuestión del *indio*

<sup>19</sup> Alejandro Grimson *Macri, Xenofobia después de Menem*, Página 12, viernes 10-12-2010.

*interior* en la Argentina. Sin embargo, la “hipervisibilidad étnica” si bien se agudiza por los factores que señala, no es nueva en el imaginario porteño como ya hemos visto. Este discurso choca con los datos oficiales. Innumerales trabajos (Sabarot, 2002; Grimson, 1997; Bruno, 2007; Szulik y Valiente, 1998, entre otros) han mostrado que el porcentaje de migración extranjera en el país es persistente, y que el imaginario sobre su aumento no se condice con la realidad de los datos empíricos demográficos. Lo que sí se muestra empíricamente es una modificación en el modo en que se distribuyen que, al parecer, los hace más visibles en Buenos Aires, particularmente a los inmigrantes de origen boliviano. A pesar de ello, éstos solamente representaban el 1,78% de la población de la ciudad de Buenos Aires y el 0.80% en los Partidos del Gran Buenos Aires (ECMI, 2001). En el Gran Salta los inmigrantes de origen boliviano representan el 2,28% de la población. En este último caso, además, si se analiza su distribución según el año de llegada al país, el censo de 2001 registra los valores más bajos desde 1969 (ECMI, 2001). Según Sabarot este imaginario sobre “la invasión silenciosa” es una “invasión percibida” o construida. Es, en todo caso, la manera de “procesar ideológicamente, en las luchas entre sectores hegemónicos y subalternos, las tensiones sociales producto de la aplicación de los modelos neoliberales vigentes” (Sabarot, 2002: 103).

La Argentina, para ciertos sectores sobre todo de los territorios de la pampa húmeda, de sus elites y también trabajadores de ultramar fue “vívida”, “sentida” y “exportada” como *blanca, industrializada, urbana, civilizada, moderna*, durante un largo período. En este imaginario se cuele la idea de que los que habitan “regiones” o espacios llamados *marginales – periféricos, del interior, pobres, subdesarrollados*, son menos argentinos<sup>20</sup>. Habría grados variables de argentinidad en cuyo extremo se encuentran los migrantes de países limítrofes, particularmente bolivianos y cercanos a ellos, en la cadena de estigmatización y exclusión las poblaciones de provincias del norte “por portación” de rostro “morocho”.

Esta moralidad invisibiliza esos otros, cuando su integración subordinada no resulta problemática o, por el contrario, cuando son expuestos y mediatizados, cuando se los culpabiliza y se les atribuye algún tipo de responsabilidad por cambios de carácter estructural, presentándolos como

<sup>20</sup> También la categoría analítica de la economía política nativa de “economías regionales” hace mención a esos espacios que están fuera del centro y cuya tematización se acerca al problema del subdesarrollo.

un “problema” en el imaginario social. Aunque de modo no explicitado directamente, son aquellos que sería mejor que desaparezcan de la vista, que no existan. Desde nuestra perspectiva debe tenerse en cuenta que el *no ver como otro humano igual* no quiere decir que ese otro sea invisible. Entendemos que la falta de respeto se produce principalmente cuando se siente que el otro se interpone, molesta, interfiere, invade, usurpa, ocupa. Implica más bien un proceso de invisibilización, desconocimiento de alguien con el cual existe algún tipo de lazo, vínculo, relación y en general esa relación coloca al otro, o el otro está colocado, en una situación no sólo de desigualdad sino de inferioridad. Entonces, ese otro, minimizado, invisibilizado podríamos decir, en condiciones de normalidad, en períodos de crisis o “desestabilización” económica, o de prácticas de resistencia de poblaciones subordinadas, se lo culpabiliza y se lo coloca en el lugar de la extrema visibilización, iluminándolo (con luz tan potente que parece enceguecer) a través de un proceso de mediatización extrema que maximiza lo que se entiende son sus atributos negativos y/ o los efectos dañinos que estaría ocasionando a la sociedad receptora.

### LA TOMA DEL PARQUE

Así, la historia del Parque Indoamericano es la historia de la segregación social y espacial de ciertos grupos de poblaciones en la ciudad. En otros lugares (Álvarez Leguizamón et. al, 2011; Perelman, 2011) nos referimos a la forma en que los tomadores legitimaron esta modalidad como acceso legítimo al suelo. Nos interesa aquí mostrar la forma en que este evento iluminó una serie de discursos sobre una Argentina neocolonial. Si bien la mayoría de los testimonios vinculados con el indio soterrado<sup>21</sup>, se refieren al boliviano y los inmigrantes de países limítrofes (en especial de Bolivia, Paraguay y Perú), aparece aún más soterrada la del migrante del interior de las provincias del norte.

Durante la *toma*, los llamados “ocupas” por los grupos que querían resaltar la violación a la propiedad privada, fueron atacados con palos, piedras y tiros por los vecinos de los barrios lindantes. Sus expresiones –retomadas por la prensa– expresan la activación en la vida cotidiana de

<sup>21</sup> La fuente periodística más importante que hemos utilizado es el diario Página 12, en base a un relevamiento brindado por Pablo Cosso, alumno de antropología de la Universidad Nacional de Salta.

ese racimo indio vinculado al “indio interior” y la subsunción entre poblaciones del interior “norteño” con lo boliviano. Dice una nota: “pasa una mujer de rasgos norteños acompañada de una nieta y las señoras se le ponen a la par. Enseguida dos mujeres de Gendarmería la custodian. “¿De dónde venís, bolita?”, pregunta una señora. “De Villa Celina, voy a visitar a un familiar”, le contesta. “No mientas. Vos te querés meter. Andate de acá.” La niña se pone a llorar y su abuela apura el paso. Las mujeres las persiguen hasta que Clementina Arce, la visitante, se topa con tres gendarmes que le informan que no puede pasar, que debe desviarse (Página 12, 13-11-2010).

En el caso de la ciudad Autónoma de Buenos Aires, después de La Paz, la ciudad con más población nacida en Bolivia, aparece intensamente la cuestión del indio con cara boliviana. Se calcula que un millón quinientos mil bolivianos viven en Buenos Aires. Un vecino manifiesta que vinieron muchos inmigrantes bolivianos (...) y “se fue creando una especie de bronca. Ahora, cada vez se ven más. Con los uruguayos, los peruanos, los paraguayos no pasa, *porque físicamente son más parecidos a nosotros*. Pero fijate lo que pasa: (en el Indoamericano) *mataron a un salteño creyendo que era boliviano*” (cursivas nuestras) (Página 12, 2-12-010). Boliviano/ salteño el indio finalmente no tiene nacionalidad, la represión se justifica<sup>22</sup>.

La subsunción entre “negro de mierda” y *villero*, los dos enemigos racializados del imaginario de la ciudad blanca, también se activa junto a la crítica a los llamados subsidios o programas (se incluyen con estas categorías tanto los programas territoriales como los de transferencia condicionada) y a los consumos que deberían tener los “pobres” por ser pobres. La nota periodística releva la siguiente situación: “a cuatro cuadras del cerco que realizan la Gendarmería y la Prefectura al Parque Indoamericano, un puñado de vecinos de Villa Soldati mantiene cortada la Avenida Escalada (...) Una mujer se queja del rol de la prensa en esta semana conflictiva. ‘Vienen a *hacerles reportajes a estos negros de mierda* y nadie habla con nosotros’ (...) Se llama Patricia y no da su apellido porque trabaja para el gobierno porteño. Asegura que los okupas usan *el dinero de los subsidios para comprarse televisores de pantalla plana*. Para hacer el corte, los vecinos utilizan dos de los baños químicos que se destinaron para las personas que hacen la toma. ‘Que caguen en el piso’, contesta Patricia cuando el cronista le hace esta observación” (Página 12 del 13-12-2010).

<sup>22</sup> El fotomontaje se basa en la represión y en los entierros de los muertos en el Indoamericano.

Estas creencias condensan el desprecio de parte de los sectores medios para con los pobres, asociada a las creencias que no deben tener televisor y menos comprarse pantallas planas, que los programas sociales focalizados asistenciales para atender minimamente las necesidades de la pobreza alimentan la vagancia, además de la condición inhumana que le asignan: “que caguen en la calle” como animales. Aunque estas asociaciones no son nuevas, se metamorfosean y aparecen con nombres renovados. Hace muchos años, en los 50’ y 60’ del siglo XX, cuando recién comenzaban las villas también se decía lo mismo: “son pobres y ¿compran televisores?” Una de las críticas más fuertes a los saqueadores durante la crisis de empobrecimiento masivo del 2001, fue que no saqueaban para comer sino que se llevaban otros productos de consumo como televisores (ver Auyero, 2007).

A los dos días de ocurridas las muertes de los tomadores, el gobierno porteño realiza una conferencia de prensa. Las declaraciones del Jefe de Gobierno de la Ciudad, Mauricio Macri, son taxativas, todo se trata de “la inmigración descontrolada” vinculada a las “mafias”, lo que subyace en la ocupación es “el avance de que cada uno haga lo que quiera” en el espacio público “esta inmigración no enriquece a la Argentina” (Página 12, 13-12-2010). Sus expresiones racistas y xenofóbicas visibilizan la cuestión del indio hecha cuerpo en los migrantes bolivianos. Macri estaba dialogando con las declaraciones de asociaciones de migrantes que planteaban que los miles de bolivianos que viven en Buenos Aires, con su trabajo, aportan riqueza al país. También contestaba a los reclamos de los sectores que criticaban la represión y el desalojo, afirmando que si se accede a los pedidos de las personas que ocuparon el Indoamericano, “no tenemos futuro”. El discurso tiene una connotación escatológica. El futuro es para el gobernante, recientemente re electo por otro periodo más, la represión de los pobres, las políticas restrictivas a la migración, el racismo blanco para el orden. Culpa a grupos de las organizaciones de base, como posibles incitadores afirmando que los enfrentamientos entre vecinos de Soldati con los ocupantes “no fue espontáneo. Se cruzaron negocios con la mala política” (“La indecisión macrista”). Usar de chivos expiatorios de las luchas sociales reivindicativas de derechos conculcados a los militantes de izquierda para luego justificar la represión, es una vieja práctica, generalmente exacerbada en los periodos pre dictatoriales. Para el Jefe de Gabinete porteño de ese momento “hay una *lógica perversa* que hace que *cada vez venga más gente de los países limítrofes a usurpar terrenos*”, hay “*una ley muy permisiva respecto de la migración: viene la gente y al poco tiempo de estar en la Argentina pide una vivienda, usurpa, después viene el juez que obliga al Estado a dar una*

vivienda”, “lo único que hace es promover que venga más gente de los países limítrofes para usurpar terrenos y pedir viviendas. Tenemos que cortar eso” (cursivas nuestras). El discurso político hegemónico de este sector de la ciudad invalida las leyes y a la justicia que, en cada conflicto, debe tener en cuenta el artículo 14bis. Para el funcionario hay que cortar, podríamos decir, este círculo vicioso de los derechos, como sea, matando si es necesario.

La cuestión de la legalidad, la “migración útil” y la delincuencia también aparecieron como factor diferenciador de los tomadores. La ex Vicejefa de Gobierno, Michetti, dijo en una nota periodística que “a los que tienen trabajo hay que legalizarlos. Y si se encuentra un inmigrante ilegal en situación de delito, se lo tiene que deportar. Tenés demasiados inmigrantes ilegales (...) No pedimos el cierre de la vía de inmigración, sino que se cumpla la ley” (Página 12, 10-10). Federico Pinedo, Diputado Nacional del PRO (partido que gobierna la ciudad), en Twitter felicitó el accionar de la policía, que produjo los primeros muertos, y defendió las políticas de mano dura, negando la xenofobia adjudicada a las declaraciones de Macri por parte de la Presidenta y de un amplio abanico de sectores políticos y organizaciones de inmigrantes y de derechos humanos, con argumentos defensores del derecho a la propiedad privada por encima de todo, a costa de la muerte y claramente anti latinoamericanos. Algunos de sus dichos en Twitter fueron: “Hay q decidir si queremos vivir en un país donde el Estado democrático garantiza la convivencia o en uno donde se aplica la ley de la selva” (9-12); “decir que los contribuyentes de la ciudad no pueden pagar viviendas a Latinoamérica no es xenofobia sino realidad” (9-12); “decir que argentinos y extranjeros deben respetar los bienes públicos de los vecinos, no es racismo sino derecho” (9-12); “felicitamos a las fuerzas de seguridad x su accionar frente a los violentos” (13-12). En sintonía un legislador del PRO, *twiteó* que “si permitimos ésta, mañana vendrán por el Parque Las Heras, parque Pereyra, Parque Centenario o Parque Chacabuco, los vecinos de la ciudad nos apoyan” (Página 12, 8-12-2010), haciendo alusión al fuerte apoyo de un gran sector de la población a estas creencias y a las medidas represivas por ellos promovidas. Nuevamente se apela al miedo de una inmigración descontrolada, que “tomará” todos los bienes públicos. Soslayando las desigualdades, las históricas construcciones de desigualdad, apelan a una diferenciación entre un “nosotros/ vecinos” y un “otro” migrante sin derecho.

Las declaraciones públicas a la prensa de las asociaciones de migrantes en la Argentina, luego de una presentación judicial, muestran la acti-

vación en el ámbito público cotidiano de la cuestión del indio. María Rachid, secretaria general de la Mesa por la Igualdad y de representantes de seis comunidades de inmigrantes manifestó: “Después de las declaraciones (...) en el colectivo, viajando, escuchaba de todo en contra de los inmigrantes, ‘esta basura, hay que sacarlos de acá’. Otra militante de estas organizaciones dice: “Uno va combatiendo la discriminación... Pero cuesta. *No hace mucho a una de nuestras paisanas la tiraron de un tren, en la provincia de Buenos Aires, diciéndole ‘boliviana negra de mierda’.*”

Como ha marcado Sabarot (2002: 103-104) “la distancia cultural no es una condición suficiente que pueda explicar la emergencia de mecanismos discriminatorios y racistas. Conforman un terreno fértil que debe combinarse con otros factores que hacen más a las relaciones de poder entre grupos y a las representaciones sociales que justifican valorativamente la estructuración jerárquica de la sociedad”. Por ello creemos que la relación colonial atraviesa las relaciones de clase junto a la dominación geopolítica de la ciudad de Buenos Aires en relación a las provincias inferiorizadas. La construcción simbólica de la *ilegalidad de inmigrantes latinoamericanos*, dice Sabarot “tiende hacia una presunción de culpabilidad del inmigrante de su propia situación. Adjudicar la categoría de ilegal a los individuos ensombrece la responsabilidad de la administración, ocultando los mecanismos subyacentes, donde la víctima de la política migratoria discriminatoria aparece como moralmente responsable de su propia legalidad (...) El poder político no sólo contribuye a producir la ilegalidad de los inmigrantes sino que acto seguido, los culpa a estos del mismo hecho. La exclusión del sistema se sublima en una supuesta malignidad de la víctima”. El migrante es ahora la víctima, siendo que la migración internacional fue una política activa de la transformación socio demográfica racista de la generación del 80’. El propio Jefe de la Ciudad es hijo de un italiano que llegó al país sin nada, al igual que los migrantes que hoy se matan.

El racismo contra lo boliviano, se exagera también en las interacciones cara a cara y en las luchas entre los vecinos de Soldati, Lugano y los ocupantes. Varias notas periodísticas muestran la sensación de invasión de lo que se denomina como bolivianos/negros: “En el palier de uno de los edificios, Antonio Gómez (...) arenga: ‘No hay Estado acá. *Ellos nos invadieron, son millones. Vas a la escuela y no podés anotar a los chicos porque hay 600 bolivianos, vas al hospital y no hay camas por culpa de estos negros*” (Página 12, 10-12-2010). En otra nota puede leerse “Un hombre de cincuenta años, pantalón de vestir y camisa a rayas, *ataca a pedradas a un pibe de cortos y remera que anda en bicicleta ‘Boliviano de mierda, hay que*

*matarlos a todos, ¿hace cuánto que vivís gratis, negro villero?*<sup>23</sup> Un taxista le dice a un periodista, “yo no discrimino, pero soy nacionalista. Y acá *los peruanos vienen todos a delinquir*. Ya hay pintadas de *‘haga patria, mate un peruano’*. “*La mayor parte de las veces que te roban, es un extranjero* (es probable que el taxista sea hijo o nieto de extranjeros). En *las villas, son todos paraguayos, bolivianos*. Hacé un censo. Somos demasiado permisivos: si quieren educación y salud, que la paguen. Y si los agarran, que los manden a su país”, propone, sin filtro, antes de que el viaje termine (Página 12 del 13-12-2010). Otro tema en cuestión entre migración y derechos, es el derecho a la salud y educación pública gratuita que asiste también a los migrantes. Se observa, en la opinión pública de algunos sectores de Buenos Aires, una intención de que los migrantes paguen esos servicios o no los usen. Otro vecino dice que en el barrio, *se siente la presencia de inmigrantes*, y para él no es grata. “Probá venir al Indoamericano un fin de semana a la tardecita”, desafía, cuando *“roban, hay disturbios, botellazos* (Página 12 del 13-12-2010). *Los bolivianos ocupan todo*, cobran a los argentinos que quieren entrar. Estás en mi país, esto es para nosotros, ¿y me querés cobrar?” Las redes de ayuda mutua entre bolivianos son mal vistas, y se denuncia que controlan el acceso a recursos. Luis, dueño de un kiosco cuenta que a una clienta boliviana, a cuyo marido golpearon estos días *“por boliviano”*, le pidió permiso para pasar. “A una señora que vende Avón en los edificios de la otra manzana no la dejaron entrar. Le dijeron que no. *Por ser boliviana*. A otra señora que trabajaba en limpieza en otro departamento acá no la dejaron pasar tampoco. Otro rumor es que algunos van a ir a los supermercados, van a esperar que vayan a comprar los bolivianos, que van con las tarjetas esas que les dan. Y que a la salida les van a manotear las compras” (Página 12 del 13-12-2010). Cuando habla de las tarjetas se refiere a un programa social de 50\$ mensuales (aproximadamente 15 dólares) para comprar alimentos perecederos en supermercados habilitados. Contra los bolivianos, sus cuerpos y sus vidas es donde la mayor violencia, discriminación y racismo se ejerce. El paraguayo Diosnel Pérez, dirigente de la Villa 20 que estuvo entre los negociadores del retiro de las personas del parque dice “hay gente diciendo muchas cosas, *hay mucho odio contra los bolivianos*. Siempre fue así. Pero hay que cambiar eso” (Página 12 del 13-12-2010). La representación de la vagancia unida a los planes sociales aparece junto al racismo. Frente a un santuario, el cura Franco Punturo explica a una vecina que trata de “va-

<sup>23</sup> “No queremos quedarnos en el club” por Carlos Rodríguez, Página 12, 16 de diciembre de 2010.

gos” a los ocupantes, que el reclamo es justo “usted dice que sus hijos estudiaron y trabajan, pero no todos tienen las mismas posibilidades. Falta educación, salud, alimentos, viviendas. ¿No ve la marginación que hay? ¿O usted no se levanta a la 5 para conseguir un turno en el hospital?”, mientras la mujer meneaba la cabeza e insistía en que la gente prefiere los planes sociales a trabajar. El cura la mira mal y ella al final le da la razón” (Página 12, 9-12-2010).

Los relatos que fuimos recuperando refieren a las tomas como un modo legítimo de acceso al suelo urbano fundadas, en una trayectoria trunca (como la de llegar a una villa, alquilar y comprar) influidas por las expectativas de ser dueño de una vivienda<sup>24</sup>, pero también por otros condicionamientos “civilizatorios”. Esto fue claro cuando Ana (boliviana) relató la visita de un pediatra a su casa. Ella dijo que el médico le insistió en la necesidad de que los chicos duerman en camas separadas y en un cuarto diferente al de ellos. Ana lo cuenta con pesar, habla de la privacidad, de la intimidad y de que le gustaría que la próxima vez que vaya la asistente social pueda estar durmiendo en cuartos separados. Ellos vieron en el Indoamericano la posibilidad de llegar a la vivienda propia. Dejó a sus hijos con su hermana, y estuvo “aguantando” bajo una precaria construcción hecha con cañas y bolsas de plástico toda la semana. Para Ana, la toma es presentada como una cuestión de imposibilidad de acceder al suelo urbano vía el mercado: tanto de vivienda como de trabajo<sup>25</sup>. Pero también está la cuestión “moral” que se suma a ello: la necesidad de vivir dignamente bajo los cánones del buen habitar. Una historia similar relata Juana, también boliviana. Ella es trabajadora de una feria de ropa informal. Tanto Ana como Juana cuentan las “necesidades” que pasaron durante la toma y los días posteriores a ella. La falta de agua, el miedo al desalojo, la presencia de medios de comunicación que inquisitivamente preguntaban y luego “pu-

<sup>24</sup> Sobre el crecimiento de las villas y el precio del suelo ver Cravino (2011).

<sup>25</sup> A diferencia de lo que muchas veces se supone (que la vivienda es un bien que *debe adquirirse en el mercado* como una cuestión puramente individual) los sectores populares raramente acceden a ella por estos medios por falta de renta. Para De Virgilio (2004: 211) “Las familias de menores ingresos no recurren a los clasificados para alquilar una pieza en un inquilinato, ni para acceder a una casita o a un terreno en una villa de emergencia o en un asentamiento; tampoco recurren a una inmobiliaria”. En cambio usan las redes sociales, a través de un mercado informal de tierra y vivienda (Craviano, 2006) que no sólo se basa en los constreñimientos del mercado formal, sino en las trayectorias residenciales de las personas que hacen que ciertas opciones de acceso a la vivienda sean vistas como posibles, mientras que otras están por fuera de lo imaginable.

blicaban cualquier cosa”, la falta de dinero por no poder trabajar (ambas recuerdan que aquella fue una de las navidades más tristes de su vida porque no tenían dinero para comprar comida y regalos para el festejo). Esta misma idea surgía de lo que contaba Maxi, quien alquila una casa en la villa y se queja de que mensualmente una suma importante se pierda. Su sueño es poder tener una vivienda propia, poder edificar y tener una casa para su familia. Fue por ello que vio en el Indoamericano esa posibilidad. Estos relatos, en la etnografía realizada, se repetían en habitantes de distintas villas de la zona y personas con diferentes trayectorias migratorias. Salteños, tucumanos, entrerrianos, correntinos, bonaerenses, porteños, peruanos, bolivianos, paraguayos.

En las entrevistas realizadas con los tomadores del parque, aparecía la diferencia entre un “tomador legítimo” y un “tomador ilegítimo”. Los tomadores también se ven como víctimas de los procesos de imposibilidad de acceso al suelo (y a la ciudad). Este tipo de valoraciones morales del tomador son abordadas también por Auyero refiriéndose a los “saqueos” ocurridos durante diciembre de 2001 en el Conurbano Bonaerense y a los modos en que los “vecinos-transformados-en-saqueadores” buscaban justificar sus acciones. Sostiene que “la mayoría de los saqueadores procuraron erigir y defender la imagen del *saqueador honrado o virtuoso*, un saqueador justo, sin culpa, sin pecado que se ajusta a los dictados de la ley moral” (2007: 53). La categoría de saqueador virtuoso se construía en función del derecho de alimentar a sus familias y de la necesidad. En los entrevistados, dice el autor, se podía apreciar una “dicotomía moral” entre “buen saqueo *versus* mal saqueo” (definido como robo) (2007: 57), una cosa era el saqueo de comida y otra “el robo de electrodomésticos”. Mientras la primera acción estaría enmarcada en el ámbito de la necesidad, la segunda escaparía a ella. Interesa al presente artículo resaltar que para los entrevistados existen elementos legítimos a ser “saqueados” mientras otros son vistos como robo, en el caso de las tomas de vivienda los tomadores legítimos son los que realmente no tienen vivienda.

#### **LAS TOMAS EN SALTA, EL EFECTO INDOAMERICANO. SUS DISCURSOS: LO QUE DEVELAN, LO QUE SILENCIAN**

En el caso de Salta –una de las provincias “mestizas” del norte de la Argentina que “acunó” a “cabecitas negras”, “coyas” y también “bolitas”, en suma, tierra del “indio interior”–, la modalidad de ocupación a través

de los llamados *asentamientos* en tierras fiscales, privadas o de uso público, cuya característica dominante generalmente es el estado de descuido y abandono en que se encuentran, es muy relevante. Según los registros de Sbrocco (2000), entre 1987 y 1997 hubo cuarenta y tres asentamientos en la ciudad. Estas prácticas fueron acompañadas con rezago por políticas provinciales o municipales de regularización de tierras urbanas y de relocalización, y atravesadas por disputas político-partidarias<sup>26</sup>.

Lo anterior nos permite afirmar que la persistente y dolorosa ocupación del Parque Indoamericano, particularmente por la muerte-asesinato de tres ocupantes y su extrema mediatización a nivel nacional, no inaugura esta modalidad, pero sí parece disparar la ocupación simultánea de muchas tomas en un breve período de tiempo en diferentes puntos de la provincia. Estas son sistemáticamente cubiertas por la prensa local, a partir de que el tema se convierte en acontecimiento mediático, como efecto de la toma del Parque. A la hipervisibilización de la que son objeto, se suma en Salta la coincidencia con un período pre-electoral que predispone para este tipo de prácticas, en el marco de las contiendas políticas, y que “obliga” a la gestión de gobierno<sup>27</sup>, a agilizar las entregas y a los opositores a visibilizar y apoyar las demandas, lo que indirectamente hace más factible la búsqueda de solución. La secuencia de las últimas tomas, que se pudo detectar a partir de registros periodísticos, permite identificar entre los meses de enero y abril de 2011 catorce ocupaciones de tierras en la provincia. Cinco en la ciudad capital, dos de las cuales fueron muy numerosas y persistentes y, aunque sus ocupantes fueron desalojados, permanecieron y aún permanecen con más de ochenta carpas instaladas en las inmediaciones del centro cívico<sup>28</sup>. Se registraron además varias ocupaciones en localidades del interior de la provincia, cuatro en la ciudad de Orán, las que fueron desalojadas inmediatamente; una muy nu-

<sup>26</sup> En la actualidad es la “Secretaría de Tierra y Habitat” el organismo responsable.

<sup>27</sup> En esta provincia actualmente gobierna el peronismo encabezado por el Gobernador Juan Manuel Urtubey que, si bien adhiere a la corriente kirchnerista a nivel nacional, presenta marcadas diferencias en temas vinculados a políticas que suponen un proceso de avance en términos de disminución de las desigualdades sociales y de género.

<sup>28</sup> El centro cívico se encuentra en un barrio ocupado por sectores de clase media y alta pero en cuyas inmediaciones se instalaron varios asentamientos en los últimos quince años. Al momento de cerrar este artículo, 6 meses después, un grupo de familias de Sol del Oeste se mantienen instaladas en carpas frente a la legislatura provincial a la espera de una solución.

merosa en Campo Santo con más de 300 familias, que terminó desalojada violentamente, luego hubo negociaciones y la Secretaría de Tierra y Habitat de la provincia entregó certificaciones para la adjudicación de terrenos en otro lugar. Finalmente otras cuatro tomas aún más numerosas en la localidad de Colonia Santa Rosa. Los desalojos fueron frenados por el gobierno municipal y se entregaron 720 certificados para adjudicación de lotes. Como puede verse, si bien los ocupantes “ganaron” visibilidad y promesa de lotes, sin embargo los desalojos es la estrategia primera y más frecuente frente a las ocupaciones.

Nos proponemos seguidamente prestar atención, a partir del análisis de artículos periodísticos y otros difundidos en internet, a los diferentes modos en que estos acontecimientos son interpretados, expresados y nombrados por una diversidad de actores que toman la palabra, solicitada por los medios, que conforman, con diferentes grados de proximidad, parte de la trama de los mismos, en Salta. Es un ejercicio que sirve para indagar las diversas formas en que la desigualdad, vinculada a la inferiorización del otro, se expresa, se dice, se cuele en relación a las prácticas socialmente aceptadas o condenadas de ocupación del espacio urbano. Ponemos el acento en las tensiones que pueden leerse en los diferentes discursos en juego que connotan los modos de construir los vínculos de proximidad y distancia, los juicios morales que afloran en el tratamiento del nosotros y de los otros y su relación con las transacciones económicas.

Uno de los asuntos que surge con persistencia en los discursos mediáticos, de técnicos y funcionarios y que se escucha en “la calle” es que las tomas están movilizadas por punteros políticos (categoría nativa para referirse a los intermediarios entre las organizaciones barriales y las estructuras partidarias) en épocas preelectorales. Esta lectura las coloca en el campo de las disputas de poder político partidarias, entendiéndolas como una herramienta para la obtención de adhesiones clientelares. Otro, que también es reiterado, se presenta como develando prácticas especulativas de “enriquecimiento ilícito” de muchos ocupantes que están por detrás y que serían el verdadero móvil de los asentamientos. De este modo se sitúa a las tomas en el campo de las transacciones económicas ilegítimas y a los tomadores como actores delictivos.

Más allá de la participación de punteros políticos<sup>29</sup> y de aquellos que especulan con la situación, que de hecho son parte de los actores que

<sup>29</sup> Denominación utilizada en Argentina para referirse a líderes o representantes barriales mediadores entre el gobierno y los vecinos. Con frecuencia adopta una connotación negativa ligada a prácticas clientelares.

conforman la complejidad de esta y otras muchas tramas sociales, este doble movimiento discursivo produce una serie de efectos. Invisibiliza el problema de fondo que se mueve en el campo de la necesidad y desplaza el foco de atención de una cuestión social persistente que expresa formas muy acentuadas de desigualdad y de explotación. Desconoce que la ocupación del espacio urbano con la modalidad de asentamientos, en sus variados matices, es y ha sido una de las formas habituales por parte de aquellos sectores sociales privados del derecho a su lugar en las ciudades. Asentamientos que han estado acompañados por políticas erráticas o poco eficientes, diseñadas más para evitar las tomas que interpelan la lógica de la propiedad privada como principio burgués supremo y que podría poner en discusión la privatización del espacio urbano, que obliga a los gobiernos municipales a seguirlas como vagón de cola con la provisión de algún tipo de infraestructura, que genera problemas “visuales” y “estéticos” para muchos que, además, se sienten amenazados.

Este efecto se agudiza y agrava cuando el diagnóstico de los acontecimientos lo realizan quienes detentan la palabra autorizada y están instituidos para hacerlo. En el caso que nos ocupa el Coordinador General de Tierras y Bienes Patrimoniales de la Provincia<sup>30</sup> Sergio Usandivaras, fue la voz oficial que respondió la mayor parte de las consultas y entrevistas, con un discurso reiterativo, en el que se identifican fácilmente las cuestiones señaladas. La culpabilización de los afectados, que cae sobre la gran mayoría de los asentados a través de las siguientes estrategias interpretativas discursivas: minimizar la necesidad y maximizar la valoración de las tomas como prácticas delincuenciales y de enriquecimiento ilícito, asociando a algunos de los ocupantes con delitos comunes y atando las ocupaciones a las internas partidarias pre-electorales cubriéndolas, de esta forma, con un manto generalizado de sospecha. Sin embargo, mientras se culpabiliza a los actores y se deslegitima esta práctica, se devela uno de los objetivos no dichos de la política de adjudicación de tierras que lleva adelante el gobierno, la de utilizarla como una herramienta para “poner un límite a la permanente ocupación de tierras” y evitar lo que se considera la “favelización”<sup>31</sup> de la ciudad en relación con este tipo de prácticas, al mismo tiempo que se atienden las demandas sociales para usarlas con intereses partidistas.

<sup>30</sup> Organismo creado en 2009 y que coordinará las actividades de las Subsecretarías de Tierra y Hábitat, Tierras Fiscales y Bienes Patrimoniales.

<sup>31</sup> Según dichos del Coordinador de Tierra y Hábitat en una entrevista años atrás.

Son discursos que buscan fragmentar el campo y generar un efecto invertido al rescatar a los “pocos merecedores” del beneficio estatal a la adjudicación de un lote, familias abrumadas por la necesidad, de los muchos que reclaman se dice “inmerecidamente e ilegalmente” la atención del Estado. La inconsistencia de este discurso se evidencia a partir de la propia información que ofrecen a los medios. Mientras por una parte reiteran que sólo el 30% de los “intrusos” necesita lo que reclama (Nuevo Diario, 15-02-2011), o que “sólo 7 de 200 ocupantes ilegales” están en condiciones de ser adjudicatarios de lotes (Nuevo Diario, 03-04-2011), por otra informan que se entregaron 250 certificaciones en Campo Santo, 520 en Colonia Santa Rosa (Nuevo Diario, 03-03-2011) y que hay 4.500 familias registradas en el organismo a la espera de que se les adjudique un lote (Nuevo Diario, 07-05-2011).

Silenciar sus voces, sin embargo, no implica necesariamente, como puede verse, callarlos ni inmovilizarlos. Las tomas son ejercicios de desestabilización y, en parte, puesta en cuestión del orden social dominante, aunque con frecuencia utilicen recursos propios de la lógica dominante que, como tal, naturaliza lo arbitrario y establece la distinción entre lo socialmente considerado legítimo e ilegítimo. La siguiente cita refleja la complejidad de esta naturalización: “soy mamá de Nahuel (14), Ivan (11), Bautista (5), orgullosa de hacerme escuchar y de hacerme golpear por pedir una vivienda en Campo Santo mi pueblo natal, para ellos, para mis hijos, hermosos niños con promedios excelentes en la escuela, sin desnutrición alguna en ninguna etapa de sus vidas hasta el día de hoy” (Radio Salta, 15-08-2011). Esta sentida alocución está transmitiendo varias cosas. El reclamo por un derecho pero un derecho socialmente condicionado a su “cualidad humana”, de persona responsable, y lo demuestra a través del recurso del “merecimiento”. Ella se merece la vivienda digna que le niegan porque integra el grupo de aquellos que cumplen con el mandato social de lo que una “buena madre” de sectores populares asistidos, por diferentes instituciones estatales, debe cumplir. El hecho de asumir el discurso especializado de los agentes del sistema de salud y educativo que, con frecuencia los señala como personalmente responsables del hambre, de la desnutrición y de los “problemas de aprendizaje” de sus hijos. El derecho pierde su carácter de universal y se aplica a aquellos moralmente merecedores.

Según los casos varían los argumentos presentados y que operan como mandatos morales diferenciales que justifican la legitimidad del reclamo. Varios ocupantes de la localidad de Colonia Santa Rosa, a diferencia del caso anterior, enfatizan su calidad de personas responsables que

están en condiciones de hacer frente al pago del lote a partir de su condición de trabajadores: “La solución pasa por la entrega de los terrenos y el compromiso de que nos construyan las viviendas, que lógicamente las vamos a pagar porque todos los que estamos aquí somos gente de trabajo” (El Tribuno 11-02-2011). Otros en cambio, recurren a criterios de necesidad como las condiciones de hacinamiento en que viven compartiendo tres generaciones la vivienda de los padres.

En este proceso, se van entretrejiendo tramas que se complejizan, en las que el juego de proximidad y distancia, los límites y las fronteras adquieren relevancia. Cada uno expone desde diferentes posiciones los criterios que dignifican su reclamo, dan sentido a las tomas a la par que se construyen parámetros que pueden operar como criterios de distinción de unos y de otros con diferentes grados de legitimidad. Mientras la condición de buena madre, la pertenencia al lugar, el trabajo o la necesidad acreditan la cualidad de personas o familias pertenecientes a un nosotros moralmente confiable, otros registros marcan distancia, por un lado con ciertas prácticas de aquellos que consideran separados de la necesidad, que aprovechan las circunstancias para beneficiarse y hacer negocio, lugar en que, en algunos casos colocan a los bolivianos. En Campo Santo, por ejemplo, expresa una vecina: “tenemos un avasallamiento, digamos, de la población ciudadana porque generalmente es asentamiento boliviano (...) Y en esta toma de terrenos hubo infiltrados, gente de Bolivia (...) Sí, si no faltan los oportunistas, que no son de acá, que son bolivianos... (entrevistada en el lugar). La distancia y la estigmatización está colocada en este caso en los bolivianos, aunque en otras entrevistas los otros son también paraguayos y peruanos. El lugar de enunciación a partir del derecho que entienden les da el ser nativos, expresa una forma de racismo que excluye a los otros, los que “vienen de fuera”, “los que no trabajan”. La figura del “avivado” parece simbolizar a aquellos que se entiende cruzan la línea del límite moral. Las distinciones más visibles entre los que merecen y los inapropiados se establecen entonces entre los que están dentro, los nacidos en el lugar y los que están fuera, los otros, los bolivianos. Sin embargo, este juego de proximidades y distancias es ambiguo, el movimiento de señalar, de “sacar fuera” a algunos también expresa la búsqueda de tomar distancia del discurso oficial que transforma la categoría de “avivados” en amplia e inclusiva, en la que caen todos, o casi todos.

En relación con lo anterior, queremos retomar la otra cuestión enunciada que tiene que ver con la particular manera en que se cuele el tratamiento de las transacciones económicas, las que son legitimadas y las que no, cómo se las vincula con la esfera de la moralidad y cómo es negociada

esta relación. Relativo a este asunto, es oportuno tener en cuenta el planteo de Zelizer (2009) quien procura develar el malentendido respecto al conflicto de esferas entre actividades económicas e íntimas. Lo que esta autora muestra es la estrecha interdependencia que existe en el cotidiano de las personas entre transacciones económicas y relaciones de intimidad<sup>32</sup>, y cómo las distintas clases de intimidad establecen diferentes límites y mandatos morales, entre lo apropiado e inapropiado, lo que se expresa en prácticas y modos de nombrar particulares. Son los protagonistas los que combinan el tipo de pago correcto con la correspondiente transacción social, pero en el marco de relaciones sociales dominantes. Las relaciones son continuamente negociadas.

Este vínculo, tanto desde el sentido común dominante como en el análisis de una amplia bibliografía académica, tiende a escindirse como si se tratara de esferas irreconciliables y cuyo contacto trajera aparejado contaminación moral. La interpretación más frecuente, aunque no la única, planteada por Zelizer es la teoría de las esferas separadas-mundos hostiles, que establece una brecha infranqueable entre la esfera de la vida doméstica/privada, los sentimientos y la solidaridad, y la esfera de la racionalidad instrumental, de los cálculos y la eficiencia. Esta distinción opera tanto a nivel conceptual como en el ámbito del deber ser, activado en la vida cotidiana.

En los espacios que analizamos es interesante observar cómo esta teoría se aplica a rajatabla y con marcadas connotaciones morales. Para tener alguna chance de éxito y para que los reclamos sean reconocidos como legítimos por la “sociedad” y por los representantes del Estado con competencia para actuar, seleccionar y decidir, es necesario que todo lo que caiga bajo la mínima sospecha de interés económico deba ser apartado. A pesar de que se trata de luchas en las cuales se está demandando concretamente el acceso a un bien material, con valor económico. En el imaginario dominante, el espacio de la pobreza, el de los más “necesitados” –en términos de trabajo y de las protecciones que este acarrea, de recursos económicos y materiales–, está separado de la esfera de las transacciones económicas. Es el espacio para el ejercicio de la caridad, la asistencia estatal, en tanto lo “merezcan” por ser “buenos pobres” y se espera

<sup>32</sup> Incluye entre las primeras un amplio abanico de interacciones sociales que implican el consumo, la producción y la distribución de bienes y servicios como el ámbito doméstico, relaciones de pareja, relaciones intergeneracionales, de amistad, por ejemplo.

de ellos que establezcan sus relaciones a través de la solidaridad. Que suplan con solidaridad la ausencia de recursos materiales. Esto se expresa en el diferente formato de las políticas habitacionales y en general en las políticas focalizadas de lucha “contra la pobreza” a lo largo de las últimas décadas, según quiénes sean sus destinatarios. Las clases medias, que pudieron y pueden acceder a un trabajo estable, continuo y en blanco son las que están en condiciones de ser adjudicatarias de viviendas de “interés social”, fuertemente subsidiadas (Aguilar, 1994). Los más pobres, desocupados o sin trabajo estable no tienen por lo tanto posibilidad de garantizar el pago de una cuota mensual, debían y deben apelar a la cualidad que se les adjudica, la *solidaridad de la reciprocidad comunitaria*, que en realidad es uno de los pocos recursos con que cuentan, de allí todos los programas de vivienda de autoconstrucción que se sostienen en este recurso.

Cuando los sectores medios venden o subalquilan viviendas sociales no recae sobre ellos el calificativo de especuladores, a partir del supuesto de que son trabajadores, que accedieron a la vivienda con el fruto de su trabajo, pudieron hacer frente al adelanto solicitado. La construcción de la cadena de equivalencias que se pone en marcha sería la siguiente: porque trabajan (desconociendo las redes sociales que les facilita el conseguir ciertos trabajos) pueden pagar la cuota (no lo reciben de arriba, no es vista como dádiva o asistencia), la disponibilidad de dinero para pagar les da derecho y ese derecho les permite vender lo que es suyo. Como contraparte la cadena equivalencial de los pobres, se construye de la siguiente manera: no trabajan (porque son vagos), no pueden hacer frente a la cuota de la vivienda o lote (si la reciben es de arriba, es dádiva), no están habilitados a realizar transacciones económicas, por lo tanto no pueden ingresarla al mercado. Si lo hacen son “avivados” o “especuladores”, no necesitan la vivienda, por eso la venden. En los casos extremos caen en la categoría de delincuentes fuera de la ley. Lo que está por detrás de estas construcciones es la existencia de fuertes redes de seguridad estatal (y social) naturalizadas (Sennett, 2009) como el acceso a obra social como trabajadores en blanco, la posibilidad de estudio en universidades públicas, los contactos que les abre las puertas a determinados trabajos, todo lo cual les permite posicionarse donde están, sin que se las reconozca como tales. A partir de esas representaciones es que se “juzga” negativamente a los otros, *asistidos* y *beneficiados* por el Estado.

Sin embargo, cada espacio relacional genera negociadamente sus reglas para clasificar lo lícito e ilícito, lo apropiado o inapropiado. Esa negociación puede modificarse e incluir a otros. Las tomas pueden ser un ejemplo. En síntesis, lo que está por detrás es la suposición de que los

pobres están más obligados a ser “moralmente correctos”. La búsqueda de beneficios económicos a partir de sus prácticas no es compatible con la solidaridad, “virtud” que se les atribuye, asigna y exige. En este caso las esferas señaladas deben funcionar de manera automática y satisfactoria ya que su contacto trae aparejado contaminación moral.

### **REFLEXIONES FINALES: ¿ES LA VIVIENDA DIGNA UN DERECHO EN LA ARGENTINA?**

La toma del Parque Indoamericano no ha sido una excepción en tanto modo de acceso al suelo urbano. El objetivo de este artículo se centró en el análisis de los discursos que se manifestaron durante el proceso, así como en los “efectos” que tuvo en tanto acontecimiento para vincular sobre todo el acontecimiento y sus consecuencias con las maneras en que se manifiesta la desigualdad urbana, la criminalización, descalificación moral y el racismo de los pobres sin tierra. A partir de un análisis histórico que se ata a la construcción geopolítica de la nación, la inveterada construcción de la inferioridad neocolonial de las poblaciones mestizas y provenientes del “interior”, sobre todo de las provincias del norte pudimos ver las percepciones sobre el indio interior, discursos discriminadores soterrados pero fuertemente sedimentados en el imaginario de gran parte de la población argentina en general, y porteña en particular, que se activaron en el acontecimiento.

Tanto en la toma del Indoamericano como en las de Salta, no sólo la cuestión del indio aparece en el centro de la escena. También surge con fuerza el modo en que los “derechos” –si bien aparentemente universales– se particularizan. Algunos grupos se muestran, porque así se sienten (Elías, 2000), como moralmente superiores para residir en las ciudades. En estos procesos se devela la desigualdad, que no sólo se basa en cuestiones económicas sino también en creencias acerca de las jerarquías sociales, los rangos de desigualdad, la moralidad y prácticas racistas.

Las tomas, como el caso de Buenos Aires y de Salta que estudiamos, adquirieron una visibilización y una centralidad en la arena pública que no habían tenido en estos últimos tiempos. El hecho de que los procesos de criminalización, estigmatización y deshumanización al villero pobre o tomador así como el racismo con el indio exterior: el boliviano, esté fuertemente presente no sólo en la ciudad blanca sino también en Salta, muestra que la desigualdad urbana en la Argentina no es sólo un proble-

ma económico vinculado a la creciente concentración de la riqueza, a la gentrificación y la especulación inmobiliaria descontrolada, o la carencia de titularidades del derecho a una vivienda digna. Se observa que está basada en profundas estructuras de creencias de larga data, en las que se fundamenta y argumenta la desigualdad y el rango de las jerarquías socio étnicas consideradas “naturales”. Estos valores marcan las fronteras de aquellos que son merecedores o no de una vida o vivienda digna o de acceso a un derecho formal. Estos habitus clasistas y neocoloniales que justifican la violencia de los dispositivos de gobierno sobre el cuerpo de los pobres en la vida cotidiana, se refuerzan y exacerbaban en acontecimientos como los estudiados, y se justifican naturalizando la represión y la muerte si es necesario, según los casos.

Así, retomando a Das (1995), es posible decir que la toma y el desalojo del parque son eventos críticos, que han producido quiebres y dan cuenta de las rupturas ocurridas en las prácticas políticas, a partir de un grupo confrontando con el Estado, cuando se constituyen en actores políticos en una *sociedad política* en términos de Chatterjee (2008)<sup>33</sup>. En estos eventos, es posible que se configuren estos grupos o comunidades como “víctimas” pero, al mismo tiempo, como actores políticos y que, finalmente, en la negociación y la lucha se produzca un reconocimiento parcial del Estado de las demandas de suelo y vivienda. El abordaje de estos casos posibilita ir más allá de los propios fenómenos y de su singularidad, dando cuenta de procesos socio históricos más complejos sin los cuales es difícil explicar los posicionamientos que se activan. Los eventos críticos permiten, como advierte Das (2007), dar cuenta de eventos que estaban profundamente arraigados, como tentáculos de la vida cotidiana y que emergen en estos momentos.

La palabra instituida por el poder de la autoridad, en sentido similar a lo que Vena Das (1995) plantea, en relación a los discursos y prácticas especializadas, tiende a expropiar la experiencia de la víctima, a acallar sus

<sup>33</sup> Esta idea es retomada para pensar que son grupos (no ya de ciudadanos como se entiende desde el liberalismo clásico) con intereses particulares que consiguen actuar políticamente para demandar al Estado, no ya buscando subvertir el orden (dejar de ser dominados) sino conseguir mejoras mínimas, a lo que refiere como la política de los gobernados. Haciendo operativa la categoría para el caso del primer peronismo, Acha (2004: 201) utilizó la idea de sociedad política para referirse a un grupo compuesto por instituciones e individuos que tienen la vocación de participar o influir en la vocación del Estado o de subvertir la sociedad y el Estado. Esta definición permitirá pensar, para el caso argentino las articulaciones que existen en este tipo de tramas.

voces y sustituirlas por la autoridad que les confiere el supuesto conocimiento sobre el tema. Es esa exclusividad “la que convierte a las víctimas en cuerpos colonizados por el poder soberano del Estado; y que –cuando hay intereses poderosos de por medio– reproduce la cosmología de los poderosos y facilita la defensa de sus intereses. En esos momentos, los discursos especializados enmascaran los mecanismos sociales por medio de los cuales la producción de la violencia deviene un medio para legitimar el orden social” (Das citado por Ortega, 2008: 38) y clausura la posibilidad, en este caso de los asentados, de hacerse un lugar con dignidad en la ciudad al señalarlos como delincuentes, estafadores, responsables por los perjuicios que ocasionan, negándoles un trato como ser humano integral. La necesidad de las familias afectadas “es evocada de tal manera que las transforma en simuladores, litigantes irresponsables” y fraudulentos como plantea Das (1995) en relación a la tragedia de Bhopal<sup>34</sup>.

Para el caso de Buenos Aires el imaginario/sensación de invasión referido a lo “indio”, subsumido en diversas categorías, el villero, el “negro del interior”, ya se había producido a mediados del siglo XX con las denominadas migraciones internas del “interior”, que se reflejaron en motes como el cabecita negra. El acontecimiento visibiliza y activa este viejo racismo indio en su versión interior y exterior, y pone en cuestión el mito de la Argentina blanca y europeizante que cada tanto devela lo mestizo/indio soterrado.

Por otra parte, en el análisis del caso se puede observar que el acontecimiento pone en juego distintas valoraciones de la dignidad en relación con los derechos a una “vivienda digna” que la constitución estipula. Al existir una visión dominante racista que le deniega esta posibilidad a los pobres en general y a los “indignos”, los “tomadores” racializados e inhumanizados, un sector de la opinión pública, organizaciones territoriales, de derechos humanos y políticas develan las contradicciones del derecho universal y presionan para que se cumpla, aunque sea en el contexto de la comunidad política a lo Chatterje, es decir atendiendo a una demanda puntual localizada.

La contradicción entre la propiedad privada y pública y el derecho constitucional a una vivienda digna se pone a la luz continuamente. En

<sup>34</sup> Desastre producido en 1984 por la fuga de componentes tóxicos en una fábrica de pesticidas, propiedad de una empresa norteamericana, debido a deficientes controles de seguridad, que produjo la muerte de más de 20.000 personas y miles de damnificados.

las tomas y en el acontecimiento que aquí estudiamos, el argumento más fuerte de parte de los sectores más conservadores fue que la toma es ilegal y como tal debía ser reprimida, que era una cuestión penal no social, por lo que atentaba contra la ley, el orden público, que si se accedía a la demanda en cualquier momento se podrían empezar a tomar “las casas” de las propias personas. Posición de los funcionarios de la ciudad de Buenos Aires y también del ex presidente Duhalde. La jueza Liberatori que ordenó “pacificar” en oposición a este argumento, consideró que la situación que se vivía en Soldati “no es una ocupación de territorio”, no es una cuestión ilegal que pueda ser considerada como un delito penal, sino “algo más trascendente: es pedir una vivienda digna”, “todo lo que sucedió tiene que ver con las tremendas necesidades” de los ocupantes<sup>35</sup>. Consideró que no hay ilegalidad sino una falta de derechos y que por tanto el Estado debe asegurar los llamados derechos económicos, sociales y culturales (DESC)<sup>36</sup>. Luego de los acuerdos se decide hacer un censo y se realiza un cerco policial prohibiendo entrar al predio, sólo podían salir aquellos que ya habían sido censados y que poseían una pulsera que los identificaba.

Al existir la contradicción entre el derecho universal constitucional y la omisión de políticas estatales, los acuerdos del conflicto estuvieron fuertemente judicializados: jueces que dan la orden de desocupar, de separar a los policías implicados en la muerte, de perimetrar, jueces que intermedian entre políticos y poblaciones y ordenan “pacificar” y negociar (Página 12, 9-12-2010), una jueza visita el predio para constatar si se cumple lo acordado y sancionado. Un detalle sintomático de la judicialización es que las deliberaciones primeras para la “pacificación” se realizaron en la sede de la

<sup>35</sup> En esta línea de reflexión se encuentran algunos autores como Gargarella que indaga sobre *el derecho a resistir el derecho* en situaciones de pobreza extrema concebida como situaciones de violencia, abuso e injusticias. Introduce la idea de que la pobreza extrema genera situaciones de alienación legal debido a que viola principios elementales del derecho de las personas (Gargarella, 2005). Sugiere que los afectados no tienen muchas razones para obedecer un orden jurídico y político que produce tales violaciones.

<sup>36</sup> El defensor general porteño, Kestelboim, presentó una medida de no innovar reclamando “se articulen instancias de diálogo entre el gobierno porteño y los habitantes que tengan como eje central la resolución de la cada vez *más grave problemática de la falta de vivienda de la ciudad*”, también pidió que “se arbitren las medidas dispuestas por los propios protocolos de actuación del ministerio público y *que se exija al gobierno de la ciudad que se garanticen los derechos económicos y sociales de las personas involucradas* como paso previo indispensable a cualquier medida policial” (Página 12, 9-12-2010).

asociación de abogados de Buenos Aires. El defensor general solicitó que “se exija al gobierno de la ciudad que se *garanticen los derechos económicos y sociales* de las personas involucradas como paso previo indispensable a cualquier medida policial”, que “se articulen instancias de diálogo y negociación entre el gobierno de la ciudad y los habitantes que eviten más peligro para vidas humanas y que tengan como eje central la resolución de la cada vez más grave *problemática de la falta de vivienda*”<sup>37</sup>.

En el análisis vinculado a las cuestiones morales que se ponen en juego y la división arbitraria entre la esfera de lo íntimo y la económica, consideradas para el caso de Salta, se observa cómo las argumentaciones de ciertos funcionarios sobre los “merecedores” de viviendas estatales condicionan ese derecho a cierto tipo de pobres, no así en el caso de los sectores medios. De la supuesta tajante división entre la esfera económica y la intimidad, anclada en las creencias que fundamentan la otredad radical contra el pobre en general, se desprende lo que los unos y los otros están “moralmente habilitados” a hacer con el “bien”, sea éste vivienda o terreno adjudicado. Dado que se trata de un bien que rápidamente adquiere valor de mercado, dependiendo del tipo de programa, se establecen o no requisitos para la posterior compra-venta. Así, social y moralmente se habilitan de diferente manera las posibles transacciones económicas para unos y otros, siendo unas legítimas y merecidas y las otras ilegítimas, ilegales e inmerecidas. La venta y transferencia de viviendas financiadas por el Estado es frecuente, y la incorporación al mercado es más rápida entre los programas destinados a clases medias<sup>38</sup>. Práctica que a muchos les ha permitido un ahorro previo para luego poder acceder a una vivienda por encargo o mejor localizada.

Entonces, ante la no existencia de políticas de vivienda o de su escasez para los pobres, que atiendan la demanda creciente y que garanticen el derecho constitucional, se circunscribe el derecho universal abstracto al merecimiento “moral” y no a la condición de ciudadanía, por lo que en caso de acceder a una vivienda se debe acreditar esa “moralidad”, dispositivo propio de las políticas asistenciales o de los derechos de “segunda”, llamados de pobres. Estas políticas no se institucionalizan en derechos con garantías, por ello, su acceso, al no ser una titularidad debe ser negociado continuamente en la lucha por hacerse un lugar en la ciudad, siendo “las tomas” el epifenómeno más paradigmático.

<sup>37</sup> Vecinos y funcionarios porteños, ante la justicia.

<sup>38</sup> En el caso de Salta, por ejemplo, el Barrio Gral. Belgrano.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Acha, Omar (2004), "Sociedad civil y sociedad política durante el primer peronismo". *Desarrollo económico* Vol. 44, No. 174: 199-230.
- Aguilar, María Angela (1994), *Efectos redistributivos de las políticas habitacionales por sectores sociales*. Tesis de Maestría IUPERJ, Río de Janeiro (mimeo).
- Álvarez Leguizamón, Sonia (2010), "Representaciones e intervenciones sobre la pobreza en Salta (segunda mitad del siglo XX)" en Álvarez Leguizamón (comp.) *Poder y salteñidad: Saberes, políticas y representaciones sociales*. Salta: Centro Promocional de Investigaciones en Historia y Antropología CEPIHA, <http://es.scribd.com/doc/49202930/poder-y-saltenidad-saberes-politicas-y-representaciones-sociales-2011>.
- Álvarez Leguizamón, Sonia (2008), *Pobreza y desarrollo en América Latina*. Salta: EUNSA, Universidad Nacional de Salta. <http://es.scribd.com/doc/49029917/Pobreza-y-Desarrollo-en-America-Latina>.
- Álvarez Leguizamón, Sonia (2004), "La pobreza, configuraciones sociales, relaciones de tutela y dispositivos de intervención, (Salta primer mitad del siglo XX)". En Susana Rodríguez y Sonia Álvarez Leguizamón. *Abordajes y Perspectivas*, Salta, Concurso Provincial de Ensayo 2003, Ministerio de Educación de la Provincia de Salta. <http://es.scribd.com/doc/49032294/La-Pobreza-Configuraciones-Sociales-relaciones-de-tutela-y-dispositivos-de-intervencion-Salta-primera-mitad-del-siglo-XX>
- Auyero, Javier (2007), "La moralidad de la violencia popular: el caso de los saqueos populares de diciembre de 2001" en Alejandro Isla (comp.) *En los márgenes de la ley. Inseguridad y violencia en el cono sur*. Buenos Aires: Paidós, pp. 47-68.
- Chatterjee, Partha (2008), *La nación en tiempo heterogéneo*. Buenos Aires: CLACSO-Siglo XXI.
- Cosacov, Natalia; Mariano Perelman; Julia Ramos y Florencia Rodríguez (2011a), "De 'la Quema' al parque: Notas sobre las políticas urbanas en la dictadura y la producción de pequeños consensos cotidianos en la Ciudad de Buenos Aires (1976-1983)" en *Cuadernos del CISH. Sociohistórica* 29/30 (en prensa).
- Cosacov, Natalia; Mariano Perelman; Julia Ramos y Florencia Rodríguez (2011a), "Villa Soldati" en *Barrios al sur: Villa Lugano, Villa Riachuelo, Mataderos, Parque Patricios y Villa Soldati a través del tiempo*. (Documentos de Trabajo, N° 56). IIGG-FSOC, UBA, Buenos Aires, pp. 70-83. Disponible en <http://www.iigg.sociales.uba.ar/Publicaciones/DT/dt56.pdf>
- Cutolo, Vicente (1998), *Historia de los Barrios de Buenos Aires*. Bs. As: Elche, 2 v.

- Das, Veena (1995), *Critical Events: An Anthropological Perspective on Contemporary India*. New Delhi: Oxford University Press.
- de la Torre, Lidia (1983), "La ciudad residual". En Romero, José Luis y Luis Alberto Romero (dir.) *Buenos Aires, historia de cuatro siglos*. Tomo 2. Buenos Aires: Abril, pp. 287-298.
- Escobar, Arturo (1998), *La invención del Tercer mundo. Construcción y deconstrucción del desarrollo*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Gargarella, Roberto (2005), *El derecho a la protesta. El primer derecho*. Buenos Aires: Departamento de Publicaciones UBA y Editorial Ad-Hoc.
- Gorelik, Adrian (1998), *La grilla y el parque*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Grimson, Alejandro (2006), "Nuevas xenofobias, nuevas políticas étnicas en la Argentina" en Grimson, Alejandro y Jelin, Elizabeth (comps.) *Migraciones regionales hacia la Argentina. Diferencia, desigualdad y derechos*. Buenos Aires: Prometeo.
- Grimson, Alejandro (1997), Relatos de la diferencia y la igualdad. Los bolivianos en Buenos Aires, *Nueva Sociedad* Nro. 147.
- Lacarrieu, Mónica (2005), "Nuevas políticas de lugares: recorridos y fronteras entre la utopía y la crisis" en Max Welch Guerra (ed.) *Buenos Aires a la deriva*. Buenos Aires: Biblos, pp. 363-395.
- Lacarrieu, M. y Pallini, V. (2007), *Buenos Aires imaginada*. Buenos Aires: Convenio Andrés Bello - Secretaría de Cultura del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Laguado Duca, Arturo (2009), *La construcción de la cuestión social durante el desarrollismo post-peronista en Argentina (1958-1972)*, Primer Volumen, Tesis doctoral en Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Liernur, Jorge F. (2000), "La construcción de un país urbano" en Mirta Lobato (Dir.) *Nueva Historia Argentina. El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*. Tomo V. Buenos Aires: Sudamericana, pp. 409-463.
- Murillo, Susana (2002), "La cuestión social en Buenos Aires. La condición trágica de los sujetos" en Susana Murillo (coord.) *Sujetos a la incertidumbre. Transformaciones sociales y construcción de subjetividad en la Buenos Aires actual*. Buenos Aires: Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini, pp. 29-92.
- Murmis, Miguel y Portantiero, Juan Carlos (1972), "Crecimiento industrial y alianza de clases en la Argentina, 1930-40". *Estudios sobre los orígenes del peronismo*, Vol. 1. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Ortega, F. (editor - 2008), *Veena Das: Sujetos del dolor, agentes de dignidad*, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana y Universidad Nacional de Colombia.

- Oszlak, Oscar (1991), *Merecer la ciudad. Los pobres y el derecho al Espacio Urbano*. Buenos Aires: CEDES-HUMANITAS.
- Perelman, Mariano (2010), "Memórias de la Quema. O cirujeo em Buenos Aires trinta anos depois" en *Mana. Estudos de Antropologia Social* N° 16 (2): 375-399.
- Perelman, Mariano (2011), *El cirujeo en la ciudad de Buenos Aires. Etnografía de la supervivencia*. Tesis doctoral. FFyLL-UBA.
- Prignano, Ángel (1991), *El Bajo Flores. Un barrio de Buenos Aires*. Buenos Aires: Junta de Estudios Históricos de Flores.
- Romero, José Luis (1987), *Las ideas en la argentina del siglo XX*. Buenos Aires: Biblioteca Actual.
- Rivera Cusicanqui, Silvia (2004), "Indígenas y mujeres en Bolivia" en RIMA "Red Informativa de Mujeres de Argentina", extraído de *Revista Aportes Andinos*, Octubre <http://agendadelasmujeres.com.ar/notadesplegada.php?id=782>
- Sabarots, Horacio R. (2002), "La construcción de estereotipos en base a inmigrantes "legales" e "ilegales" en *Intersecciones en Antropología* 3. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=179514526008>
- Sarmiento, Domingo F. (1967 [1845]), *Facundo*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Sbrocco, María Eugenia (2000), "Asentamientos: entre la estrategia y la gestión. Salta, 1997" en Mario Rabey y Omar Jeréz (comp.) *Procesos de Urbanización en Argentina: la mirada antropológica*. Jujuy: UNJu.
- Sennet, Richard (2009), *El respeto. Sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad*. Barcelona: Anagrama.
- Suriano, Juan (2000), "Introducción" en Juan Suriano (comp.), *La cuestión social en Argentina 1870-1943*. Buenos Aires: La colmena, pp. 1-28.
- Svampa, Maristella (1994), *El dilema argentino. Civilización o barbarie*. Buenos Aires: El cielo por asalto.
- Zelizer, Viviana (2009), *La negociación de la intimidad*. Buenos Aires: FCE.



## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	5
Diversidad de reformas en América Latina .....	5
Bibliografía .....	15

### PRIMERA PARTE

#### **REFORMAS SOCIALES E INSTITUCIONES PÚBLICAS**

EL PAPEL DE LOS NUEVOS MINISTERIOS SOCIALES EN LA REGIÓN .....	21
<i>Carmen Midaglia - Marcelo Castillo - Guillermo Fuentes</i>	
1. Introducción .....	21
2. Las Políticas de Combate a la Pobreza y los mecanismos institucionales utilizados en América Latina .....	23
3. Los Ministerios Sociales .....	27
3.1. El Ministerio de Desarrollo Social argentino .....	30
3.2. El MIDEPLAN (MIDES) de Chile .....	37
3.3. El MIDES Uruguayo .....	45
4. Conclusiones .....	52
5. Bibliografía .....	55

### SEGUNDA PARTE

#### **REFORMAS SOCIALES Y SALUD**

LA REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA: LOS CASOS DE LAS REFORMAS DE TEMPRANAS, INTERMEDIAS Y DE TERCERA GENERACIÓN EN MÉXICO Y CHILE .....	61
<i>Carlos E. Barba Solano</i>	
Introducción .....	61

I. Los patrones tradicionales de los sistemas de salud en América Latina: fragmentación e inequidad .....	65
II. Tipos de sistemas de salud en América Latina .....	66
III. Trayectorias de las reformas durante los años ochenta y noventa .....	69
IV. El estado actual de las reformas a los sistemas de salud en América Latina .....	72
V. Tipos y paradigmas de las reformas de salud en América Latina .....	73
VI. Contextos políticos y actores principales en las reformas .....	75
VII. Impacto de las reformas .....	76
VIII. Las reformas en México y Chile .....	77
Los sistemas de salud en Chile y en México .....	77
Las reformas tempranas e intermedias de los sistemas de salud chileno y mexicano .....	79
Las reformas de tercera generación en México y Chile .....	82
Palabras finales en relación a la comparación entre el Seguro Popular y AUGE .....	92
Bibliografía .....	92
 SERVICIOS DE SALUD, UNIVERSALISMO Y DESIGUALDAD EN CENTROAMÉRICA: TERCOS LEGADOS E INCIPIENTES TRANSFORMACIONES .....	97
<i>Juliana Martínez Franzoni</i>	
Grados de desmercantilización: arquitectura institucional de los servicios de salud .....	99
En Centroamérica hay tres arquitecturas .....	99
La arquitectura en salud se correlaciona con el perfil socioeconómico de la población .....	100
La importancia relativa de cada pilar depende de los ingresos de las personas .....	101
La segmentación no es sólo socioeconómica sino también familiar .....	101

Grados de desmercantilización: arquitectura efectiva .....	102
Entre 2000 y 2006 en todos los países la inversión global en salud ha aumentado (Cuadro 2) .....	102
Casi todos los países han experimentado un aumento de la prioridad pública otorgada al gasto público por habitante .....	104
Casi todos los países han experimentado un aumento considerable del gasto privado en salud .....	104
La arquitectura de los sistemas de dos de los seis países podría estar cambiando .....	106
Alcances de la desmercantilización: el acceso a los servicios .....	108
Las transferencias monetarias condicionadas han promovido una expansión no estimada de los servicios de la salud pública .....	110
El mercado y la sociedad civil parecen amortiguar el débil papel del Estado de manera desigual entre países .....	110
La seguridad social tiene alta cobertura en países con régimen estatal, no así informal .....	112
La cobertura ha aumentado más para la población económicamente activa que para la población en general .....	113
El diseño de los seguros importa: la obligatoriedad hace una diferencia .....	113
Alcances de la desmercantilización: equidad entre grupos sociales y económicos .....	115
Las mujeres están aseguradas en mayor proporción que los hombres .....	116
El aseguramiento es de sectores medios y medios altos .....	117
La cobertura aumenta sistemáticamente con el nivel educativo .....	118
En una región altamente rural el aseguramiento es principalmente urbano .....	118
El aseguramiento es principalmente de asalariados/as del sector público .....	119

Alcances de la desmercantilización: la suficiencia de las prestaciones .....	119
Los países se distinguen según las prestaciones, sean focalizadas o universales, pero también si son selectivas o comprensivas .....	121
Cuando mayor la segmentación, menor el acceso a los servicios más complejos .....	121
En Centroamérica, casi la mitad de los partos carecen de apoyo especializado (Cuadro 8) .....	122
Cuanto mayor la segmentación, mayor la desigualdad de las prestaciones .....	124
Se carece de datos comparativos que permitan conocer la oportunidad y la calidad de los servicios .....	124
Síntesis de hallazgos .....	126
Retos .....	126
Bibliografía .....	130
POSIBILIDADES Y RESTRICCIONES DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS: EL CASO DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO .....	135
<i>Laura Golbert</i>	
Los cambios posteriores a la crisis del 2001 .....	136
Los avances en el campo de la Seguridad Social .....	139
Las políticas de salud .....	141
El sistema de salud .....	142
Los nuevos programas de salud .....	143
Las inequidades en el sector salud .....	147
Los intentos de reforma en el campo de la salud .....	151
Reflexiones finales .....	155
Bibliografía .....	157
SEGMENTACIÓN Y ESTRATIFICACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO: ACTORES Y RAÍCES HISTÓRICAS .....	159
<i>Enrique Valencia Lomelí</i>	

Regímenes de bienestar en América Latina y segmentación de las instituciones de salud .....	159
Profundización de la segmentación en las reformas recientes al sistema de salud en México .....	171
Raigambre histórica del sistema de salud segmentado y jerarquizado en México .....	177
Actores en las reformas recientes al sistema de salud en México .....	181
Bibliografía .....	190

## TERCERA PARTE

**REFORMAS SOCIALES,  
DESIGUALDAD Y POBREZA**

DESIGUALDAD URBANA, POBREZA Y RACISMO: LAS RECIENTES TOMAS DE TIERRA EN ARGENTINA .....	195
<i>Sonia Alvarez Leguizamón - María Angela Aguilar - Mariano D. Perelman</i>	
Introducción .....	195
Antecedentes del racismo indio: Buenos Aires, la ciudad blanca .....	199
El caso del Parque Indoamericano, del basural al verde .....	204
Las transformaciones neoliberales y el contexto del acontecimiento: la cuestión del indio vista como una renovada “invasión silenciosa” .....	206
La <i>toma</i> del parque .....	209
Las <i>tomas</i> en Salta, el efecto Indoamericano, sus discursos: lo que develan, lo que silencian .....	216
Reflexiones finales: ¿es la vivienda digna un derecho en la Argentina? .....	224
Bibliografía .....	229