

## Capítulo II

# Modelos de desarrollo, matriz del Estado social y herramientas de las políticas sociales latinoamericanas

*Fernando Filgueira*<sup>1</sup>

## Introducción

América Latina está experimentando una vigorosa transformación de sus políticas sociales, sobre todo las de protección social. En cierto sentido puede afirmarse que, después de la etapa sustitutiva de importaciones, esta es la primera vez en la historia de la región que se busca, por diversos caminos y con variado instrumental, la construcción de un modelo de ciudadanía social (Cecchini, Filgueira y Robles, 2014).

Esa búsqueda de ciudadanía social se refleja en el aumento de la inversión social, el incremento de la cobertura en materia de transferencias monetarias tanto para adultos mayores como para familias con hijos, la ampliación de las diversas formas de cobertura en la seguridad social y la salud, e importantes avances en cuanto a cobertura y servicios en el ámbito educativo. También se suman a ese esfuerzo nuevas regulaciones y normas relativas al empleo y al mercado laboral, así como la creciente presencia de políticas activas de empleo. El tono de la época es, en efecto, expansivo,

---

<sup>1</sup> Fernando Filgueira es Subsecretario del Ministerio de Educación y Cultura del Uruguay y ha sido consultor de la División de Desarrollo Social de la CEPAL.

en contraste con las dinámicas de retracción que caracterizaron a los años ochenta e inicios de los años noventa. El tono de la época también escapa al modelo que caracterizó la etapa de sustitución de importaciones, con su énfasis en las formas de aseguramiento contributivo, dependiente del empleo formal y orientado a proteger al hombre jefe de hogar, e indirectamente a la familia nuclear, como arquetipo de la familia de la era industrial y de la modernización social. En la etapa actual se insiste en los componentes no contributivos y en la ampliación de la cobertura y rango de riesgos cubiertos por el Estado, incorporando en sus servicios tradicionales (educación y salud) conceptos relativos al cuidado y el apoyo a las familias en sus etapas reproductivas (Cecchini, Filgueira y Robles, 2014).

En este capítulo se procura situar en su contexto histórico, político y social las nuevas herramientas de las políticas de protección social en la región. Vistas de forma aislada, parecen constituir simples artificios, un menú de opciones sin aparente vínculo con los modos de desarrollo y cambio social, los modelos y modalidades de desarrollo económico y los requisitos y mecanismos de legitimación y competencia política. Sin embargo, está claro que las diferentes formas que asumió la política de protección social en la región y sus herramientas no se encuentran disociadas de las dinámicas económicas, sociales y políticas de cada etapa (Filgueira, 2007). Ello no implica una causalidad directa y determinista, pero sí se detectan líneas de conexión, afinidades electivas, entre los modelos y las herramientas que la región desplegó en materia de políticas de protección social y los contextos y cambios en la economía, sociedad y política. Si esto se aplicaba en el pasado, también se aplica en el presente. Los ajustes no son perfectos, la causalidad no es determinista, pero en el marco de la actual ola de cambios en la región, se entienden mejor, en sus potencialidades y límites, cuando se los vincula a las condiciones socioeconómicas y políticas de esta nueva era.

Pueden distinguirse en América Latina tres grandes etapas de sus modelos de Estado social, que se vinculan claramente a tres etapas del desarrollo latinoamericano: el Estado social minimalista del período exportador primario, el Estado social de base contributiva durante el modelo de sustitución de importaciones (MSI) y el giro al Estado social refractario y la incorporación del mercado en los asuntos sociales propio de la era del Consenso de Washington. Por último, en la actualidad se está desarrollando un cuarto momento del Estado social. Es un momento expansivo que combina criterios de necesidad, contribución y ciudadanía, y se imbrica con un modelo abierto y de orientación exportadora, pero con participación renovada del Estado.

Después de una breve reflexión conceptual y metodológica, conviene adentrarse en los modelos de política social y la forma en que se vinculan a las dimensiones económicas, políticas y sociales de su época.

Ante todo, es preciso acotar el objetivo de este capítulo. El propósito es establecer conexiones de sentido entre, por un lado, los modos de acumulación económica, la estructura social y las formas de organización y dinámicas políticas y, por otro, cuatro características clave de los Estados sociales o de la acción social del Estado: i) su alcance en términos de riesgos cubiertos y servicios proporcionados; ii) su población elegible o beneficiarios del sistema; iii) sus modos de servicio, y iv) sus formas de financiamiento. Se considerarán cuatro áreas típicas de la acción social del Estado: i) los sistemas de aseguramiento o protección en renta y salud; ii) los sistemas educativos; iii) las acciones directas de transferencia de ingresos, y iv) los modos y herramientas para regular el mercado laboral.

## **A. Paradigmas y herramientas: bases estructurales, políticas y técnicas de las políticas sociales**

Las políticas públicas en general y las políticas sociales en particular van cambiando a lo largo de la historia y de los países a partir de tres grandes vectores: i) variables estructurales<sup>2</sup> (económicas, demográficas y sociales); ii) variables políticas (sistemas políticos, coaliciones distributivas, grupos de poder), y iii) variables técnicas o, si se quiere, de capacidades y contenidos tecnoburocráticos (capacidad administrativa, sistemas de información, modelos de gestión, paradigmas de política pública y paradigmas disciplinarios de las ciencias sociales)<sup>3</sup>. En definitiva, los contenidos de dichas políticas vienen dados por los “imperativos” de la realidad, el poder y los intereses de los actores decisionales, así como el conocimiento legitimado y la capacidad técnica que en un momento dado poseen los decisores y aparatos del Estado.

Las explicaciones estructuralistas y funcionalistas de los cambios ocurridos en las políticas públicas provienen fundamentalmente de la literatura económica y sociológica, con un gran sesgo determinista. Así, la expansión de los sistemas de seguridad social se imbrica con el envejecimiento poblacional y las necesidades económicas de regulación del mercado laboral; la expansión de la educación pública, con los requerimientos económicos de la modernización e industrialización y los modernos sistemas sanitarios, y sus cambios, con temas vinculados a la urbanización y la transición epidemiológica de la población. Si bien estas explicaciones se utilizan sobre todo para entender el surgimiento de las políticas sociales

<sup>2</sup> Uno de los trabajos más ambiciosos en este sentido, explícitamente sobre el tema de la política social, puede verse en Peter Flora (1981), basado en una argumentación de gran sesgo funcionalista.

<sup>3</sup> Hugh Hecló (1974) y Peter Hall (1993) han desarrollado análisis que demuestran la importancia de las ideas y las capacidades técnicas de los Estados para determinar cambios de las políticas públicas. La importancia del conocimiento y de la definición de lo viable y posible en un momento dado se sintetiza en el argumento de Hecló (1974, págs. 305-306) de que los gobiernos no solo ejercen el poder sino que causan perplejidad colectiva, y en los conceptos de Hall sobre los paradigmas de política pública.

modernas, también se han utilizado para comprender sus cambios más recientes. Por ejemplo, diversos autores describen el giro hacia el mercado y las alternativas privadas que ha tenido lugar en la región como resultado inevitable de la apertura comercial y la nueva orientación exportadora de sus economías. Esas explicaciones poseen el mérito de vincular los cambios estructurales económicos, demográficos y sociales a los grandes cambios de las políticas sociales. Los diversos sistemas de aseguramiento social, así como la provisión de servicios y bienes públicos, responden en buena medida a requerimientos de las estructuras sociales y económicas. La educación, la salud y los sistemas de seguridad social surgen efectivamente a partir de necesidades estructurales (competitividad, orden, control de enfermedades infecto-contagiosas, envejecimiento, cambios en los arreglos familiares). Más recientemente, la aparición de nuevas políticas sociales, como la expansión de la cobertura educativa hacia las edades más tempranas y la discusión sobre los sistemas de cuidado de niños y adultos mayores, responde en buena medida al impacto de la incorporación de la mujer en el mercado laboral, el aumento de la población envejecida y su longevidad y el cambio en los arreglos familiares. Sin embargo, esas explicaciones no pueden llevarse al extremo. La enorme variabilidad de los tiempos de respuestas ante desafíos estructurales similares y las variaciones en las formas de servicio, cobertura y financiamiento de las políticas sociales indican que las claves políticas son tan necesarias como las técnicas y burocráticas para entender cabalmente el cambio y los instrumentos que asumen hegemonía en las políticas sociales.

## **B. Las políticas sociales del modelo liberal-exportador: sanidad y educación como vectores centrales y germen del Estado social**

Después de las guerras de independencia y del complejo período de consolidación de los emergentes Estados nacionales, la región (con variantes en su estabilidad y alcance) da inicio a un período de paz relativa y de vigorosa incorporación a la economía global mediante un modelo exportador de materias primas e importador de bienes de consumo terminados y bienes de capital. Esa etapa de América Latina, que abarca aproximadamente de 1870-1880 a 1930, se ha denominado “oligárquico-exportadora” o “liberal-exportadora”. Si durante los años anteriores no era posible hablar de políticas sociales, esta etapa ya presenta novedades que pueden catalogarse como tales.

Hasta mediados del siglo XIX, la cuestión social se remitía estrictamente a un problema de control y filantropía, siendo los actores centrales en el primer caso el Estado y su aparato armado (o sus caudillos locales) y, en el segundo, la iglesia y las sociedades de caridad. Si de acción social del Estado se puede hablar, se ha restringido a la expropiación de tierras pertenecientes

a indígenas y a los pobres rurales, al control coercitivo de la población rural desplazada y al mantenimiento del orden en los emergentes centros urbanos. En esa etapa, ni la salud, ni la educación, ni las diversas formas de aseguramiento social se hacen presentes con continuidad ni alcance significativo a nivel nacional.

Entre 1870 e inicios del siglo XX, en especial en los países que habían logrado una buena inserción en la economía global, se empiezan a producir tres novedades significativas en la política social: i) expansión educativa laica y de base estatal; ii) autoridades sanitarias que suplantán la acción eclesiástica y de caridad, y iii) primeros sistemas de aseguramiento laboral y previsional que alcanzan predominantemente a los funcionarios civiles y militares de los Estados, y aparatos administrativos en expansión.

En ninguno de los tres casos es plausible catalogar esos esfuerzos como respuestas ante presiones sociales significativas (Cavarozzi, 1978; Collier y Collier, 1991) o ante dinámicas electorales competitivas (Carmagnani, 1984). Las primeras acciones del Estado en materia social se inscriben en un modelo de desarrollo para el que son funcionales, y se derivan de posiciones y conflictos sobre los mejores instrumentos que, en esencia, son debates circunscritos a las elites<sup>4</sup>. Por su parte, la cuestión social a que apunta la expansión del sistema sanitario y la educación está más orientada a la disciplina y al orden que a la redistribución. De cierto modo, la acción social sanitaria del Estado y la educación se basan en el alivio de la pobreza espiritual y material de las masas. Los primeros aseguramientos en materia previsional y laboral no se plantean frente a una cuestión social o laboral, ni desde una perspectiva general de derechos ciudadanos, sino que son parte de la expansión de privilegios a sectores medios altos que forman parte del aparato estatal.

Entre 1910 y 1930, estos factores se intensifican en los países pioneros y dan inicio en países que emprendieron más tardíamente sus procesos de modernización. El fin de los formatos políticos más restrictivos de los regímenes oligárquicos en países como la Argentina y el Uruguay (mediante la ampliación de la competencia electoral en 1912 y 1917, respectivamente) o en México con procesos revolucionarios, sumado al peso incremental de los trabajadores de ciertos sectores clave, como la producción de infraestructura (ferrocarriles, carreteras) o las industrias agrícolas y exportadoras (minería, frigoríficos) y de parte de las capas medias en contextos urbanos, da un impulso más decidido a esas transformaciones. En este período de desafío al modelo oligárquico surge con claridad la llamada "cuestión social" y se hace presente la movilización obrera y de ciertos sectores urbanos medios, a pesar de no ser factores decisivos en los procesos de adopción de decisiones (Collier y Collier, 1991).

---

<sup>4</sup> En esos debates de las elites regionales la influencia del modelo bismarckiano de la seguridad social dejará una marca indeleble en los modelos de protección social.

¿Cuáles son las herramientas centrales de estos ejes de actuación social del Estado oligárquico y liberal (1870-1930), sobre todo aquellas que maduran en sus etapas finales (1910-1930)?

En materia educativa, la acción del Estado es fundamental y el modelo se apoya en dos postulados clave: ampliación de servicios desde la oferta en educación primaria y creciente obligatoriedad de la asistencia como mecanismo de mantenimiento de la disciplina y formación básica de capital humano. El financiamiento depende predominantemente de las rentas generales del Estado. El modelo de servicio es homogéneo, orientado a las formas fundamentales de alfabetización y disciplina, y la organización del servicio pretende ser altamente centralizada, aunque un mayor detalle empírico muestra una importante participación de los poderes locales y de la sociedad civil en el esfuerzo y desarrollo de esa primer trama de prestaciones sociales masivas. Resulta evidente el propósito de esa primera etapa de ampliación del rol del Estado en materia social: construcción de Estado-nación, disciplina e integración de la población migrante rural y la población inmigrante al mercado laboral (Newland, 1991). La otra función de la instrucción pública remite directamente a la construcción de Estado y su enfrentamiento a sus enemigos o aliados naturales: la iglesia y los poderes locales. La educación pública penetra y limita el poder de la iglesia y el de los caudillos locales, y genera un concepto de patria y república que ataca los particularismos regionales y el poder eclesiástico. Para las arcas del Estado, el costo de este esfuerzo no es menor, aunque el modelo se expande respetando los límites fiscales de un Estado esencialmente no participante y con baja carga tributaria. Por ello la expansión de la educación primaria, aun en los países pioneros, no supera el 30% de la población en edad escolar hasta el fin del siglo XIX y se concretaría en la mayoría de los países ya bien entrado el siglo XX (Tedesco, 1970; Newland, 1991). Debe destacarse que esos avances son más robustos en los países del Río de la Plata y el Cono Sur, menguados en los países del Pacífico con la excepción de Chile y en menor medida el Perú, y casi inexistentes hasta inicios del siglo XX en Centroamérica<sup>5</sup>.

En materia sanitaria, entre 1880 e inicios del siglo XX se produce el avance de los modelos estatales de sanidad de corte higienista. Anteriormente eso modelos se encontraban vinculados a aspectos corporativos y regulatorios del emergente cuerpo colegiado de médicos, desde la lógica de la asistencia individual y puramente clínica. En esa época, las pocas acciones sanitarias no se distinguían mucho de la función de las casas de beneficencia, la caridad

---

<sup>5</sup> Los países del Cono Sur ya se encontraban superando el 70% de la matriculación en primaria a finales de los años treinta. El Brasil, Cuba, México y el Perú se acercaban a coberturas de la mitad de su población en edad escolar, mientras que los países centroamericanos no alcanzaban el 30% hasta mediados del siglo (UNESCO, 1960 y 1970).

religiosa y los hospitales, que se entendían más bien como formas de limitar los contagios mediante cuarentenas y no como instituciones de prevención, tratamiento y cura (García, 1981). El gran impulso político-administrativo de esa etapa es la creación de ministerios o autoridades centrales de higiene y sanidad. Por su parte, en materia de prestaciones y servicios, se adoptan tres medidas fundamentales en esta etapa y en los años posteriores de inicio del siglo XX: i) la aparición de una red de atención público-privada de tipo colectivo en forma de hospitales y puestos de salud; ii) las medidas sanitarias de control de enfermedades infecto-contagiosas mediante la lucha contra sus vectores y la realización de campañas de inoculación, y iii) la transformación de las ciudades mediante sistemas de saneamiento, agua potable y limpieza, y separación de los desagües pluviales y de excretas.

La necesidad de evitar los mecanismos de cuarentena y desmovilización de mercancías y población que caracterizaban a las épocas de epidemia generaron estrategias preventivas en materia de higiene e inoculación. A nivel urbano, también se amplían notablemente las obras de infraestructura de saneamiento, con las que se procura evitar focos y fuentes epidémicas. En efecto, una parte importante de las primeras acciones sanitarias de carácter higienista se orientaba al control y combate de las enfermedades contagiosas. Los orígenes de estos intereses estaban alejados de los conceptos de derechos y bienestar de la población y bastante más vinculados a temas militares y comerciales<sup>6</sup>. Entre 1880 y 1920 se da inicio a los primeros planes de vacunación (sobre todo contra la viruela) en algunas partes de la región. Las medidas centradas en dotar a las ciudades de las infraestructuras de higiene básicas que eviten las diversas formas y focos de transmisión de enfermedades contagiosas (cólera, difteria, peste bubónica, entre otras) son la forma principal en que el Estado empieza a hacerse presente en términos estratégicos y estructurales, no ya en el tema de la salud, sino en la cuestión

---

<sup>6</sup> Resulta sugerente la forma en que se dan las primeras cooperaciones internacionales en torno al tema de las enfermedades contagiosas en la Conferencia Sanitaria Panamericana de 1901 a 1902, en la que participaron 11 países de América. En virtud de la resolución final de la Conferencia se fundó la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), con los siguientes objetivos: i) urgir a cada República a transmitir pronta y regularmente a dicha Oficina toda la información relacionada con las condiciones sanitarias de sus respectivos puertos y territorios; ii) aprovechar toda oportunidad y los recursos disponibles para llevar a cabo estudios científicos cuidadosos y completos sobre cualquier brote de enfermedad contagiosa que pudiera presentarse dentro del territorio de cualquiera de las mencionadas repúblicas; iii) hacer uso de los recursos disponibles y de la experiencia acumulada para proteger de la mejor manera posible la salud pública de dichas repúblicas con el fin de eliminar toda enfermedad contagiosa y facilitar el comercio entre las repúblicas, y iv) promover, incluso con carácter obligatorio, la construcción de servicios sanitarios en los puertos marítimos, incluyendo mejoras sanitarias en los muelles, drenaje, pavimentación, eliminación de focos infecciosos en edificios, y la destrucción de mosquitos y otros insectos. También es interesante el origen de la lucha contra la fiebre amarilla y el paludismo, vinculado a las preocupaciones de las grandes compañías estadounidenses y a sus fuerzas armadas en los diferentes enfrentamientos en las regiones de Centroamérica. Así lo atestiguan los ejemplos de la lucha contra la fiebre amarilla en La Habana y Panamá.

social. De la misma manera que el impulso educativo del Estado es parte del germen del Estado social moderno en la región, su otro pilar es la alianza entre salubrista o higienista y urbanista.

Datan de esa época los inicios de las prestaciones hospitalarias y clínicas colectivas, con el surgimiento de los primeros hospitales públicos y la articulación y regulación de los hospitales y centros de atención médica y de desamparados propios de las redes de beneficencia con el Estado nacional y subnacional. En países pioneros, como la Argentina entre 1880 y 1920, se crean más de 60 centros hospitalarios y puestos de salud que incluyen entre sus prestaciones la atención al parto, las cirugías, las intervenciones terapéuticas y las de cuarentena.

Dos elementos contribuyen a los avances sanitarios y sociales: las innovaciones y descubrimiento científicos y tecnológicos en materia de sanidad y salud (especialmente los aportes de Pasteur, que estableció el origen microbiológico de muchas enfermedades, lo que permitió la transición del modelo salubrista o higienista policial a un modelo más social) y la alianza entre los Estados y las burguesías locales enfrentadas al poder de la iglesia y su cuasi monopolio anterior sobre las cuestiones sociales y sanitarias. Nuevamente, la geografía de estos cambios tiene como pioneros a los países del Cono Sur, áreas importantes del Brasil y, como seguidores cercanos, los países del Pacífico, y tardíos los de Centroamérica.

Los inicios de la seguridad social, en particular los sistemas de retiro, invalidez, pensiones y accidentes de trabajo, surgen ya en esa etapa, aunque no lo hacen como sistema general, sino como seguros específicos firmemente vinculados al propio Estado y a su proceso de construcción. Los militares, los funcionarios públicos, y más adelante los maestros, son los primeros en acceder a formas de retiro con administración estatal. Hacia finales del siglo XIX esas tres categorías se encontraban cubiertas en los países pioneros (Mesa Lago, 1978). Su régimen de financiamiento inicial fue mediante rentas generales, pero hacia inicios del siglo XX fue pasando a modelos contributivos de ahorro y hacia finales de esta etapa, al modelo de reparto intergeneracional. Los trabajadores privados no se incorporan en forma masiva a este tipo de seguros, aun en los países pioneros, hasta bien entrado el siglo XX. La primera etapa del seguro social carece por tanto del concepto de derecho general, y es más un privilegio de los estamentos estatales que un principio de protección basado en la regulación y los derechos laborales, ni en el concepto de la ciudadanía social.

La asistencia social a los pobres, las viudas, los enfermos y los desamparados se desarrolla durante el período oligárquico desde las esferas privadas de la caridad y la iglesia. La excepción se encuentra nuevamente en los avances sanitaristas de ordenamiento urbano, el mejoramiento de



las condiciones de higiene de la población y la creciente metamorfosis de los centros de reclusión y cuarentena en sistemas de tratamiento donde el Estado toma partido cada vez más en el asunto. Por otra parte, la protección ante riesgos vitales y biográficos solo se hace presente en unas pocas categorías de población vinculadas a la construcción del Estado nación que se reconocen como grupos estamentales merecedores de protección ante dichas situaciones (militares, funcionarios civiles, entre otras). En la asistencia social con respecto a la población pobre urbana y rural se combinan en esa etapa componentes represivos y de protección, abriéndose paso poco a poco modelos mixtos de ayuda mutua y participación estatal en los centros urbanos (donde se hace sentir la influencia de los inmigrantes europeos).

Las relaciones laborales de la primera etapa del régimen liberal exportador son esencialmente represivas y predomina la idea de la mínima intervención o *laissez-faire*, según la cual el Estado protege la propiedad privada y no se inmiscuye en las relaciones entre el capital y el trabajo. Su traducción sustantiva es la represión de los intentos organizacionales de la clase trabajadora, con avances modestos o nulos en materia de legislación laboral. En el segundo período de desafío al orden oligárquico se verán más avances en materia de legislación laboral, aunque solamente en las zonas urbanas: las jornadas laborales de diez horas, el domingo como día de descanso y la prohibición del trabajo infantil son algunas de las medidas más generalizadas. El reconocimiento de la legalidad o la tolerancia de la acción sindical también gana cada vez más terreno en ese período (Collier y Collier, 1991).

En el cuadro II.1 se procura sintetizar la manera en que las diferentes transformaciones y herramientas del Estado oligárquico y liberal-exportador se conformaron, definieron sus poblaciones objetivo y fueron financiadas, así como su “afinidad electiva” con los requerimientos sociales, económicos y políticos de la época.

En suma, el Estado social del período liberal-exportador no se basa en conceptos de derechos ciudadanos ni del trabajador. Lo que cambia es el tratamiento del riesgo vinculado a las poblaciones peligrosas (de puramente represivo a disciplinario y preventivo) y la comprensión con respecto a la necesidad de la presencia del Estado en la producción de ciertos bienes que antes se consideraban privados. Ahora comienzan a ser tratados como bienes públicos, dadas la externalidades en materia económica, social y de orden que genera su consumo (esencialmente, la salud y la educación). En los países pioneros del Río de la Plata, entre 1910 y 1930, estas mutaciones empiezan a asumir contornos de derechos, pero este es en rigor un proceso propio de otra etapa, que se analiza a continuación.

Cuadro II.1  
**Esquema de herramientas y funciones del liberalismo oligárquico-exportador**

Sector	Prestación	Población objetivo	Financiamiento	Función social	Función económica	Función política
Seguridad y asistencia social	Seguros de salud, enfermedad y retiro.	Militares, funcionarios estatales, maestros y en algunos casos, profesionales liberales.	En un primer momento, mediante rentas generales, luego como modalidad de ahorro y aseguramiento contributivo. Hacia finales de esta etapa, el modelo contributivo de reparto se instituye en algunas de estas cajas.	Garantías ante riesgos y privilegios para sectores estatales que dependen de su trabajo asalariado o su función laboral en el Estado.	Mecanismo regresivo de bajo costo que genera carreras laborales largas y lealtad organizacional en estamentos estatales.	Construcción del Estado y sus burocracias. Creación de una clientela de las elites oligárquicas dependientes del tesoro público y del Estado.
Derechos y regulaciones laborales	Esencialmente inexistentes, con importantes componentes represivos. En las industrias vinculadas al mundo agroexportador se producen las primeras luchas por los derechos colectivos e individuales de los trabajadores. Hacia finales de la etapa para los trabajadores de cuello blanco y, en algunos casos de industrias clave, aparecen regulaciones de horario y semana inglesa. Prohibición del trabajo infantil.	La represión se orienta primordialmente a los trabajadores rurales, los grupos indígenas y las emergentes clases trabajadoras. En los trabajadores del Estado y las profesiones liberales aparecen formatos de derechos estatales de tiempo libre y regulación de condiciones de trabajo.	Hacia finales de esta etapa aparecen las inspecciones de trabajo en los países pioneros, orientadas a regular las condiciones de trabajo financiadas mediante rentas generales y cajas y seguros contra accidentes de trabajo, financiados con el aporte de los trabajadores.	Disciplina y represión del ejército industrial de reserva y construcción de mano de obra calificada estable en ciertas ramas. Desde el punto de vista social, el modelo familiar moderno empuja a considerarse deseable, con el concomitante efecto sobre la ilegalidad del trabajo infantil. Su realización rara vez se aplica a las relaciones laborales de base agraria.	Control del costo de la mano de obra y disponibilidad de mano de obra barata ajustada al ciclo económico.	Permanencia de modelo estamental y cuasi feudal en la alianza entre Estado y oligarquía agraria. Inicio de ajustes a la presión de los nuevos sectores emergentes e industriales en los centros urbanos.

Cuadro II.1 (conclusión)

Sector	Prestación	Población objetivo	Financiamiento	Función social	Función económica	Función política
Salud	Inversiones sanitarias en el medio urbano. Consolidación de la autoridad sanitaria nacional y prestaciones colectivas de tipo hospitalario. Campañas sanitarias y de inoculación.	En las acciones de sanidad urbana, todos los sectores urbanos, así como las campañas de inoculación y control epidemiológico. Los hospitales limitan sus prestaciones a sectores medios en general y, en el caso de enfermedades contagiosas, se aplican las modalidades de cuarentena a toda la población urbana.	Financiamiento de la oferta y la infraestructura mediante rentas generales a nivel nacional y subnacional. Alianza financiera con la iglesia y las casas o estructuras de caridad privada en el caso de los centros hospitalarios.	Importante redistribución de las condiciones sanitarias, elevando el piso básico en los sectores urbanos, no así en el medio rural.	Reconocimiento de la enfermedad como mal público que no puede solucionarse por la vía del mercado. Los criterios de eficiencia lideran esta notoria expansión de la acción sanitaria y social del Estado.	Construcción del Estado y disputa con poderes eclesiásticos y privados. Disciplina del poblador urbano y aumento de la capacidad de vigilancia del Estado sobre las conductas individuales. Surgimiento del poder médico como poder estatal y rol del Estado como ingeniero social.
Educación	Escolarización primaria según el modelo centralizado a tiempo parcial, orientado a la alfabetización y la formación básica. Surgen los componentes de obligatoriedad y latitudad.	Sectores urbanos subalternos, y posteriormente sectores rurales de origen europeo. Los grupos étnicos ingresan tardíamente o no lo hacen.	Financiamiento de la oferta mediante rentas generales y, en algunos casos, aportes de la iglesia y los poderes locales.	Surge la idea de la educación como derecho, aunque con variantes. Busca generar oportunidades de modernidad para sectores subalternos.	Disciplina para el acceso al mercado laboral moderno. Reconocimiento creciente de la educación como bien público.	Construcción de ciudadanía y sentido de nación. Construcción de Estado y disputa con los poderes religiosos y locales.

**Fuente:** Elaboración propia.

## **C. Las políticas sociales del modelo de sustitución de importaciones: la ciudadanía laboral y regulada**

La crisis mundial de 1929, sumada a las presiones que una incipiente clase media y trabajadora imponía al modelo de Estado oligárquico del régimen liberal-exportador, abre las puertas en América Latina a una nueva etapa de desarrollo que se consolida paulatinamente. En ella el Estado adquiere una centralidad inédita en buena parte de los países de la región. Surge un Estado regulador, emprendedor y social, que busca al mismo tiempo promover la modernización económica y social, legitimar su acción en una sociedad de masas con nuevas clases sociales cada vez más politizadas y movilizadas, y redefinir su inserción en la economía mundial (Evans, 1995).

El Estado social que surge y se consolida en esa etapa es tributario de esa nueva función, y sus herramientas centrales tienen una gran afinidad electiva con la estructura social y económica que promueve dicho modelo.

Las cuatro novedades más importantes en materia de políticas sociales incluyen los sectores clave del período anterior, pero sus razones, naturaleza y herramientas son diferentes. Además, hacen su aparición las regulaciones y derechos laborales. La masificación y universalización de la educación primaria y el avance de la educación media y terciaria, la creación de sistemas sanitarios en que se combinan prestaciones preventivas y curativas desde la esfera pública y desde la ampliación de los seguros sociales y la consolidación y masificación (en algunos casos) de los sistemas de seguridad social de base contributiva transforman radicalmente el panorama social y estatal de la región. Por último, en materia laboral, se produce en esta etapa una importante modificación del rol del Estado, aunque los derechos individuales y colectivos que surgen a partir de dichas transformaciones alcanzan solamente a los sectores integrados en la economía moderna y en sus mercados laborales formales.

Esos Estados sociales se basan en el concepto de sociedades cada vez más industrializadas bajo el modelo fordista, urbanizadas y con estructuras familiares tradicionales de tipo nuclear y patriarcal, en las que el hombre gana el sustento y la mujer es la proveedora de cuidados y se encarga de las tareas del hogar. Por otra parte, tales configuraciones se dan en contextos de creciente presión política de los sectores medios y trabajadores en escenarios urbanos y con períodos electoralmente competitivos. El surgimiento del Estado social del modelo de sustitución de importaciones (MSI) responde a lo que se ha denominado crisis de incorporación del modelo liberal-exportador. Sin embargo, el Estado social del MSI logra avances escasos o nulos en cuanto a una de las esferas centrales de la economía de esa etapa: las elites agroexportadoras. Los sectores subalternos rurales serán las poblaciones olvidadas en materia de seguridad social y regulación laboral, y parcialmente

relegadas en materia de salud y educación. La otra parte de la sociedad que se beneficiará solo marginalmente de ese importante avance del Estado en materia social, serán los sectores informales urbanos que, por su inserción en el mercado laboral y su localización en las grandes urbes, no recibirán nada del sistema de aseguramientos y relaciones laborales y muy poco de los sistemas de sanidad y educación.

¿Cuáles son las herramientas centrales de esos ejes de actuación social del Estado durante la aplicación del MSI (entre 1930-1940 y 1970-1980)? El modelo de sustitución de importaciones articulado teóricamente en el paradigma de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y en los aportes de Raúl Prebisch, un modo particular de política “keynesiana”, sirvió de base a las políticas de desarrollo en América Latina entre 1930 y 1970-1980. En dicho modelo, el Estado asumía un papel central en el proceso de desarrollo económico y social. Apoyados en las divisas generadas por los productos primarios de exportación, los aparatos estatales financiaban el crecimiento de industrias orientadas a la producción interna por la vía de subsidios y diversas medidas proteccionistas. Asimismo, el Estado absorbía la mano de obra excedente y proveía el capital para obras básicas de infraestructura económica y social.

La educación pública primaria que ya había contado con un importante impulso durante las etapas tardías del régimen liberal exportador se masificaría en los países más atrasados y se universalizaría en los pioneros. Estos últimos asistirían también hacia finales del MSI a la masificación de la enseñanza media básica y a un importante incremento de la educación en oficios y técnica, y la media superior y terciaria.

La necesidad de seguir integrando a los migrantes rurales y los inmigrantes europeos en la economía moderna adquiere entonces otro sentido. Ya no se constituye en un dispositivo disciplinario, sino en una marca de ciudadanía económica y política. La educación en este período despliega todo su potencial (o al menos su intención) de ser clave para el desarrollo industrial moderno y de las promesas de movilidad intra- e intergeneracional que dicha modernidad traía bajos sus alas.

Las tasas de analfabetismo disminuyen de forma acelerada en la región a pesar del importante número de analfabetos heredados del período anterior y, ya hacia 1950, la cobertura de la infancia en la escuela alcanza la universalidad en algunos países (UNESCO, 1970; UNESCO, 1996).

El modo de financiamiento en ese período es fundamentalmente estatal y los modelos de servicio y gestión se homogenizan y centralizan aun más. El Estado acomete grandes desafíos en materia de recursos humanos, infraestructura y capacidades administrativas en la construcción de sistemas educativos modernos y centralizados. La formación magisterial, la definición

de planes de estudio nacionales y el desarrollo y el avance del Estado sobre los territorios rurales mediante la educación básica, son herramientas fundamentales del proceso de modernización social y económica impulsado durante la aplicación del MSI. La familia, la iglesia y las soluciones de educación personalizada o mediante el mercado de las clases altas pierden espacio en manos de un avance sustantivo del accionar estatal.

La expansión del sistema educativo es importante entre 1930 y 1950, pues en muchos países se alcanzaron coberturas masivas (cercasas al 50%) y en unos pocos (los del Cono Sur), cobertura cuasi universal. Entre 1950 y 1970 se generaliza el proceso de incorporación educativa, de modo que en todos los países de la región se obtuvieron tasas brutas de escolarización primaria superiores al 70%, y en más de la mitad, cercanas al 90% (BID, 1999). Persiste, hasta finales del período, un marcado sesgo urbano en la cobertura y, sobre todo, en la calidad de los sistemas educativos primarios<sup>7</sup>.

La educación, que sin duda era la política social con más matiz de derechos desde el período exportador primario, adquiere, ahora sí en plenitud, la condición de derecho fundamental y responsabilidad estatal. Constituye, en las mentes de los reformadores y constructores del sistema público de enseñanza, la base del contrato meritocrático de la sociedad moderna: la igualdad de condiciones o, en terminología más moderna, la igualación de oportunidades.

En materia sanitaria, el período dominado por el MSI evidencia tres procesos de reforma: el fortalecimiento de las autoridades sanitarias en las políticas masivas de atención a situaciones de riesgo (parto con personal especializado y acceso a antibióticos, sobre todo ante enfermedad infecciosas) y prevención (vacunación, extensión de la red de agua potable, reformas urbanas de corte sanitarista), la extensión de la red de hospitales y centros de atención pública y los mecanismos crecientes de aseguramiento de salud mediante la incorporación de dichas prestaciones en los sistemas de la seguridad social.

La primera de estas medidas ocurre tempranamente (e incluso con cierta anterioridad al MSI) en los países de mayor desarrollo relativo y se masifica en los países de desarrollo intermedio en la primera etapa del período comprendido entre 1930 y 1950. En los países de muy bajo desarrollo y con débil impulso en el MSI, estas medidas llegan a adquirir carácter masivo, aunque no universal, entre 1950 y 1970-1980. En cualquier caso, es importante destacar que la mayor parte de América Latina erige sistemas

---

<sup>7</sup> La educación media también presenta importantes avances durante la aplicación del MSI, especialmente en la segunda mitad de ese período (entre 1950 y 1970), pues en los países de mayor desarrollo relativo se alcanzó entre un 30% y un 50% en tasas brutas de escolarización. El sesgo urbano de la educación media es aun más marcado que en la educación primaria (BID, 1999).

nacionales de vacunación obligatoria durante la aplicación del MSI, que se amplía extraordinariamente en los años setenta, con lo que se incrementa de forma notable el acceso a medicamentos (sobre todo antibióticos) y la atención al parto por personal especializado. Estas medidas son relativamente independientes de la instalación de grandes infraestructuras y avanzan incluso en países donde la disponibilidad hospitalaria no satisface la demanda ni las necesidades poblacionales. También se constata la expansión de políticas activas urbanas para continuar con el avance en los sistemas de eliminación de excretas, saneamiento y agua potable. Con todo, se mantiene el fenómeno endémico de que las poblaciones urbanas periféricas siguen estando aisladas o sin acceso a esas mejoras estructurales. De forma paralela, en la mayor parte de los países se produce una notoria ampliación de los servicios públicos de salud, consistente en la extensión de la red hospitalaria y de policlínicas o pequeños puestos médicos.

El otro cambio estructural provino de la herramienta del seguro social. Si bien la atención de la población de menores ingresos y de buena parte de los trabajadores, incluso los empleados formales, siguió dependiendo de los sistemas públicos de salud en muchos de los países de mayor desarrollo relativo, creció de forma apreciable el sistema de seguros de salud sobre la base de contribuciones. Hasta los años cincuenta, con la excepción de la Argentina y el Uruguay, la atención de la salud era predominantemente pública y solía ser privada entre los sectores más pudientes. Los seguros médicos empiezan a crecer como parte del sistema de salud a partir de mediados del siglo XX. En 1960, los beneficios dispensados por los sistemas de seguridad social en materia de salud ya representan para un subconjunto de países una porción cercana al 0,5% del PIB y, hacia 1970, llegan a constituir casi el 1% del PIB (Tamburi, 1985)<sup>8</sup>.

El surgimiento de un sistema dual en la salud (público asistencial y de seguro social) fue y sigue siendo objeto de debates e intentos de reforma y, según muchos autores, pone en evidencia los problemas de equidad que el MSI generó entre los de “adentro” y los de “afuera” del sistema “moderno” de protección social, equiparable en este caso con la seguridad social contributiva.

El sistema de seguridad social sufre en este período su transformación fundamental. En efecto, el avance del Estado social del MSI posee sus marcas distintivas en el aumento de la población asegurada mediante planes de pensiones, invalidez y supervivencia basados en regímenes contributivos de reparto en modalidad bipartita (empleados y empleadores) y tripartita (cuando se suma el Estado). Se trataba de sistemas de solidaridad intergeneracional, orientados más bien a suavizar las curvas de consumo e ingresos a lo largo del ciclo vital que a la redistribución entre clases y estamentos laborales. Una

---

<sup>8</sup> Brasil, Argentina, Colombia, Costa Rica, Panamá, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

parte de estos sistemas de aseguramiento incluyeron la cobertura de salud con una orientación similar en materia de solidaridad: los sanos aportaban siempre y los enfermos accedían a servicios de salud. En vez de hacer que estos aseguramientos fuesen colectivos y universales (o sea, costeados por rentas generales, con modelos de tipo Beveridge), la fiscalidad de estos sistemas era de carácter vertical para categorías específicas de población y grupos estamentales y de clase.

Las condiciones económicas y demográficas favorecieron estas innovaciones, sobre todo en los países de mayor desarrollo relativo. Al inicio, la baja carga demográfica, con la consecuente relación favorable entre activos y pasivos y una importante expansión salarial de los sectores formales urbanos, hizo posible ese modelo de financiamiento a bajos costos fiscales del Estado. Estos modelos, que ofrecían cobertura a los trabajadores urbanos formales, se iniciaron en algunos países antes de los años treinta. La incorporación de los sectores formales urbanos a los sistemas de seguridad social fue gradual y estratificada, lo que proporcionó mayores y más tempranas protecciones a los trabajadores del Estado, de algunas industrias clave y de los sectores de cuello blanco. Las edades jubilatorias, las tasas de reemplazo y otros beneficios asociados al aseguramiento se ordenaron en forma bastante consecuente con el poder económico y estructural de los diferentes sectores que iban accediendo al sistema. A diferencia de sus pares europeos, estos sistemas de seguro no establecieron grandes protecciones ante el desempleo y carecían de componentes no contributivos para la población rural o los pequeños propietarios y autoempleados urbanos. Los países de urbanización más temprana y avance del mercado laboral formal alcanzaron coberturas masivas, siendo en algunos casos cercanas a la universalidad. La Argentina, Chile y el Uruguay, y más tardíamente Costa Rica y en menor medida el Brasil y México poseían, hacia los años setenta, los sistemas de seguridad social de mayor desarrollo relativo, con coberturas que oscilaban entre el 40% y el 70% de la población asalariada. En todos los casos, se superaba el 30% de la población económicamente activa. La elegibilidad se determinaba en función de los años de aporte y las edades mínimas jubilatorias y dichos regímenes eran administrados por cajas estatales o paraestatales altamente fragmentadas. En los países de menor desarrollo relativo, estos sistemas siempre daban cobertura a una proporción menor de la población y desde sus inicios presentaban subsidios regresivos aportados por la población general en beneficio de la población elegible.

Desde la perspectiva de la asistencia social, en los países más avanzados se hicieron presentes dos modalidades adicionales de carácter semicontributivo (por ejemplo, asignaciones familiares en las que se requería la afiliación para la elegibilidad, pero el aporte no determinaba el valor de la prestación) y no contributivo (por ejemplo, pensiones asistenciales por necesidad, de corte



focalizado y con elegibilidad basada en la demostración de ausencia de ingresos). A pesar de esas novedades, los sistemas de seguridad social de la región eran formas de ciudadanía laboral y regulada, en las que el derecho no se basaba ni en la necesidad, ni en formas puras de ciudadanía, sino en la adscripción laboral formal y los aportes realizados al sistema. En buena parte de los países que adoptaron el MSI existió algún tipo de políticas sociales orientadas a mejorar el acceso al consumo de bienes alimenticios básicos. En esas políticas se enmarcaban los subsidios y precios regulados de algunos bienes de la canasta básica de alimentos (pan, leche, tortilla, carne y otros). Por último, en el área materno-infantil, la entrega de alimentos a las parturientas y sus infantes fue parte de las estrategias nutricionales en muchos países durante esta etapa.

Las normas y derechos de los trabajadores formales completan la matriz de protección social del MSI. Las leyes que respaldan derechos individuales de los trabajadores urbanos y asalariados, como la legislación sobre la jornada de ocho horas, el descanso semanal, los beneficios obligatorios asociados al despido o terminación del contrato laboral, así como una serie de regulaciones salariales (sobre todo el salario mínimo) se combinan con la consolidación de sistemas de negociación colectiva entre sindicatos, empleadores y Estado. El derecho de huelga surge en muchos países durante esa etapa. El modelo se apoya en la fe de los ideales fordista y keynesiano de pleno empleo en sociedades cada vez más industrializadas. Sin embargo, en la mayor parte de América Latina estos derechos solo se aplican a una parte de la población. Al igual que en los modelos contributivos de la seguridad social, existe una tendencia marcada a la dualización entre los de adentro y los de afuera del MSI (véase el cuadro II.2).

En el MSI se produce, pues, el primer esfuerzo de construcción de ciudadanía social en América Latina. Se apoya en una ciudadanía básica en materia educativa con herramientas de corte universal y en un modelo dual en la salud, con algunos pisos básicos de corte universal, pero con sistemas de atención incompletos en la esfera pública y de menor calidad que los seguros de salud, que vienen de la mano del modelo contributivo de la seguridad social. También se apoya en una ciudadanía regulada y estratificada según la condición de trabajador formal respecto de los restantes derechos y prestaciones de la seguridad social.

Una región que, sobre la base de una decidida intervención del Estado, buscaba desarrollar la economía mediante la protección y el subsidio de la industria doméstica, crea un sistema de protección social como espejo de tal proyecto económico. La dinámica de la incorporación a dicho modelo guarda una estrecha relación con los ritmos de incorporación de la población a dos clasificaciones principales: morador urbano y trabajador formal.

Cuadro II.2  
**Esquema de herramientas y funciones del Estado social del modelo de sustitución de importaciones**

Sector	Prestación	Población objetivo	Financiamiento	Función social	Función económica	Función política
Seguridad y asistencia social	Modelo contributivo de reparto en seguridad social, extendido en forma estratificada (pensiones, invalidez, supervivencia y accidentes de trabajo). Débil implantación de transferencias no contributivas basadas en la determinación de los medios de vida o en pruebas de necesidades económicas.	Funcionarios públicos, sectores medios y trabajadores formales. Adultos mayores pobres y población urbana informal.	Nómina salarial. Financiamiento contributivo de empleadores y trabajadores, con subsidio del Estado. Rentas generales.	Redistribución intergeneracional. Aseguramiento y suavización de las curvas de consumo e ingresos.	Regulación del flujo intergeneracional en el mercado laboral. Corrección de miopía de los agentes.	Construcción de la coalición distributiva del MSI.
Derechos y regulaciones laborales	Gran ampliación de los derechos laborales colectivos e individuales a sectores medios y trabajadores formales.	Trabajadores formales y sectores medios urbanos.	Modelo contributivo o de formalidad laboral. Subsidios generales.	Respuesta a las presiones sociales. Mantenimiento del orden social.	Paz laboral, expansión de los mercados formales, industrialización.	Cooptación y respuesta a presión sindical. Construcción de la coalición distributiva del MSI.
Salud	Inversiones en infraestructura y campañas sanitarias (vacunación). Extensión de la red hospitalaria pública para prestaciones de primer y tercer nivel. Se implantan los seguros de salud por vías contributivas.	Universal. Sectores medios-urbanos, formales e informales. Sectores medios formales.	Producción estatal de la oferta mediante rentas generales. Producción estatal de la oferta mediante rentas generales. Nómina salarial. Financiamiento contributivo de empleadores y trabajadores con subsidio estatal.	Ordenamiento y salubridad urbanas, erradicación de enfermedades endémicas. Redistribución e igualación de condiciones sanitarias y acceso a la salud. Colectivización de los riesgos. Aseguramiento y suavización de las curvas de consumo e ingresos.	Producción de bienes públicos en salud. Mantenimiento de condiciones sanitarias de la mano de obra industrial. Corrección de la miopía de los agentes. Estructuración y fomento de la industria médica.	Control político y espacial de la ciudad.
Educación	Fortalecimiento centralizado de la oferta de enseñanza primaria. Ampliación de la oferta en educación media.	Universal en primaria, con avances en las zonas rurales. Predominantemente urbana como promedio.	Producción estatal de la oferta a partir de rentas generales.	Redistribución de oportunidades y apoyo a la movilidad social.	Calificaciones para la industria y los servicios urbanos. Mano de obra para la sustitución de importaciones.	Legitimación del modelo y promesa desarrollista. Continuidad de la construcción de la Legitimación de liderazgos carismáticos vinculados a proyectos nacionales y populares.

Fuente: Elaboración propia.

El sistema de seguridad social es de una naturaleza de cierto modo similar al juego de la pirámide (Malloy, 1985). En la medida en que el sistema (o cada caja o seguro) cuenta al principio con muchos aportantes y pocos beneficiarios, resulta fácil expandir beneficios y privilegios. No obstante, cuando surgen tensiones en dicha relación, existen cuatro opciones posibles: incrementar la población aportante (depende de la producción de empleo formal y de los tamaños de las nuevas cohortes), incrementar los aportes de los trabajadores activos (la tolerancia a este mecanismo es política y económica, en función de las mejoras de los salarios), disminuir los beneficios del sistema, o subsidiarlo con aportes de rentas generales.

La pérdida de dinamismo del MSI en materia de crecimiento hacia los años setenta, la maduración de los sistemas con el consiguiente incremento del número de beneficiarios, la mayor longevidad y una incipiente tendencia al envejecimiento en los países de mayor avance demográfico, así como el quebrantamiento de los requisitos de elegibilidad debido a prácticas clientelares, hicieron que hacia 1970, y sobre todo en los años ochenta, muchos de esos sistemas se encontraran en serios problemas actuariales. Se utilizaron todas las estrategias mencionadas en el párrafo anterior, con variantes en los países maduros. Con todo, el tradicional sistema de reparto estratificado y generoso que cubría a los trabajadores formales del MSI estaba llegando a su fin.

Por su parte, las rentas fiscales nunca se expandieron al ritmo necesario para financiar toda la expansión del Estado social en salud y educación. Hacia los años setenta y ochenta, los Estados que habían vaciado sus tesoros públicos y se encontraban en los límites de las posibilidades de endeudamiento y expansión monetaria para sostener estos esfuerzos darían paso al desmantelamiento parcial y el ajuste del Estado social del MSI. Además de los límites fiscales, existen razones estructurales que explican este giro del Estado social. La primera es el cambio del modelo de desarrollo que vuelve a ser aperturista y liberal, la segunda es el colapso de los regímenes democráticos, lo que permitió imponer dichos ajustes mediante modelos represivos.

#### **D. Las reformas del nuevo período liberal-exportador: mercado, descentralización y focalización**

El cambio del modelo de desarrollo, los límites de la sostenibilidad del Estado social y las fuerzas internacionales e internas fueron factores que impulsaron la reforma de las políticas sociales del MSI. El giro de liberalización económica que da inicio en los años setenta en América Latina, que también se conoce como el Consenso de Washington, propone transformar el modelo de desarrollo mediante cinco cambios centrales en materia económica: i) apertura y desregulación comercial; ii) desregulación

financiera; iii) desregulación del mercado laboral; iv) privatización de las empresas públicas, y v) nueva regulación macroeconómica y bases fiscales, con un giro hacia políticas monetarias conservadoras y una baja carga y gasto fiscal, sobre la base de impuestos indirectos. La apuesta es a dar un giro de 180 grados en el modelo económico antecedente, con un retiro marcado del Estado empresario y del Estado regulador. Si bien no formaban parte de las prescripciones explícitas del Consenso de Washington, a esas transformaciones estructurales de la economía debían sumarse cambios radicales en el Estado social del MSI.

El contenido de tal reforma debería, a los ojos de los que criticaban el modelo antiguo, contribuir a evitar los problemas e ineficiencias de las políticas sociales tradicionales de la etapa anterior. Para hacerlo, se desarrollaron ciertas características básicas de lo que debía ser el nuevo sistema de política social en los documentos de los reformadores sociales orientados al mercado: i) sistemas de aseguramiento o capitalización individual en lugar de los sistemas contributivos de reparto y solidaridad vertical en seguridad social y salud; ii) políticas sociales focalizadas en los sectores de extrema pobreza; iii) administración y toma de decisiones descentralizadas, en lugar de los modelos centralizados de servicios sociales; iv) incorporación de proveedores privados, tanto con fines de lucro como sin fines de lucro, y generación de lógicas de cuasi mercado entre estos proveedores<sup>9</sup>, y v) la transición de las políticas sociales basadas en la oferta a las políticas basadas en la demanda. Dichos cambios se producen, por otra parte, en un contexto de grandes restricciones, crisis fiscales y deuda pública, lo que implicó un primer momento de limitaciones de la inversión social.

¿Cuáles son las herramientas centrales de estos ejes de actuación social del Estado durante el nuevo modelo liberal exportador (MLE) entre los años setenta y noventa? En materia educativa es donde menos impacto tiene el cambio de modelo, al menos en lo que se refiere a los niveles de financiamiento y al principio de gratuidad del acceso a los servicios. De hecho, durante los años noventa la inversión en educación aumenta, junto con el acceso, la retención estudiantil y el egreso. El cambio fundamental en esta esfera se produce a partir de tres tendencias a veces complementarias, que avanzan con variado grado de intensidad según el país de que se trate: descentralización, financiamiento de la oferta con la participación de

---

<sup>9</sup> El financiamiento de los privados se puede producir tanto con un modelo puro de financiamiento de la demanda (*voucher*), donde lo que importa es el papel del agente individual que recibe el bono y luego lo usa, por ejemplo, para pagar el acceso a la escuela o a los servicios de salud, como con un modelo de financiamiento de la oferta (escuelas o clínicas). En este segundo caso, se pueden entregar subsidios generales por proyecto o institución, subsidios parciales para ciertos gastos —por ejemplo, salarios de profesores— o subsidios per cápita, por ejemplo, por niño/día que asiste a la escuela. Este último modelo de financiamiento de la oferta es el más similar al financiamiento de la demanda pero no es lo mismo, porque en rigor se financia y regula la institución.

proveedores privados y, en algunos casos, financiamiento de la demanda mediante sistemas de vales. De todas esas tendencias, desde un punto de vista conceptual, la descentralización es la que incluye a todas las otras que se mencionan. En efecto, durante este período se produjeron cuatro estrategias diferentes en ese sentido: i) la descentralización a unidades territoriales subnacionales (provincias, municipios); ii) la descentralización a las unidades funcionales que prestaban el servicio (centros educativos públicos); iii) la descentralización mediante el financiamiento de la oferta privada, y iv) en algunos casos, la descentralización hacia el agente individual mediante el sistema de vales.

Todo ese proceso supone descentralizar el financiamiento, la inversión y las decisiones relativas a los modelos de servicio. El grado en que cada país avanzó en cada una de esas dimensiones varió en forma significativa, y en algunos casos el impulso fue débil o inexistente. Uno de los efectos más complejos de la primera y segunda forma de descentralización fueron los problemas de inequidad territorial respecto de las capacidades fiscales y de gestión entre las distintas unidades territoriales o funcionales. En el segundo grupo de estrategias (privados y con vales), se hicieron presentes los problemas de selectividad por parte de las instituciones y de copago, lo que generó estratificaciones adicionales. Paralelamente a esos cambios se dan también algunas políticas de corte focalizado con miras a incrementar los recursos en las zonas y centros educativos más desfavorecidos.

La ampliación hacia finales de los años noventa de la matrícula, la retención y el egreso muestran que, en materia educativa, se mantiene la expansión de la oferta y la cobertura, en forma coherente con la lógica del MLE que enfatizaba la necesidad de grandes inversiones en capital humano. Lo que sí varía, en forma importante, son las modalidades de gestión y financiamiento, así como los tipos de proveedores incluidos en las políticas educativas nacionales.

En materia sanitaria, el cambio más importante responde a dos estrategias claras. Por un lado, se apuesta a la supresión o transformación de los sistemas de seguros solidarios de salud del Estado, lo que lleva al modelo a sistemas de aseguramiento individual obligatorios con proveedores privados. Por el otro, en el área de la salud pública se desarrollan algunas políticas focalizadas en la extrema pobreza, de forma de llegar a donde el sistema público no lo había hecho en materia de prestaciones básicas de salud durante la aplicación del MSI. En rigor, estas últimas acciones no se enmarcan en políticas estables, sino en proyectos o programas temporales.

El giro hacia las administradoras privadas de salud, manteniendo los aportes obligatorios de los trabajadores formales, dio lugar a una estratificación más marcada de las prestaciones ancladas en la capacidad de aporte según los salarios de cada uno. También es importante señalar que esas modalidades

generaron dos procesos adicionales de estratificación: la selectividad y los copagos. Las administradoras privadas en muchos casos no aceptaban a la población de alto riesgo (sobre todo la población envejecida), por no considerarla rentable desde una lógica actuarial, o porque exigía niveles inviables de aporte para su aseguramiento. Por otra parte, los sectores que poseían capacidad de pago adicional podían generar aseguramientos más integrales y de mejor calidad.

Con todo, en esa etapa también puede constatarse en algunos países cierto incremento del acceso a algunas prestaciones básicas de salud de los sectores históricamente olvidados por el MSI (la población rural o indígena).

En materia de seguridad social, se produce la transformación más radical de los sistemas que caracterizaban al MSI. El cambio por excelencia es el paso de modelos de seguridad social estatales de reparto a modelos totales o parciales de capitalización individual, con administradoras privadas de los fondos de pensión, invalidez y supervivencia. Entretanto, los sistemas de reparto que se encontraban desfinanciados y tensionados por la disminución de los aportantes en comparación con el número de beneficiarios, o bien fueron sustituidos del todo por sistemas de capitalización (como en el caso de Chile), o bien sufrieron reformas paramétricas y de gestión (historias laborales) que entrañaron un vínculo más estrecho entre la elegibilidad y la formalidad laboral, que de por sí era difícil de alcanzar en el contexto de la crisis del MSI y la implantación del MLE. Ello implicó una importante caída de los niveles de afiliación y de la elegibilidad de la población en los regímenes de seguridad social.

Más de una decena de países adoptaron reformas parciales o totales de sus sistemas de reparto, lo que generó una nueva matriz de protección social en la región y puso de relieve serios problemas de cobertura, incluso respecto al régimen anterior, imperfecto y estratificado, que caracterizara al MSI. Al año 2002, Mesa-Lago (2004) evaluaba las reformas en nueve de esos países y sus impactos desfavorables sobre la cobertura de la seguridad social (véase el cuadro II.3).

Un propósito central de las reformas consistía en atacar la deuda previsional del Estado (compromisos futuros por aportes) y limitar intertemporalmente su compromiso fiscal en los sistemas de reparto. En segundo lugar, se defendía otra función económica de los nuevos sistemas de capitalización: alimentar, profundizar y expandir los mercados financieros, con el fin de generar mayores flujos del ahorro a la inversión. Por último, muchas de las reformas suprimieron los aportes patronales bajo una doble consideración: o bien los trabajadores debían hacer sus propios aportes (con la consiguiente disminución de los salarios), o bien la carga se trasladaba a los costos de los productos (lo que producía inflación de los

costos domésticos en los bienes no transables y restaba competitividad a los rubros transables).

**Cuadro II.3**  
**Cobertura de la seguridad social antes y después de las reformas estructurales,**  
**estimada a partir del porcentaje de población activa que contribuye**  
**a la seguridad social**  
*(En porcentajes)*

País	Cobertura de los sistemas anteriores, estimada sobre la base de los aportes reales	Afiliación en todos los pilares después de la reforma (2002)	Cobertura en todos los pilares después de la reforma, estimada sobre la base de los aportes reales (2002)
Chile	64	111 <sup>a</sup>	58
Argentina	50	69	24
Uruguay	73	77	60
Costa Rica	53	65	48
México	37	72	30
Colombia	32	59	24
Bolivia (Estado Plurinacional de)	12	23	11
El Salvador	26	40	19
Perú	31	28	11

**Fuente:** C. Mesa-Lago, "Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social", *serie Financiamiento del Desarrollo*, N° 144 (LC/L.2090-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2004.

<sup>a</sup> La afiliación superior al 100% responde a la combinación de la seguridad social del viejo sistema y la cobertura del nuevo, pero no se traduce en garantías de cobertura futura.

Esas transformaciones, tomadas en conjunto, indican con claridad que el Estado no renuncia a un criterio central de los sistemas de seguridad social (es decir, a la obligatoriedad del aporte en las relaciones asalariadas), pero sí accede a privatizar, o descolectivizar, el manejo del riesgo individual en lo que respecta a retiro, invalidez y supervivencia.

En materia de regulaciones y derechos laborales, se producen cuatro novedades que tienden a desproteger a los trabajadores formales, que antes se consideraban sujetos de derechos individuales y colectivos: i) procesos de flexibilización legal o de facto de los modelos contractuales formales, con la concomitante pérdida de derechos laborales individuales (despido, descanso, condiciones laborales); ii) supresión o desanclaje de la protección o el resguardo salarial sobre la base de criterios de indexación (especialmente los salarios mínimos); iii) supresión de diversos formatos de negociación colectiva y de la participación estatal en dicho proceso, y iv) represión o prohibición de los derechos colectivos fundamentales en los países que tuvieron lapsos autoritarios (asociación y huelga) (véase el cuadro II.4).

Cuadro II.4  
**Esquema de herramientas y funciones del Estado social del modelo liberal exportador**

Sector	Prestación	Población objetivo	Financiamiento	Función social	Función económica	Función política
Seguridad y asistencia social	Modelos contributivos de capitalización individual en seguridad social. Implantación de transferencias no contributivas basadas en la determinación de los medios de vida o en pruebas de necesidades económicas.	Sectores medios, medios-altos y altos formales.  Población pobre y población rural.	Nómina salarial. Financiamiento contributivo y subsidio del Estado para transición de modelos.  Rentas generales.	Aseguramiento y suavización de las curvas de consumo e ingreso.  Incorporación de sectores pobres y redistribución de ingreso.	Corrección de la miopía de los agentes. Formación o fortalecimiento del mercado financiero.	Destrucción de la coalición distributiva del MSI.  Construcción de la coalición distributiva basada en el MLE. Cooptación de los sectores pobres en la coalición distributiva.
Derechos y regulaciones laborales	Gran retracción de los derechos laborales colectivos e individuales de los sectores medios y trabajadores formales.	Trabajadores formales y sectores medios.		Ataque a las bases laborales, mejores oportunidades de incorporación de sectores informales a la economía moderna.	Disminución de costos laborales.  Movilidad del factor trabajo.	Destrucción de la coalición distributiva del MSI.  Construcción de la coalición distributiva basada en el MLE.
Salud	Seguros contributivos privatizados o individualizados de salud por vía privada.  Habilitación del copago y el pago de bolsillo para prestaciones de mejor calidad e integralidad.  Ampliación de la red pública de primer nivel de atención.	Sectores medios, medios-altos y altos formales.  Sectores altos.  Población pobre y rural.	Financiamiento estatal de base contributiva de la demanda mediante la captación del aseguramiento en modalidades de prestación privada.  Rentas generales.	Aseguramiento frente a riesgos de salud ajustados a capacidad de pago.  Mejorar el acceso a acciones preventivas y tratamientos de nivel primario.	Búsqueda de mayor eficiencia y control del gasto público. Generación de cuasi mercados en salud.  Disminución de costos en atención terciaria y mejora del capital humano en la población pobre.	Legitimación del modelo mediante la elección y la cercanía entre el cliente y el usuario. Coalición con intereses médicos e industrias aseguradoras.  Políticas de contención y cooptación de sectores informales y rurales.
Educación	Descentralización de la oferta. Completar la oferta en educación primaria y media en zonas rurales y zonas urbanas pobres.	Universal. Predominantemente urbana en la educación media.	Limitaciones del financiamiento y la producción de oferta pública.  Creación de cuasi mercados con proveedores privados.	Redistribución de oportunidades y apoyo a la movilidad social.	Formación de capital humano adaptable a contextos cambiantes.  Búsqueda de mayor eficiencia del sistema mediante competencia y descentralización.	Legitimación del modelo mediante la elección y la cercanía entre el cliente y el usuario. Coalición con sectores privados de la educación.

Fuente: Elaboración propia.



La fundamentación de las dos primeras medidas se basa en la crítica al MSI, en el sentido de su impacto sobre la dualización de los mercados laborales. Según esa perspectiva, la informalidad no respondía del todo a un problema de insuficiencia dinámica, sino principalmente a distorsiones legales en el mercado laboral que no permitían el libre juego de la oferta y la demanda. La apertura comercial debía tener su contracara natural (para incidir en una asignación más eficiente de los factores) en la desregulación de dichos mercados de factores (capital y trabajo).

Factores como el retorno y la persistencia de la democracia a partir de los años noventa en la región, la ampliación de las credenciales educativas y la continuidad de los procesos de urbanización, sumados a una notoria expansión de las dinámicas de mercado y de la incorporación de la población a dichos circuitos, dieron lugar a un aumento importante de las expectativas de bienestar y movilidad social.

Ello contrastó grandemente con la persistencia de altos niveles de desigualdad y pobreza entre 1980 y finales del siglo XX. Sumado a esto, los desalentadores resultados del nuevo modelo en materia económica y el aumento de la volatilidad crearon un caldo de cultivo que abriría otra etapa para el desarrollo en América Latina. El modelo aperturista y liberal, y parte de sus reformas, no se suprimirían en su totalidad, pero el Estado vuelve a la escena como actor y socio necesario del desarrollo social y económico. Si bien persiste la orientación aperturista del modelo anterior, el papel del Estado empieza a redefinirse. Se plantea un nuevo Estado fiscal (expansionista y redistributivo), un renovado Estado regulador y propietario (transformaciones laborales, acción desarrollista, y gobernanza y propiedad de los recursos naturales) y un nuevo Estado social.

## **E. Las políticas sociales del nuevo modelo estatal-exportador: prestaciones no contributivas y expansión de la cobertura y el rango de riesgos sociales**

América Latina está realizando desde hace más de una década un sostenido esfuerzo por incrementar la cobertura de la protección social. Ello se manifiesta al menos en cinco esferas de la política social: i) jubilaciones, pensiones y otras transferencias monetarias a los adultos mayores; ii) transferencias monetarias a familias con hijos; iii) acceso a servicios y aseguramiento de salud; iv) cambios en la oferta y rangos de edad cubiertos por la educación, y v) protección al trabajador (seguro de enfermedad y seguro de desempleo, sumado a las políticas de derechos laborales, como indemnización, horas extra y licencias). En muchas de las esferas mencionadas se están redefiniendo las fronteras entre lo contributivo y lo no contributivo, la focalización y la

universalidad y el sujeto aportante y el receptor del beneficio<sup>10</sup>. Por otra parte, en muchas de esas esferas también se está transformando el rango de riesgos comprendidos en la cobertura, la calidad de las prestaciones y las normas y principios que las determinan.

¿Cuáles son las herramientas centrales de esos ejes de actuación social del Estado en la nueva etapa desarrollista de sesgo abierto, pero con renovada participación estatal (a partir del año 2000)?

En materia educativa, continúa la expansión de la cobertura de enseñanza primaria en los países más rezagados, hasta llegar a la universalidad de matrícula y la cuasi universalidad de egreso y una notoria ampliación del acceso y la acreditación en educación media básica y, en los países más avanzados, media superior y terciaria. Por otra parte, se han revisado y, en algunos casos, se han corregido los procesos de descentralización y generación de cuasi mercados mediante los fondos de solidaridad o cohesión social y la regulación para evitar la selectividad y las dinámicas estratificadoras de esos modelos. En otros casos, la situación se ha revertido directamente, con el consiguiente retorno a modelos más centralizados o con innovadores componentes centralizadores.

Otra fuente importante de innovaciones se refiere no ya a la ampliación de la cobertura en la enseñanza primaria y media, sino a la ampliación del rango de prestaciones en el área de educación y cuidado infantil. En casi todos los países de la región se han ampliado las edades clásicas de cobertura educativa hacia las edades preescolares (tres a seis años), y en muchos casos se han establecido dispositivos de cuidado para las edades de cero a dos años. Entre los ejemplos más destacados están los del Uruguay con los centros de atención a la infancia y la familia (CAIF), la Argentina (preescolar y parvularios en programas provinciales y municipales), Chile (salas cuna y preescolar), México (estrategia de subsidios a los cuidados comunitarios de la temprana infancia), el Brasil (expansión de las guarderías), el Perú (Programa no Escolarizado de Educación Inicial (PRONOEI)) y Panamá (combinación de la educación inicial para la población rural e indígena en el hogar (EIH), los centros familiares y comunitarios de educación inicial para la población vulnerable (CEFACEL) y los centros comunitarios de educación inicial (CEIC)). De forma coherente con estos esfuerzos institucionales, la evidencia general muestra un importante incremento de la matriculación durante la primera infancia y la escolarización temprana en la gran mayoría de los países (Itzcovich, 2013).

---

<sup>10</sup> En los últimos años se ha elaborado una amplia literatura en torno al debate sobre el universalismo social. Diferentes perspectivas abogan por formatos de prestaciones que reconocen el papel fundamental de las modalidades no contributivas focalizadas y universales en la construcción de las nuevas matrices de bienestar (Filgueira y otros, 2006; Lo Vuolo, 2010; OIT, 2011; Levy, 2011).

En materia de salud, la expansión del aseguramiento se ha producido mediante una combinación de políticas focalizadas (México) y la ampliación de la cobertura en los sistemas contributivos de seguro. Ello se ha logrado gracias a las mejoras en el mercado laboral y a la ampliación de los criterios de elegibilidad dentro del sistema contributivo. Por ejemplo, en el caso del Uruguay, la expansión ha beneficiado a los familiares de los contribuyentes de los sistemas de seguros de salud. Por su parte, Costa Rica ha fortalecido subsidios que dan acceso al sistema de aseguramiento a quienes de otro modo no accederían. Asimismo, otros países han generado un conjunto básico de prestaciones garantizadas básicas (Chile, con su plan de acceso universal a garantías explícitas, (AUGE)), en tanto otros han expandido y universalizado la cobertura en modelos segmentados (Colombia). Por último, un conjunto importante de países han ampliado las coberturas y las prestaciones no contributivas a poblaciones específicas (sobre todo materno-infantil y, en algunos casos, pensionados) mediante planes y programas especiales que, o bien fortalecen el acceso en el pilar público, o bien subsidian la oferta privada para dar acceso a la población vulnerable (en la Argentina, Plan Nacer en sus inicios, hoy Programa Sumar; en el Uruguay, Crece Contigo, y en el Perú, el Seguro Integral de Salud sumado al seguro escolar y al seguro materno-infantil, así como la ampliación de la cobertura a los adolescentes).

Estos incrementos apreciables de la cobertura no implican necesariamente la ausencia de estratificación en la cantidad y calidad de las prestaciones, pero sí indican que se ha beneficiado un porcentaje importante de la población cuya atención era antes inexistente o pública, pero carente de garantías de aseguramiento<sup>11</sup>.

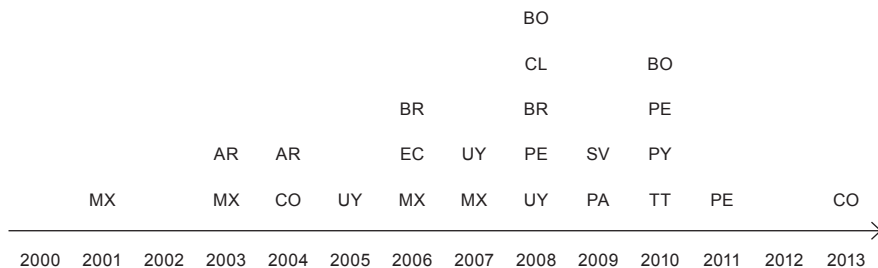
En materia de seguridad social es importante determinar tanto la magnitud de los esfuerzos en materia de cobertura, como las formas que ha asumido el sistema. En cuanto a la magnitud, una manera aproximada de determinarla puede basarse en el análisis del esfuerzo incremental de la inversión en seguridad y asistencia social (CEPAL, 2012 y 2013). En materia de cobertura, pueden constatarse dos datos clave: el aumento de la cobertura de pensiones para la población de 65 años y más, y el aumento de la población ocupada que cotiza a la seguridad social (CEPAL, 2013). Hasta 2011, el incremento de la cobertura de la población activa alcanza casi el 10% de la población y, en el caso de los mayores de 65 años que reciben algún tipo de pensiones, el aumento fue de casi un 8% entre 2002 y 2010. Esta última cifra podría haberse superado con creces en años más recientes, en vista del conjunto de reformas que se han adoptado desde el período analizado. En el

---

<sup>11</sup> Entre 2001-2002 y 2011, se estima que la ampliación promedio de la cobertura en materia de aseguramiento en salud se ha incrementado en 12 puntos porcentuales de la población. Estas cifras son aun más marcadas en países de desarrollo intermedio como Colombia, el Ecuador y el Perú, que incrementan la población cubierta en más del 38%, el 21% y el 25%, respectivamente (CEPAL, 2013).

gráfico II.1 se muestra lo prolífico del período 2000-2013 en lo que se refiere a la ampliación de la cobertura (Rofman, Apela y Veza, 2014).

**Gráfico II.1**  
**América Latina (países seleccionados): línea de tiempo de reformas dirigidas a la expansión de la cobertura a los adultos mayores, 2000-2013<sup>a</sup>**



**Fuente:** R. Rofman, I. Apela y E. Veza, *Beyond Pension Reform*, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 2014.

<sup>a</sup> AR: Argentina. BR: Brasil. BO: Bolivia (Estado Plurinacional de). CL: Chile. CO: Colombia. EC: Ecuador. SV: El Salvador. MX: México. PA: Panamá. PY: Paraguay. PE: Perú. TT: Trinidad y Tabago. UY: Uruguay.

Es posible discernir tres causas inmediatas de las mejoras en materia de cobertura: i) mejoras en el mercado laboral (sea por mejoras en la oferta de empleo o por aspectos regulatorios y de contraloría) que, al incrementar la formalidad, hacen que aumente la cobertura de base contributiva; ii) cambios en el diseño de la elegibilidad de base contributiva, que facilitan el acceso al flexibilizar las condiciones, y iii) criterios de elegibilidad y ampliaciones sobre la base de políticas no contributivas (financiadas mediante rentas generales), sean estas de carácter universal o focalizado.

Una parte importante de la ampliación de la cobertura de seguridad social de la población activa en la región responde a mejoras sustantivas de la calidad del empleo y al aumento de la función de contraloría y regulación del Estado. En casi todos los estudios de casos que ha realizado la CEPAL (Cecchini, Filgueira y Robles, 2014) se documenta el aumento de las tasas de empleo y en muchos se mencionan mejoras en materia de contraloría y regulación por parte del Estado. En el caso del Uruguay, las mejoras se concentraron en la contraloría en materia de seguridad social en general (Filgueira y Hernández, 2012), pero en casi todos los países se incrementaron los niveles de afiliación a la seguridad social de base contributiva para los asalariados y para los ocupados en general.

La otra forma de expansión de la cobertura responde a la flexibilización de criterios de elegibilidad. En tanto las reformas privatistas y paramétricas de los años ochenta y noventa buscaban limitar la protección social en función de la capacidad de pago y el control fiscal y actuarial, las reformas

del nuevo siglo van en la dirección opuesta, es decir, hacia la ampliación de las avenidas de acceso a la seguridad social más allá de las equivalencias contributivas perfectas.

La reforma de inicios del siglo XXI en Costa Rica estuvo dirigida a lograr un incremento notable de la cobertura de los trabajadores independientes, meta que se alcanzó satisfactoriamente. Algo similar ocurrió con la reforma uruguaya de 2007 en materia de pensiones y jubilaciones, en la que se redujo la cantidad de años de contribución requeridos, aunque las tasas de reemplazo se ajustaron correlativamente a la baja para no incrementar los riesgos de insolvencia actuarial que ya amenazaban al sistema uruguayo.

En materia de pensiones, la otra forma en que se han producido extensiones en materia de cobertura es mediante modalidades no contributivas. La modalidad dominante en la región ha sido de tipo focalizado, aunque también han existido algunas opciones de corte universal. En el ámbito de las pensiones existen pocos ejemplos de orientación clara universal y no contributiva, siendo Bolivia (Estado Plurinacional de) y Trinidad y Tabago los casos sobresalientes. La pensión alimentaria, instaurada en el Distrito Federal de México, es otro ejemplo de esa modalidad.

Dentro de las políticas focalizadas es importante distinguir entre las que se centran en la población pobre o en extrema pobreza, y las que otorgan el beneficio a quienes carezcan de cobertura contributiva (Rofman, Apela y Vezza, 2014). Varios países han creado o ampliado sus sistemas de pensiones asistenciales, en algunos casos para alcanzar a la población pobre o muy pobre pero, en otros, para universalizar la cobertura a fin de compensar el déficit de los sistemas contributivos. Entre los segundos países se encuentran los casos de la Argentina, Chile, Costa Rica y el Uruguay como modelos de universalización segmentada, en tanto Panamá se concentra en la población pobre. México se aproxima cada vez más a un piso básico universal muy modesto en lo que se refiere a pensiones, a partir de la experiencia del Distrito Federal, junto con los casos del Ecuador (Bono de Desarrollo Humano) y Bolivia (Estado Plurinacional de) con Bonosol, que luego se consolida con la Renta Dignidad.

En materia asistencial, además de los elementos mencionados en relación con las pensiones y la seguridad social, la evolución más importante ha sido la construcción o expansión de sistemas de transferencias monetarias no contributivas a las familias con hijos. El vehículo dominante para esas transferencias ha sido el de los programas de transferencias condicionadas (PTC), que hacen énfasis en el alivio de la pobreza y la lucha contra su reproducción intergeneracional mediante los mecanismos de condicionalidad o corresponsabilidad. Con excepción de unos pocos países donde se habían implantado y extendido las asignaciones familiares contributivas durante la aplicación del MSI, y de los pocos programas focalizados de finales de los

años noventa (solo en tres países), estas modalidades no existían y, cuando lo hacían, su cobertura y calidad de prestaciones era extremadamente baja. En el año 2000, la inversión total media de la región como porcentaje del PIB era de tan solo el 0,19% y la población cubierta, inferior al 6%. En 2009, la inversión se ubicaba en el 0,40% del PIB y la población cubierta en 2010 ascendía al 20% del total (Cecchini y Madariaga, 2011). En 2011, la cobertura alcanzaba a más del 21%. Si bien ello ha entrañado un aumento de la inversión total, este ha sido proporcionalmente inferior al crecimiento del PIB, de modo que la inversión como porcentaje del PIB regional ha sido del 0,36%, por debajo de los niveles de 2009 (CEPAL/OIT, 2014). Es cierto que no todas las prestaciones están orientadas a las familias con hijos, pero el esfuerzo desplegado por la región es claro y transforma de manera importante la matriz de protección social para la infancia y la familia.

A pesar de esos importantes avances en materia de transferencias a las familias con hijos, ninguno de los países considerados tiene un modelo universal no contributivo. En lo que se refiere a las asignaciones familiares, el caso que más se aproxima a esta opción de universalización es la Argentina, con la Asignación Universal por Hijo (AUH) que se otorga a quienes no reciben asignación familiar contributiva.

Los cambios en la asistencia social se han plasmado en programas que implican un importante fortalecimiento de los sistemas de información, regulación y evaluación de las políticas asistenciales, al mismo tiempo que se avienen al precepto focalizador de la gran progresividad que caracterizó a los años noventa. Sin embargo, a diferencia de las políticas focalizadas de los años ochenta y noventa, actualmente se legitima la filosofía de transferir dinero de libre disposición a la población pobre. El énfasis residualista del período anterior no veía dicha operación con buenos ojos. Por último, muchos de estos programas se han constituido como políticas estables, con financiamiento genuino y con sustentos normativos que al menos retóricamente los colocan en el plano de los derechos (Bastagli, 2009).

En la literatura especializada se han descrito diversos efectos positivos de los PTC (Barrientos y Sabates-Wheeler, 2006; Cecchini y Madariaga, 2011; Kabeer, Piza y Taylor, 2012) que incluyen, a partir de conclusiones de mayor o menor nivel de robustez, efectos positivos sobre la asistencia escolar, sobre los exámenes de salud de madres e infantes, y sobre la pautas de alimentación y los indicadores nutricionales de los niños, así como externalidades positivas para la comunidad mediante la ampliación de los mercados y del consumo y en relación con la autoestima de mujeres y niños.

Sumado a ese tipo de programas, la asistencia social en América Latina ha incorporado al menos dos nuevas herramientas adicionales: los programas de inclusión laboral y productiva y las redes de protección social.

Los primeros, muchas veces asociados a las estrategias de “egreso” de los PTC, se han desarrollado con menores esfuerzos fiscales y en menor cantidad de países, pero son parte de muchas estrategias nacionales de lucha contra la pobreza (CEPAL/OIT, 2014). Los segundos, vinculados o no a los PTC, procuran hacer que la población excluida de los programas de protección universales se vincule a estos, mediante estrategias de cercanía, apoyo de asistentes sociales y trabajo en redes comunitarias.

En lo que respecta a derechos laborales, un conjunto importante de países ha abordado la transformación o el fortalecimiento de sus políticas de protección y promoción de los trabajadores de ambos sexos. Una parte de este proceso ya se ha documentado en el punto anterior, como el aumento de la población protegida por los sistemas de seguridad social de la población asalariada y ocupada. Ello ha generado un importante incremento de la población con seguro de desempleo (el Uruguay es tal vez el caso más sobresaliente, con la incorporación de los trabajadores rurales y el servicio doméstico, pero también se puede constatar en la Argentina, el Brasil y Chile), seguro por enfermedad y accidentes, derechos a aguinaldos, licencias y derechos de despido. También son importantes y destacables los cambios en materia de protección de los trabajadores de ambos sexos en lo que refiere a las licencias por embarazo, nacimiento o parto (Chile y el Uruguay han reformado recientemente sus sistemas respectivos y han ampliado la cobertura, el tiempo y la calidad de las prestaciones para mujeres y hombres) (véase el cuadro II.5).

## F. Conclusiones

América Latina ha pasado por diversas etapas en lo que se refiere a sus modelos de políticas sociales y, en particular, a sus sistemas de protección social. Sin embargo, una etapa temprana con un Estado no participante en materia de protección social generó las primeras acciones en materia de educación y salud, donde lo segundo constituye el embrión de una dimensión de las políticas de protección social, mediante el impulso de la infraestructura de saneamiento urbano y la creación de los primeros dispositivos de protección contra el riesgo de enfermedades. Solamente en el período de sustitución de importaciones fue posible visualizar un empuje robusto de la protección social moderna, atada firmemente a la protección del trabajador formal e inspirada en los modelos solidarios de reparto de la seguridad social europea. Las limitaciones de los mercados laborales y la incompletitud de los dispositivos de protección frente a una variedad de riesgos arrojaron un modelo estratificado, con coberturas muy lejanas a la universalidad que, con la maduración de los privilegios y beneficios, generaron cada vez más problemas de sostenibilidad actuarial.

Cuadro II.5  
**Esquema de herramientas y funciones del Estado social del modelo estatal-exportador**

Sector	Prestación	Población objetivo	Financiamiento	Función social	Función económica	Función política
Seguridad y asistencia social	Modelos no contributivos y flexibilización de criterios contributivos. En algunos casos, retorno al sistema de reparto con subsidio estatal. Ampliación de transferencias no contributivas condicionadas, basadas en la determinación de los medios de vida o en pruebas de necesidades económicas.	Sectores medios y medios bajos y bajos. Familias pobres y vulnerables y población rural con hijos.	Rentas generales para modelos no contributivos y subsidios cruzados o rentas generales para modelos contributivos. Rentas generales.	Redistribución y aseguramiento y suavización de curvas de consumo e ingreso. Incorporación de sectores pobres y redistribución de ingreso.	Fomento del consumo interno, aumento de ingreso disponible, tendencia a mantener bajos costos laborales. Fomento del consumo y formación de capital humano.	Construcción de una nueva coalición distributiva en el modelo estatal exportador.
Salud	Seguros no contributivos o ampliación de elegibilidad en modelos contributivos. Pisos básicos universales no contributivos. Ampliación de la red pública de primer nivel de atención.	Sectores medios bajos y bajos no formales. Sectores medios-bajos y bajos. Sectores pobres y rurales.	Rentas generales proveedores públicos y privados. Rentas generales, acciones preventivas y tratamientos de nivel primario y terciario. Rentas generales para oferta pública.	Aseguramiento frente a riesgos de salud colectivizados. Mejora del acceso a acciones preventivas y tratamientos de nivel primario y terciario.	Ampliación del concepto de salud como bien público por externalidades positivas. Disminución de los costos en atención terciaria y mejora del capital humano en la población pobre.	Construcción de una nueva coalición distributiva en el modelo estatal exportador.
Educación	Ampliación de la oferta de educación inicial y estimulación temprana en primera infancia. Ampliación de la oferta pública en jornada extendida. Correctivos a procesos de descentralización y cuasi mercados.	Focalizado en la pobreza y la vulnerabilidad. Focalizado en la población pobre o vulnerable (Chile es excepción). Lucha contra la selectividad y subsidio a zonas vulnerables.	Financiamiento mediante oferta pública y privada. Financiamiento mediante oferta pública. Aumento de las capacidades tributarias subnacionales y financiamiento mediante fondos de cohesión.	Redistribución e igualdad de oportunidades. Redistribución e igualdad de oportunidades. Fondos solidarios o subsidios para corregir sesgos de desigualdad en descentralización y cuasi mercados.	Formación de capital humano; eficiencia de intervención temprana. Mejora de capital humano en sectores vulnerables. Evitar fallos de cuasi mercados en eficiencia.	Construcción de una nueva coalición distributiva para el modelo estatal exportador. La mujer y el género como sujeto y motivo de división política.

Fuente: Elaboración propia.



El giro liberal de la protección social implicó simultáneamente la concentración en la pobreza extrema y modalidades de mercado o de capitalización individual para los sectores medios y altos, lo que suplantó o complementó los modelos de reparto tradicionales. Con el fin del siglo XX, diversos vectores de cambio comienzan a dar un nuevo empuje en las políticas sociales, y sobre todo en las de protección social. La ampliación de la cobertura mediante la focalización amplia, los subsidios a los modelos contributivos y la ampliación de las prestaciones en rango y variedad, se combinan en esta etapa con tendencias a mejorar la adecuación de las prestaciones a las características locales. En muchos casos esto dio lugar a un movimiento ambiguo, favorable al universalismo en ciertos instrumentos, pero incompleto y con tendencias encontradas, que sustentan la segmentación del acceso y de la calidad.

El retorno y la persistencia de la democracia, la orientación externa exportadora y el importante crecimiento económico de la última década y media, son signos de un cambio de época que augura una construcción de ciudadanía social promisoría, aunque muchas veces inestable. Las capacidades tributarias del Estado, la mejora de su gestión, y en particular las coaliciones distributivas y orientaciones generacionales y de género de la inversión en protección social, serán clave para encaminar una ruta robusta de universalismos y equidad en un contexto económico que no será tan favorable como en los últimos años. Es necesario alinear los instrumentos, herramientas e innovaciones que se han venido dando en estos años, en una hoja de ruta selectiva y estratégica que permita mayores niveles de eficiencia, eficacia y equidad social. De alguna manera, las notas sin partitura que habían caracterizado el inicio del nuevo siglo, deben, sin perder flexibilidad y adecuación al contexto, estructurarse en melodías con sentido, dirección y articulación normativa, fiscal y política.

## Bibliografía

- Barrientos, A. y R. Sabates-Wheeler (2006), "Local economy effects of social transfers", *IDS Briefing Note*, Brighton, Institute of Development Studies.
- Bastagli, Francesca (2009), "From social safety net to social policy? The role of conditional cash transfers in welfare State development in Latin America", *IPC-IG Working Paper*, N° 60, Brasilia, International Policy Centre for Inclusive Growth.
- BID (Banco Interamericano de Desarrollo) (1999), *América Latina frente a la desigualdad. Informe de Progreso Económico Social 1998-1999*, Washington, D.C.
- Carmagnani, Marcelo (1984), *Estado y sociedad en América Latina, 1850-1930*, Barcelona, Crítica.
- Cavarozzi, Marcelo (1978), "Hacia una caracterización del capitalismo oligárquico", *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 39, N°1, México, D.F.
- Cecchini, Simone y Aldo Madariaga (2011), *Programas de transferencias condicionadas: Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe*, Cuadernos de la CEPAL, N°95 (LC/G.2497-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Cecchini, Simone, Fernando Filgueira y Claudia Robles (2014), "Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe. Una perspectiva comparada", *serie Políticas Sociales*, N° 202 (LC/L.3856), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2013), *Panorama Social de América Latina 2013* (LC/G.2580), Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_(2012), *Panorama Social de América Latina 2012* (LC/G.2557-P), Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_(2011), *Panorama Social de América Latina 2011* (LC/G.2514-P), Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_(2010), *La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir*, (LC/G.2432 (SES.33/3)), Santiago de Chile.
- CEPAL/OIT (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Internacional del Trabajo) (2014), "Los programas de transferencias condicionadas y el mercado laboral", *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe*, N° 10, Santiago de Chile, mayo.
- Collier, Ruth y David Collier (1991), *Shaping the Political Arena*, Princeton, Princeton University Press.
- Cruces, Guillermo y Leonardo Gasparini (2013), "Políticas sociales para la reducción de la desigualdad y la pobreza en América Latina y el Caribe. Diagnóstico, propuesta y proyecciones en base a la experiencia reciente", *Documento de Trabajo*, N° 142, Centro de Estudios Distributivos Laborales y Sociales (CEDLAS), Universidad de la Plata.
- Esping-Andersen, Gøsta (1999), *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Nueva York, Oxford University Press.
- \_\_\_\_\_(1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton, Princeton University Press.
- Evans, Peter (1995), *Embedded Autonomy: States and Industrial Transformation*, Princeton, Princeton University Press.
- Filgueira, Fernando (2007), "Cohesión, riesgo y arquitectura de protección social en América Latina", *serie Políticas Sociales*, N°135 (LC/L.2752-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Filgueira, Fernando y Diego Hernández (2012), "Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Uruguay", *Documentos de Proyecto* (LC/W. 514),

- Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Filgueira, Fernando y otros (2006), "Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones de vida en América Latina", *Universalismo básico: una nueva política social para América Latina*, Carlos Gerardo Molina (ed.), Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Flora, Peter (1981), *Growth to Limits: The Western European Welfare States Since World War II*. Berlin, New York: Walter de Gruyter.
- García, Juan César (1981), "La medicina estatal en América Latina (1880-1930)", *Revista Latinoamericana de Salud*, N° 1, julio.
- Goméz-Dantés, Octavio y Babak Khoshnood (1991), "La evolución de la salud internacional en el siglo XX", *Salud Pública de México*, vol. 33, N° 4.
- Hall, Peter (1993), "Policy Paradigms, Social Learning and the State: The case of Economic Policy making in Britain", *Comparative Politics*, N° 25.
- Hecló, Hugh (1974), *Modern Social Politics in Britain and Sweden*, New Haven, Yale University Press.
- Huber, Evelyne y John D. Stephens (2012), *Democracy and the Left*, Chicago, University of Chicago Press.
- Iztcovich, Gabriela (2013), "La expansión educativa en el nivel inicial durante la última década", *Cuaderno*, N° 16, Buenos Aires, Sistema de Información las Tendencias Educativas de América Latina (SITEAL), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI).
- Kabeer, N., C. Piza y L. Taylor (2012), "What are the economic impacts of conditional cash transfer programmes? A systematic review of the evidence", *Technical Report*, Londres, EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London.
- Levy, Santiago (2011), "¿Universalización de la salud o de la seguridad social?", *Gaceta Médica de México*, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Lo Vuolo, Rubén (2010), "Las perspectivas y los desafíos del ingreso ciudadano en América Latina", International Conference of the Basic Income Network, São Paulo, Brasil.
- Malloy, James (1985), "Statecraft and social security policy and crisis: A comparisón of Latin America and the United States", *The Crisis of Social Security and Health Care*, Carmelo Mesa-Lago (ed.), Pittsburgh, University of Pittsburgh Press.
- Mesa-Lago, Carmelo (2004), "Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social", *serie Financiamiento del Desarrollo*, N° 144 (LC/L.2090-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Mesa Lago Carmelo (1978) *Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification and Inequality*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press.
- Moreno, José Luis (2000), *La política social antes de la política social (Caridad, beneficencia y política social en Buenos Aires, siglos XVII a XX)*, Buenos Aires, Trama Editorial/ Prometeo Libros.
- Newland, Carlos (1991), "La educación elemental en Hispanoamérica: desde la independencia hasta la centralización de los sistemas educativos nacionales", *Hispanic American Historical Review*, N° 71.
- Naranjo Bonilla, Mariana (2013), "Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Ecuador", *Documentos de Proyecto (LC/W. 552)*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2011), *Piso de Protección Social para una globalización equitativa e inclusiva. Informe del Grupo consultivo presidido por Michelle Bachelet*, Ginebra.
- Repetto, Fabián, Damián Bonari y Gala Diaz Langou (2013), "Recomendaciones para una nueva ley nacional de licencias por maternidad, paternidad y familiares", *Documento de Políticas Públicas*, N° 126, Buenos Aires, Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC).
- Rofman, Rafael, Ignacio Apella y Evelyne Vezza (2014), *Beyond Pension Reform*, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Skidmore, Thomas E. y Peter H. Smith (1996), *Historia contemporánea de América Latina. América Latina en el siglo XX*, Madrid, Grijalbo.
- Tamburi, Giovanni (1985), "Social security in Latin America: Trends and outlook", *The Crisis of Social Security and Health Care*, Carmelo Mesa-Lago (ed.), Pittsburgh, University of Pittsburgh Press.
- Tedesco, Juan Carlos (1970), *Educación y sociedad en la Argentina (1880-1900)*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.
- UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) (1996), "The making of literate societies", *Education for All Global Monitoring Report*, París.
- \_\_\_\_\_(1970), *International Statistical Yearbook*, París.
- \_\_\_\_\_(1960), *International Statistical Yearbook*, París.