

Sistemas de Protección Social Comparados: Colombia, Brasil y México¹

Yves Le Bonniec

Economista, D.E.A. Estudio de las Sociedades, Ph. D. Economía (candidato). Instituto de Altos Estudios de América Latina, Universidad de París 3. E-mail: yves.le-bonniec@laposte.net.

RESUMEN

Para realizar el análisis comparado entre los sistemas de protección social de México, Brasil y Colombia se establece como hipótesis que aquellos son parte del conjunto de los sistemas de mediación y articulación entre lo político y lo económico. Se examina la trayectoria de los sistemas de protección social en Brasil, México y Colombia, entre 1930 y 1990 y luego el período de las reformas de los años noventa. Se aborda el análisis de los determinantes de la configuración y las reformas de los sistemas y se plantean algunas hipótesis sobre la evolución de los sistemas de protección social.

Palabras Claves: Reforma del sector salud, seguridad social, México, Brasil, Colombia (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Compared social protection systems: the cases of Colombia, Brazil, and Mexico

A compared analysis of the social protection systems of Colombia, Brazil, and Mexico is considered, under the assumption that those systems are one part within the set of systems of mediation and articulation between politics

¹ Este ensayo hace parte de los estudios producidos en el proyecto "Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos encargados de adelantar las funciones de financiación, aseguramiento y prestación de servicios en el Régimen Subsidiado" por la Universidad Nacional de Colombia-CID y el Ministerio de Salud-Programa de Apoyo a la Reforma. Se publica con autorización de ambas instituciones.

and economy. The evolution of the protection systems of Brazil, Mexico, and Colombia since 1930 until 1990, and then during the reform period of the 90s is examined. An analysis of the determinants of the configuration and reform of the systems is performed, proposing some hypothesis about the social protection systems evolution.

Key Words: Health care reform, social security, Mexico, Brazil, Colombia (source: MeSH, NLM).

Nos proponemos reinsertar la problemática de la evolución de los sistemas de protección social en América Latina en su entorno histórico y socio-estructural. Se examinará en paralelo el desarrollo de la protección social en dos países de la región, Brasil y México, para luego abordar algunas inferencias sobre el caso colombiano en comparación con aquellos. Los dos países mencionados tipifican, en cierta medida, dos modelos opuestos en los arreglos estructurales de regulación social, generando así puntos válidos de referencia para analizar otros casos.

La hipótesis subyacente es que los sistemas de protección social son parte del conjunto de sistemas de mediación y articulación entre lo político y lo económico, o sea entre las dos esferas o espacios de prácticas sociales que configuran la matriz primaria de las sociedades modernas. Siendo animadas estas por lógicas distintas, se puede analizar la función de tales sistemas de mediación como la de mantener la cohesión social global a pesar de las contradicciones e incompatibilidades que surgen de la interacción entre lo político y lo económico. Bajo estas premisas, el sistema de protección social se define como el conjunto de normas e instituciones que contribuyen en la conservación, reproducción y protección de la población (o esfera de lo doméstico), recurso primario en el doble proceso, económico o de acumulación de capital y político, de acumulación de poder.

Se desprende de lo anterior que los sistemas de protección social son históricamente determinados por compromisos que se alcanzan a elaborar entre las exigencias propias del régimen de acumulación de capital vigente y necesidades que surgen en el proceso de legitimación del Estado y régimen político. Así la trayectoria a través de las sucesivas etapas del desarrollo, crisis y reformas de la protección social en Brasil y México se puede interpretar a la luz de varios factores de determinación que se identificarán al examinar tanto formas estructurales de regulación - patrones de acumulación, forma y fortaleza del Estado, naturaleza del vínculo social – como variables subordi-

nadas como forma del mercado laboral o grado de intervención de entidades internacionales.

TRAYECTORIA DE LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL EN BRASIL Y MÉXICO

En esta primera sección esbozaremos a grandes rasgos la historia de la protección social en Brasil y México.

Origen y desarrollo de los sistemas de protección social. 1930-1980

En tres de los más grandes países del Sur, Argentina, Brasil y Chile, los primeros programas de seguridad social coincidieron con procesos de transformación de las estructuras políticas y aparición de Estados de tipo populista. El caso de México y Colombia es distinto en la medida que el populismo no logró instaurarse en la misma forma. Por otra parte, la implementación de sistemas de protección social fue más temprana en Brasil (en los años treinta) que en los dos otros países (a mediados de los años cuarenta). Pero tanto en Brasil como en México o Colombia, tales sistemas tuvieron su origen en la transición económica del crecimiento primario-exportador al crecimiento económico hacia adentro, o sea en el paso a la industrialización, cuya modalidad fue la de sustitución de importaciones acompañada de proteccionismo para resguardarse de la competencia externa.

La seguridad social entonces respondió a una demanda surgida de las necesidades de la industrialización, la cual requiere una mano de obra capacitada, calificada y sobre todo estable. Los primeros sistemas de aseguramiento se orientaron pues en prioridad a servir a los obreros y empleados públicos en áreas urbanas. A la asistencia social supuestamente le correspondía ocuparse de paliar los problemas más urgentes de la población rural y sectores marginados urbanos. O sea en los más grandes países de la región, los modelos de protección social que se implementaron a mediados del siglo veinte se asemejaban – en sus principios de organización – al Estado Providencia de tipo europeo, “conservador y corporativista”, identificado por Esping-Andersen (1-3): la asistencia social debe confinarse en un papel residual, de complemento, por lo que se fundan prioritariamente en la ampliación progresiva de sistemas fragmentados de seguros por categorías. En esta figura, los derechos sociales no están relacionados con la ciudadanía sino con la relación salarial.

Construcción y expansión del sistema de protección social en Brasil (1930-1988). El desarrollo del Estado de bienestar brasileño consta de tres etapas.

En la primera (1930-1964), el sistema de protección social se inicia y se expande bajo una forma muy fragmentada. La segunda (1964-1977) es de consolidación institucional y expansión masiva. En la última, que incluye a la década de los ochenta, entró en una crisis que condujo tanto a ajustes como a intentos de reestructuración con miras a la universalización del sistema.

Primera etapa, 1930-1964. Origen y expansión segmentada y selectiva. El impulso inicial se dio en la década de los treinta con la ruptura del antiguo estado oligárquico con base federalista y el surgimiento del “Estado Novo” centralizado, en capacidad de implementar políticas de alcance nacional. Las leyes del periodo 1930-1943 atacaron principalmente pensiones y derecho laboral; también se instituyó un Servicio Nacional de la Salud Pública.

El gobierno Vargas (1930-1945) recurrió al seguro social como herramienta en el marco de su proyecto corporativista cuando el Estado promovía la organización y control del trabajo a través de un sistema de sindicatos con acreditación oficial, enmarcado en la Constitución de 1934. En el subperíodo 1945-1964 sucedió una institucionalización (1960, Ley orgánica del Seguro Social) y expansión del sistema de protección social pero bajo los criterios del periodo anterior: la incorporación de sectores poblacionales obedeció a “un esquema de intervención del Estado simultáneamente selectivo (en cuanto a los beneficiarios), heterogéneo (en cuanto a los beneficios), y fragmentado (institucional y financieramente)”(4-5).

Segunda etapa, 1964-1977. La protección social en la época del “milagro brasileño”

Unificación y expansión masiva del sistema. La fase comprendida entre mediados de los años sesenta y mediados de los setenta fue muy distinta, por el acelerado proceso de industrialización, urbanización y cambios en la estructura social. También fue una fase de consolidación y extensión masiva del sistema de protección social, pero con una nueva visión de la estructura institucional y financiera que lo fundamenta.

Superando la forma fragmentada y selectiva anterior, se dio un giro radical - en términos de contenido e impacto social - en la política social con la organización de subsistemas públicos nacionales o regulados por el Estado y con una tendencia hacia la universalización de la cobertura (población rural, pobres). En un contexto político autoritario, se definió el núcleo histórico del aparato centralizado de intervencionismo social del Estado. Este modelo resultó en una expansión masiva a mediados de los años setenta. Sin embargo,

a finales de esta misma década, ya aparecieron síntomas de agotamiento y crisis del sistema en varios aspectos como organización y finanzas.

La marcha forzada hacia la industrialización pesada fue acompañada de un aumento creciente de la cobertura de la seguridad social así como del aumento de beneficios. El autoritarismo e intervencionismo gubernamental de la época de la dictadura militar, 1964-1984, se reflejó en las instituciones de protección social: intervención directa en la administración y control de los IJP (Institutos de Jubilación y Pensión), eliminación de la representación de los trabajadores y fusión con el INSS (Instituto Nacional de Seguridad Social). La centralización de las decisiones tenía como justificación adaptarlas a las necesidades de la industrialización “a marcha forzada”.

Se dio un proceso de unificación y reorganización institucional a través del cambio de la institución de la seguridad social a Ministerio de la Seguridad y Asistencia Social-MSAS, creado en 1974. En el mismo proceso de organización funcional, se implementaron programas y organismos apuntando a la coordinación e integración del sistema. Así el Plan de Pronta Acción-PPA, instituido en 1974, buscaba la organización y el alineamiento de diversas modalidades de la práctica médica vinculada con la seguridad social. A continuación, en 1975, se estableció un Sistema Nacional de Salud-SNS con el propósito de articular el MSAS con el conjunto de entidades actuando en el campo de la salud. Finalmente en 1977, se instauró el Sistema Nacional de Seguridad y Asistencia Social-SNSAS, bajo la autoridad del MSAS, en un intento para lograr una operación efectiva en la concesión y continuidad de los beneficios y prestaciones, costos de actividades y programas, gestión administrativa y patrimonial. En cuanto a la asistencia social, se estableció en 1980 el Programa Nacional de Servicios Básicos de Salud-PREVSALUD, con el objetivo de compensar el modelo de privilegio del sector privado médico-hospitalario, lo que no se logró por la influencia del mismo sector privado.

Contractualización y “financiarización temprana” del sistema.

Dirigida a apoyar el crecimiento económico del “milagro brasileño” y a legitimar el régimen militar, la tan rápida expansión de la seguridad social no hubiese posible sin una extensa estrategia de subcontratación de la atención médica con el sector privado. Para tal efecto, se adoptó la modalidad de pago por “unidades de servicio” con una proliferación de contratos de servicio con empresas privadas la cual permitió de hecho una rápida expansión de los servicios médicos privados, pero sin control institucional efectivo. Además de la modalidad de “contrato”, se desarrollaron las modalidades de “convencción” con sindicatos, prefecturas, gobiernos estatales, hospitales universita-

rios y organizaciones no gubernamentales-ONG, y la “medicina de grupo”, en la que una empresa o grupo de éstas reciben servicios médico-hospitalarios por parte de un grupo médico privado. Esta modalidad terminó cobrando un gran auge en los años ochenta, calculándose que al final de la década servía a cerca de treinta millones de personas.

A mediano y largo plazo, la elección de esta forma de financiación tuvo consecuencias negativas para el sistema de salud brasileño. Posibilitó la aparición del fenómeno de sobrefacturación a gran escala, sin que por ello se garantizara el acceso a servicios médicos de los derechohabientes de la seguridad social. También constituyó el sector de los hospitales privados en un grupo de interés más poderoso que hasta hoy en día influye en las instituciones de seguridad social. Este proceso de mercantilización de las prestaciones de salud, por el cual la seguridad social se quedaba con el riesgo financiero, terminó agudizando la crisis financiera de las instituciones de protección social que se desató en la década de los ochenta.

A partir de 1980, la seguridad social brasileña entró en desequilibrio financiero y déficit. Ello era producto de la crisis económica pero también del manejo que se había dado de los fondos durante muchos años: uso por el gobierno federal para apuntalar las empresas públicas, costo excesivo de la gestión financiera por los bancos, desvíos ocasionados por la subcontratación con empresas médicas privadas.

Tercera etapa, 1980-1988. Crisis y reestructuración, transición democrática y universalización. El periodo de la transición hacia la democracia política (a partir de principios de los años ochenta) fue la oportunidad para un debate de larga duración entre tres tipos de actores: las autoridades de las instituciones de protección social, el sector privado y el movimiento sanitarista (6), paralelo a los movimientos sindical y popular-urbano. Este debate culminó con las reformas incorporadas en la nueva Constitución de 1988. En dicha oportunidad se ampliaron los derechos sociales, el mismo concepto de protección social se convirtió hacia un modo más universal de protección, con la definición de beneficios sociales mínimos, así como con un mayor compromiso del Estado y de la sociedad en el financiamiento del sistema. Con la universalización del acceso y la expansión de la cobertura se distendió el vínculo contributivo como principio estructurante del sistema de aseguramiento. La asistencia social en la nueva Constitución tuvo también un gran avance (a nivel teórico, por lo menos), ya que se previó como un derecho de la población, independientemente de las contribuciones previas de cualquier naturaleza, y las medidas de asistencia se concibieron como un ingreso mínimo. Así se previó la protección a la familia, a la maternidad, a la

infancia, a la vejez, la promoción a la integración al mercado de trabajo, y la integración a la comunidad. Se garantizó un beneficio de un salario mínimo a las personas en edad avanzada, y también a quienes tuvieran deficiencias de salud graves.

En síntesis, en la década de los ochenta en Brasil, se avanzó de un modelo calificado de “meritocrático-particularista” hacia un modelo “institucional-redistributivo”.

Construcción y expansión del sistema de protección social en México (1920-1980)

Las cuatro primeras etapas de desarrollo. En México, los antecedentes del sistema de salubridad pública y asistencia social se ubican en el porfiriato a finales del siglo XIX cuando la secularización de las instituciones religiosas, que anteriormente manejaban los hospitales. La lucha por la protección social comienza al crecer el descontento popular contra la dictadura porfirista al principio del siglo XX. Los líderes revolucionarios son los que comienzan a reivindicar el derecho de los trabajadores a la protección social; estas propuestas empezaron a tomar cuerpo con el triunfo de la Revolución. La Constitución de 1917 responsabiliza a los patrones de la protección de los trabajadores contra accidentes laborales y condiciones de trabajo.

A diferencia de Brasil donde, en sus orígenes, la asistencia como la seguridad social estuvieron más vinculados al sector privado, en México, desde temprano han sido asuntos manejados por el Estado. Manejo dictado por una estrategia dual: se mantuvo la fragmentación institucional de la protección social como forma de diluir el poder organizacional de los trabajadores; se inhibió la coordinación nacional del sistema a través de la centralización de la gestión en cada institución. En síntesis, el sistema de seguridad social mexicano nació en forma muy fragmentada, corporativista y estatizada. Se pueden diferenciar cuatro etapas en el desarrollo del sistema mexicano de protección social en salud antes de la década de los noventa.

1. La primera abarca el periodo desde mediados de los años veinte hasta mediados de los años cuarenta. Mientras se va afianzando el régimen político surgido de la revolución, en plataformas electorales y acciones de política se promovieron legislaciones y crearon los antecedentes del seguro social, aunque en forma limitado en cuanto a riesgos (pensiones, riesgos laborales) y parcial en cuanto a la sola cobertura de ciertos grupos (empleados federales, maestros, militares, y de manera limitada a ciertos grupos obreros y de empleados). El gasto público asignado al Departamento

de Salubridad para atender a la población desprotegida era mínimo (0,3 % del PIB). Posteriormente, hubo tentativas de legislación más amplia para crear el seguro social en la década de los años treinta, y también se dio inicio a una política de atención a la salud en el medio rural. Pero “todavía a finales de los años treinta los servicios de salud no constituían una obligación para el Estado, quedando al arbitrio de la beneficencia pública y privada” (6).

2. La segunda etapa se inició en la época cardenista y se caracterizó por un cambio cualitativo y cuantitativo en los servicios de salud. Con la promulgación de la Ley del Seguro Social en 1943 se fundó el Instituto Mexicano del Seguro Social-IMSS, con vocación a organizar y administrar el seguro en su conjunto, el cual inició sus operaciones en 1944 (o sea con un gran retraso en comparación con la seguridad social brasileña). Se formalizaron los institutos de seguridad social para los petroleros y los militares, quienes han gozado de las mejores pensiones, prestaciones económicas y servicios médicos del país.

En el año 1943, se estableció la Secretaría de Salubridad y Asistencia-SSA, para atender a la población no asegurada, la cual sustituyó la Secretaría de Asistencia Pública (creada en 1937) y el antiguo Departamento de Salubridad. En las décadas de los cuarenta y cincuenta, se fortaleció la SSA por medio de la consolidación de una red hospitalaria de segundo y tercer nivel; se amplió y mejoró la atención a esta población “abierta” (no cubierta por el seguro).

3. Los años entre 1957 y 1976 pertenecen a la tercera fase, de extensión y crecimiento continuo de las instituciones de seguridad social. Desde mediados de los cincuenta a mediados de los setenta, el IMSS incrementó 8 veces sus afiliados y 13 veces su presupuesto. En 1960, el 11,4 % de la población total estaba cubierta por seguros sociales; en 1970, 6 instituciones de seguridad social cubrían el 25,3 % de la población; para 1978, 39,3 %. Para la misma fecha, las instituciones de asistencia social, a través de la SSA, cubrían el 15,6 % de la población y las instituciones médicas privadas el 14,9 %.

La política oficial de seguridad social buscó la expansión de la cobertura del IMSS, así como el incremento de los otros sistemas menores de seguridad social. En 1959, como respuesta al movimiento magisterial, el gobierno fundó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado-ISSSTE, el cual fue en un tiempo el más eficiente del país. La ampliación de la cobertura y mejoramiento de las prestaciones fue, a menudo, producto de movilizaciones de la clase trabajadora.

El cuestionamiento de la legitimidad del Estado mexicano por los movimientos sociales de principios de los años setenta y el resultado insuficiente en el avance de la cobertura social enmarcan en 1973 la nueva Ley del Seguro Social y el comienzo de la llamada “solidaridad social”. El gasto en salud y seguridad social aumenta un poco en el sexenio de Luis Echeverría (1970-1976), pero los programas solidarios de salud para la población marginada tuvieron un impacto casi nulo. El primer Plan Nacional de Salud (1974-1984) contrapone su objetivo de cobertura nacional al atraso en el ritmo de avance de los servicios de salud, y en cuanto a su finalidad de racionalización y aumento de productividad de los servicios, implica el inicio de una gestión de tipo tecnocrático.

En 1970, seis instituciones de seguridad social cubrían al 25,3 % de la población total; para 1980, este porcentaje había aumentado al 31,7 % de cobertura por seguros. Sin embargo, se acentuó el dualismo por las diferencias con la otra parte del sistema global de protección social, o sea la que está por el lado de la asistencia social. En cuanto a la cobertura total, las cifras oficiales en 1978 indicaban que la población no cubierta ascendía al 30,2 % del total (pero otras apreciaciones llegaban a la cifra de 45,3 % de la población sin cobertura). En términos globales (Seguridad Social y Asistencia Social), la participación del gasto en el PIB subió de 3,8 % en 1969 a 4,6 % en 1976.

4. La cuarta etapa se inicia en 1976-1977 cuando se manifiesta la crisis financiera de la seguridad y asistencia social, en un contexto de crisis generalizada: sector externo, crediticio y monetario (inflación y devaluación del peso), desequilibrio fiscal, y por ende, contracción de la tasa de crecimiento de la producción. Hechos que confluyen en la política de recuperación de la crisis, la cual descansó fundamentalmente, a partir del convenio con el Fondo Monetario Internacional-FMI en Octubre de 1976, en la contención salarial. No obstante, persistieron los desequilibrios estructurales que contribuyeron a la crisis de 1976-1977, a pesar de los importantes ingresos proporcionados por el “boom” petrolero mexicano. La crisis se agudiza a partir de 1982: una creciente fuga de capitales condujo a devaluación del 17 de febrero de 1982 la cual detonó la crisis general, procediendo el gobierno a un drástico ajuste presupuestal. La administración de Miguel de la Madrid, que llegó al poder en los más álgido de la crisis en 1982, fue presionada por los grandes empresarios mexicanos, los banqueros expropiados y el FMI, hacia una política de austeridad económica.

La crisis financiera de la década de los ochenta y el descrédito del sistema. En México, las crisis económicas de los años 1976 y 1982 tuvieron un doble impacto en el sistema mexicano de salud. Los programas de ajuste impuestos por la crisis de la deuda externa y los organismos financieros internacionales se tradujeron por drásticos recortes en el gasto público: entre 1982 y 1988, el gasto en salud y seguridad social se redujo en cerca de 40%. También se desmontaron programas incompatibles con la nueva orientación “neoliberal”: se eliminaron, por ejemplo, gran parte de los subsidios alimentarios.

Sin embargo, paradójicamente, la baja en el nivel de legitimación del régimen político desembocó en una vigorosa campaña de aumento de la cobertura poblacional del sector salud; se modificó un artículo constitucional para incluir el derecho a la salud de todos los ciudadanos. En un intento para cumplir con esta meta, se inició una reforma institucional: se expidió la Ley General de Salud que otorgaba a la SSA el papel normativo de todo el sector y se estableció el SNS, que sería el gran racionalizador, con el objetivo implícito de aumentar la cobertura y mejorar los servicios.

Se pusieron en marcha dos estrategias en cuanto a la asistencia social en salud. La descentralización, con miras a alcanzar la población “abierta” (sin seguros); se transfirieron los servicios de atención de salud que tenía la federación (el Estado federal) a los gobiernos estatales, y se presionó a estos para aumentar el presupuesto. Pero el proceso quedó truncado por la rivalidad entre la Secretaría de Asistencia y el IMSS; la normatividad, el control de las finanzas y del personal quedaron en el nivel nacional (federación); resultó más en una desconcentración que una verdadera descentralización. Resultó propiciando la expansión de servicios médicos privados sobre la base de la infraestructura pública. La modernización administrativa por otra parte, se tradujo por una concentración burocrática del poder en el Secretario de Salud, sin que haya aumento de recursos humanos y financieros en paralelo al aumento de la cobertura poblacional.

En fin, la reforma tropezó contra la heterogeneidad estructural del sistema, la cual resultó ser un obstáculo infranqueable para la integración del sistema nacional de salud. Las instituciones corporativizadas de seguridad social (IMSS, régimen de seguro en salud del PEMEX, etc.) que se resistían, el tiempo gozaban del mayor poder económico, político y organizacional en comparación con el peso institucional reducido de las entidades de asistencia (la misma Secretaría de Asistencia Social y otras entidades).

Las reformas en los años noventa

Brasil: la universalización a medias. Los resultados alcanzados a través de las reformas constitucionales de “universalización” de la protección social del año 1988 aparecieron mucho menores de lo que se esperaba. Si bien hubo cierta decepción después de las significativas reformas de la protección social incorporadas en la Constitución de 1988, a partir de 1993 se retoma un sentido más democrático y más universal para implementar gradualmente tales reformas. Entre 1990 y 1993 el Congreso había adoptado textos legislativos en particular lo concerniente a la seguridad social y el Sistema Único de Salud-SUS, y en Diciembre de 1994 promulgó la Ley orgánica de la Asistencia Social. Sin embargo, nunca se logró implementar la reforma legislativa e institucional global que permita cumplir con los nuevos principios inscritos en la Constitución.

En las administraciones de Collor y de Cardoso continuó la reforma de la política social en el contexto de la puesta en práctica de las reformas constitucionales. Quedaron como “reformas condicionales”, subordinadas a políticas macroeconómicas de ajuste.

En la administración Collor (1990-1993), estas reformas quedaron subordinadas la necesidad de aplicar los ajustes fiscal-financieros del Estado, con una política monetaria de austeridad. Se anunciaron muchos programas esparcidos de política social, pero no se les dotó de recursos y de medidas concretas para su ejecución. Tampoco se concretizó un proyecto de “Reconstrucción Nacional” (1993), incluyendo medidas para erradicar algunos privilegios de unos grupos sociales dentro del sistema de seguridad social. En realidad, el programa de ajuste económico y las restricciones fiscales justificaron una reducción del gasto social, mientras se dio una “recentralización” de las decisiones de política social, con estilo clientelista y patrimonialista.

La reestructuración del sistema de protección social, con el objeto de disminuir significativamente la desigualdad y la pobreza, hacia parte del programa de gobierno Cardoso (1995-1998). Pero de manera similar a la posición de los gobiernos neoliberales mexicanos, la administración de Cardoso fijó como condición para las mismas reformas y el gasto social, tanto la estabilidad macroeconómica y la reforma del Estado, como la recuperación del crecimiento económico.

La política social se había definido alrededor de tres ejes principales: 1. Proveer servicios básicos de carácter universal, que incluyen programas de seguridad social, atención de la salud, educación, bienestar, vivienda y sani-

dad. 2. Trabajo, empleo y programas de ingreso, centrados en la generación de nuevas oportunidades de trabajo y la reducción de la discriminación social que aun prevalece en el mercado de trabajo. 3. Programas prioritarios dirigidos a la eliminación de la pobreza, algunos de los cuales se ubican dentro de los programas universales y otros como parte del programa de Comunidad Solidaria.

Este programa entró en contradicción con la liberalización y con los ajustes económicos, mientras el sistema de salud brasileño siguió confrontado con graves problemas que quedaban sin resolver: un grave desbalance financiero (desde principios de la década de los noventa); una gestión de corte clientelista; un tamaño desmesurado que por sí sólo, es un obstáculo para lograr una buena administración. El ajuste fiscal que han sufrido los estados y un gran número de municipalidades aumenta los problemas financieros del sector salud. Desde que el Fondo de Estabilización Fiscal se estableció en 1995, se ha afectado todo el sistema de protección social, ya que deja un estrecho margen para el mejoramiento de los programas. Un problema importante es que no se han definido los criterios para redistribuir los recursos fiscales a los estados y municipalidades, a pesar de que la Ley para la organización y financiamiento de la protección social fue promulgada desde julio de 1991.

El sector de atención a la salud, supuestamente integrado desde 1993 (con la medicina del seguro social integrada al ministerio de Salud) nunca consiguió el suficiente financiamiento. Como balance subsisten algunas formas institucionales en la PS brasileña heredadas de la etapa autoritaria, en especial el clientelismo, el paternalismo y los privilegios y desigualdades derivados de estas: persisten toda clase de flagrantes desigualdades y privilegios (regímenes especiales, categorías de trabajadores, tipos específicos de jubilación) las cuales impiden la cabal aplicación universal de servicios y prestaciones. Tampoco progresó la descentralización de la asistencia social por un proceso de recentralización federal de los recursos, obstaculizando la gestión municipal.

En fin, el balance de los años noventa parece bastante negativo. Comenta Draibe: "Todavía más, hubo un deterioro de la red de servicios sociales en vista de la desastrosa reforma administrativa y los recortes presupuestales de tipo neoliberal, tales como la eliminación de los subsidios alimentarios. Todo esto dio lugar a una situación paradójica, ya que por un lado se implementaban generosas reformas del sistema de protección social, Brasil experimentó el más serio estancamiento de su historia, tanto en sus programas como en la red de prestación servicios sociales, que afectaron sobre todo a los segmentos más pobres" (4).

Dentro de los factores de fracaso se mencionan la crisis fiscal del gasto social ligada a la estrechez de la contribución estatal y de las cotizaciones de patrones y trabajadores (afectadas por los vaivenes de la actividad económica y de la inflación) pero también la acción de clientelas de beneficiarios y la fuerza del corporativismo sectorial.

México: la privatización en marcha. En un contexto de crisis económica (1982-1987), recortes significativos al gasto público coincidiendo con una vigorosa campaña de aumento de cobertura habían incrementado el deterioro y descrédito que venía sufriendo el sistema de Seguridad Social. El consiguiente desplome de la calidad de los servicios ocasionó presiones crecientes para exigir la privatización de los servicios por parte de intereses del sector privado (asociación privada de hospitales, compañías de seguros, como organismos financieros internacionales).

Los primeros pasos hacia una privatización parcial del sistema de protección social mexicano se dio en el sector de pensiones. La ley de IMSS (1990, sobre el uso de fondos del ramo IVCN) determina un incremento de las cotizaciones de empleadores y trabajadores, y organiza la inversión financiera de los fondos. En 1992, se establece el sistema de ahorro para el retiro-SAR: se trata de una cuota del 2 % sobre los salarios a cargo de los patrones para constituir un fondo de ahorro en los bancos privados para el retiro de los trabajadores, en adición a la jubilación que estaba incluida en el IVCN. La privatización definitiva del IVCN se realiza con la Ley de diciembre de 1995, sustituyendo el IVCN por el RECEAV y el INVI; los fondos están manejados por administradoras de fondos-AFORE, bajo el régimen de capitalización individual; las AFORE están acompañadas con una Sociedad de Inversión de Fondos para el Retiro encargada de invertir en valores financieros los ahorros depositados y pagar la pensión. Este esquema de ahorro viene con altas restricciones para los trabajadores (65 años, 1 250 semanas de cotización).

En julio del 1997 empezó a operar este sistema de ahorro para pensiones a través de instituciones financieras privadas. Con resultados bastante mediocres en cuanto al rendimiento promedio (8 % bajando a 5,6 %). Adicionalmente, el objetivo pregonado de incrementar el ahorro interno, para fortalecer la inversión productiva, no se ha cumplido, pues los fondos de ahorro han servido en un 97 % para financiar la deuda interna del gobierno.

En el sector salud, la orientación a mediano plazo hacia una cierta privatización se hace sentir a través el programa de reforma (1995-2000) el cual

se plantea con tres prioridades: a) aumentar la cobertura de los servicios públicos de salud; b) elevar la eficiencia de la prestación de servicios; c) evitar la explosión automática del gasto en salud. Se pretende elevar la eficiencia del sistema a través de la diversificación y descentralización de los prestadores de servicios de salud (“romper la administración centralizada”, “darle opciones al consumidor”). Con la introducción de una dosis de competencia no solo entrarán a competir el sector público, o sea el IMSS y los seguros privados, sino que también se inaugura una “competencia interna” al mismo IMSS entre “zonas médicas”. Cabe notar que esta parte de la reforma es coherente con la integración en marcha en el marco de la ALENA: a través de la subcontratación con empresas privadas y compañías de seguros, facilita la entrada de empresas norte-americanas en el mercado mexicano.

En cuanto a la prestación de servicios, esta quedaría partida en tres segmentos. Las operaciones de asistencia social se pasarán a las entidades estatales regionales (federativas); la atención médica de tipo asistencial se piensa como un paquete mínimo para la población pobre. El IMSS prestaría servicios médicos a los trabajadores con más bajos salarios (y mayores problemas de salud) a través de un paquete intermedio de servicios médicos. El tercer segmento le corresponderá a la medicina privada a través de una serie de planes de atención graduados de acuerdo a los ingresos de los derechohabientes.

La nueva Ley del IMSS contempla la afiliación voluntaria para el seguro de salud familiar (con un costo del 22,4 % sobre el salario mínimo para el afiliado y 14,6 % sobre el salario mínimo para cada miembro adicional de la familia). Con un tal costo se calcula que quedaría prácticamente fuera de alcance para 70 % de las familias (o sea la proporción de familias que tienen ingresos desde menos de 1 salario mínimo hasta 3). Se supone que la ampliación de la cobertura se realizara por otro mecanismo ligado a cambios en el financiamiento. En el seguro de salud, la ley del IMSS asigna una cuota fija de 13,9 % sobre un salario mínimo tanto para los patrones como para el Estado; o sea un aumento de la contribución estatal y una disminución de la cotización patronal, quedando exentos los trabajadores que ganan hasta tres salarios mínimos (sin embargo, según estimaciones, el aumento de la contribución estatal, no alcanzará a compensar la disminución de las cotizaciones a cargo de trabajadores y empresas). La idea es facilitar la afiliación de los trabajadores informales, y al tiempo levantar obstáculos al crecimiento de empleos formales.

Se programa una separación y diversificación de fuentes de financiación (ampliación de la participación de los seguros privados y cuotas por servi-

cios públicos) del financiamiento de la prestación de servicios con un doble objetivo: para ampliar el mercado privado (los prestadores privados podrán acceder a fondos de seguridad social: mediante la reversión de cuotas, los afiliados del IMSS podrán optar por seguros o servicios médicos privados); para que la asignación de recursos no se base en los gastos pasados. A mediano plazo, el objetivo consiste en una reestructuración del Sistema Nacional de Salud que actualmente se encuentra segmentada en varios subsistemas con escasa vinculación e integrados verticalmente; habrá una transformación de la estructura en términos horizontales por medio de funciones para establecer la articulación de los subsistemas de salud y evitar su segmentación. Bajo el modelo propuesto por la reforma, la Secretaría de Salubridad y Asistencia Social tendrá las funciones de regulación, establecimiento de políticas nacionales del SNS, así como la supervisión y control de calidad de los servicios. A largo plazo, la Secretaría de Asistencia se quedaría con el solo control normativo del sistema de salud, mientras el IMSS se quedaría con el papel de cobrador de cotizaciones obligatorias con la probable canalización de las cuotas de los cotizantes con ingresos más elevados a las empresas privadas de atención médica.

DETERMINANTES EN LA CONFIGURACIÓN Y REFORMAS DE LOS SISTEMAS

El enfoque tradicional: coyuntura y factores exógenos

Muchos analistas privilegian una serie de factores explicativos de índole coyuntural o exógena en la evolución histórica de los sistemas de protección social en América Latina. Éste es por ejemplo el caso de la “escuela de Pittsburgh” y de su más prestigioso experto, Carmelo Mesa-Lago. Su visión es la de un encadenamiento de causas que afectaron los sistemas latinoamericanos a partir de finales de los años setenta para desembocar en una ola de reformas a carácter “neoliberal”. Visión que se condensa en la siguiente consideración (7): “Los países pioneros fueron los primeros afectados por déficit actuariales y financieros en los sistemas de seguridad social. Desde los decenios del sesenta y setenta, Uruguay (el prototipo de Estado de Bienestar en la región), Argentina y Chile enfrentaron estos problemas porque los gastos eran superiores que los ingresos (al menos en algunos de sus programas o fondos), lo cual obligó al Estado a hacer transferencias fiscales crecientes. Ocurrió entonces un proceso de unificación de los múltiples fondos o “cajas” existentes pero no se resolvieron los problemas de fondo (Chile, sin embargo realizó una reforma estructural de su sistema en 1980-81). Algunos países del grupo intermedio comenzaron a sufrir problemas financieros.

La crisis económica del ochenta agravó el déficit en los países pioneros y provocó la crisis latente de la seguridad social en la mayoría de los países de los otros

dos grupos. El aumento del desempleo y la expansión del trabajo informal (no cubiertos por la seguridad social) redujeron la cobertura y los ingresos del sistema. En los pocos países en que la seguridad social incluye seguro de desempleo y asistencia social, los desempleados comenzaron a cobrar subsidios de desempleo y el número creciente de pobres recibió pagos asistenciales. La hiperinflación disminuyó el salario real y la recaudación por cotización a par que aumentó los gastos (ajuste de pensiones, incremento en costos sanitarios); además creó incentivos para la evasión y la mora, y provocó rendimientos de la inversión negativos pues el capital y los intereses no estaban indexados. El gobierno no pagó o demoró sus contribuciones como empleador y tercera parte, y cuando negoció el pago de la deuda, lo hizo con una moneda devaluada o bonos de pobre rendimiento. A fines del decenio del ochenta, los déficit del sistema de seguridad social en Argentina, Cuba, Chile y Uruguay fluctuaban entre 5 % y 17 % del PIB y los subsidios fiscales como porcentaje del total de gastos del sistema entre 35 % y 63 %. Intentando restaurar el equilibrio o reducir el déficit, muchos países permitieron una erosión del valor real de las pensiones y paralizaron la inversión en infraestructura y equipo sanitario.

El ajuste estructural contribuyó a la crisis de la seguridad social. El proceso de recorte de empleo estatal y de gastos fiscales impactó adversamente a la cobertura y los ingresos, mientras que el cierre de empresas ineficientes y/o no competitivas por causa de la liberalización y la apertura externa provocó efectos similares. Los presupuestos de salud pública fueron reducidos y se paralizó la inversión en su infraestructura por casi un decenio. A fines del decenio del ochenta, la presión de los organismos financieros internacionales (FMI, Banco Mundial) para restaurar el equilibrio fiscal les llevó a identificar a la seguridad social como una causa del déficit, pero también como una fuente potencial de financiamiento y desarrollo del mercado de capitales. Los primeros estudios y misiones se iniciaron a mediados de los ochenta aunque no tuvieron resultados significativos en ese decenio. Pero al comienzo del decenio del noventa la crisis doméstica de la seguridad social y la presión externa abrieron el camino para la reforma."

Lo que sucedió luego a partir de los años ochenta no sería más que la historia de la incapacidad de perpetuar antiguos sistemas armados en la época clave de los años cuarenta. Estos sistemas entraron en un proceso de degeneración por varias razones que se pueden sintetizar en la imposibilidad económica de seguir sacando los recursos indispensables. La crisis de la protección social en América Latina, el "ascenso hacia la bancarrota" (8) era anunciada desde antes de la crisis económica generalizada de los años ochenta, la cual no hizo sino desatar y profundizarla. El esquema teórico es el de una tendencia única y dominante en la evolución posterior de los sistemas; en suma, una convergencia generalizada hacia modelos de reforma de corte neoliberal, por encima de las especificidades y distintos modelos (Cuadro 1, Apéndice Cuadro A1).

Se contempla por supuesto una cierta dosis de idiosincrasia nacional, bajo forma de una graduación en el "neoliberalismo" de las reformas. Pero el porqué de ello queda sin explicar; Mesa-Lago constata meramente un fenó-

meno, una “relación” que por sí no tiene valor explicativo: “Existe una relación entre los grados de liberalización política (democratización) y liberalización económica (reforma neo-liberal) y entre éstos y el grado de privatización de la seguridad social? A menor el grado de democratización mayor es el grado de liberalización económica y viceversa. La otra relación parece ser inversa: a mayor el grado de democracia al tiempo de la reforma de la seguridad social menor su grado de privatización y viceversa. Por lo contrario existe una relación directa entre el grado de liberalización económica y el grado de privatización de la seguridad social (con la excepción de Argentina)”(7).

Cuadro 1. Tipología de sistemas y reformas de la protección social en América Latina

Sistemas de protección social [OIT-OPS99]		Reformas de sistemas de protección social (años noventa)	
Modelos	Casos	Modelos	Casos
Públicos Integrados (Financiación y provisión públicas)	Costa Rica Cuba	Monopolio o predominio del sector público	Monopolio: Cuba Predominio: Costa Rica
Seguro de salud unificado (Sistema nacional de salud de finalidad pública y provisión. Mixta)	Brasil		
Aseguramiento mixto regulado (diversas formas financiamiento, aseguramiento y provisión con importantes grados de regulación pública)	Argentina Chile Uruguay Colombia	Con selectividad y participación significativa del sector privado	Modelos selectivos múltiples: Colombia, Argentina Modelos selectivos duales: Chile, Perú
Sistemas segmentados (subgrupo heterogéneo)	México El Salvador Venezuela Ecuador Perú Bolivia Paraguay		

Fuentes: Referencias 7 y 16

Varios autores enfatizan el papel clave de los organismos internacionales en las sucesivas reformas de las dos últimas décadas. Queda evidente que la crisis económica de los años ochenta, la peor en América Latina desde la crisis mundial del año 1929, otorgó un peso enorme a las entidades financieras internacionales, FMI, bancos privados y países acreedores, que privilegiaban el enfoque neoliberal de la realidad económica. La principal inquietud de estos actores y motivo de su preocupación por la reforma de sistemas de protección social era el volumen de recursos fiscales que se dedicaban a programas sociales con los potenciales desajustes para finanzas públicas. En esencia, el recomendado modelo de reforma abarca privatización o introducción de actores privados entrando a competir con el sector público en pen-

siones y salud, descentralización de la prestación de servicios y focalización de beneficios.

Según Huber (9), tres conclusiones se alcanzan a sacar en cuanto a la difusión de modelos de reforma en política social en América Latina. Primero, el “motor principal” de propagación fue la influencia de los organismos financieros internacionales. En segundo lugar, esta influencia misma no siempre tuvo el mismo peso ni tampoco una orientación idéntica; se moduló a finales de los años ochenta, tomando en cuenta el impacto social catastrófico de políticas de ajuste “de primer estilo” y el cambio de discurso hacia “el ajuste humanizado”. Por otra parte, con la salida de crisis de los años noventa, estas instituciones y defensores de reformas neoliberales han venido perdiendo influencia.

Sin embargo, el mismo autor profundiza la problemática. En un intento para aclarar el porqué tal o tal país de América Latina adoptó tal o tal modelo de reforma del sistema de protección social en el lapso de las dos últimas décadas, Huber estudia el caso de cinco de estos países: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay. Son los países dice, donde “una mayoría de la población estuvo y sigue estando cubierta por una u otra forma de seguro social en pensiones y salud”. Según el autor, los países donde la reforma se implementó en forma más “radical” (o sea más se acercó al modelo “neoliberal”) son los mismos donde “se reestructuró el régimen político en forma similar: se trata principalmente de Chile y Perú, en menor medida de Argentina y México, y en medida aún menor de Brasil, Uruguay y Costa Rica”. ¿Cuales son los determinantes que han definido el lugar donde se ubicaron estos países en una escala que tiene como extremos “las reformas radicales del neoliberalismo chileno”, por un lado, y por el otro, “los ajustes suavizados de las políticas universalistas y solidarias de Costa Rica y Uruguay”? Los factores explicativos alegados por Huber son de dos tipos: coyunturales y estructurales.

En términos de coyuntura, “la amplitud de las reformas obedeció al equilibrio de fuerzas entre partidarios y oponentes a la reforma, equilibrio que era función de la gravedad de la crisis económica. Cuanto más profunda la crisis, menos peso tenían los sindicatos para defender los intereses de los asalariados y beneficiarios de la protección social, más predispuesta estaba la opinión a aprobar programas de reformas drásticas y punto clave, más se consolidaba la influencia de los organismos financieros internacionales”. Factor adicional para considerar en este enfoque, es la capacidad de movilización y aptitud para pactar alianzas. En países democráticos industrializados, “alianzas entre grandes movimientos obreros y partidos políticos socialdemócratas han logrado fomentar el desarrollo de Estados de Bienestar de tipo solidarista, con cobertura universal y prestaciones sociales proporcionadas por el sector público.” En Argentina, país “donde la movilización es tradicionalmente alta [...] pensionados y sindicatos, apoyados por partidos de oposición

se movilizaron contra reformas radicales apuntando a la privatización y reducción de beneficios". Le tocó al gobierno Menem conciliarse con los sindicatos: "cooptó ciertos sindicatos de mucho poder otorgándoles parte del control de las entidades privatizadas y manejo de los nuevos fondos privados de pensiones". En Brasil, en el proceso de transición democrática de los años ochenta, a raíz del surgimiento de varios "movimientos sociales y actores políticos nuevos [...] se insertaron en la Constitución dispositivos de índole universalista y bastante generosos".

Determinantes de tipo institucional – o estructural – no obstante, cobran más importancia en el análisis desarrollado por Huber quien señala tres factores: la forma de las instituciones políticas, el sistema de partidos políticos y la existencia de "nichos de privilegios". "El repliegue del Estado de Bienestar no es popular en el electorado y tiene un alto costo político para los gobiernos [...], los dirigentes democráticos siempre dudan en recortar los gastos." Se puede luego interpretar en gran parte "la orientación 'radical' de Chile hacia privatización, dualismo y 'residualismo' [por] la extrema concentración del poder en la dictadura militar". A cambio, "la persistencia o promoción del papel estatal en prestaciones y servicios básicos universales en Costa Rica, Uruguay y Brasil, como la tendencia Argentina a suavizar el modelo chileno" pueden relacionarse con la "política democrática más abierta" en estos últimos países. En países democráticos, por tanto, el grado de "radicalismo" (de neoliberalismo) de las reformas sería función del grado de "dispersión" o "concentración" del poder político determinado por "estructuras constitucionales" nacionales. Las "estructuras que diseminan el poder, caracterizadas por un federalismo denso, un bicameralismo dominante y posibilidad de recurrir a consultas populares" tendrían un efecto doble. Un efecto negativo dificultando "la implementación de programas sociales generosos, ya que proporcionan múltiples oportunidades de 'vetos' y incitan minorías a movilizarse en contra de una legislación social global". Huber precisamente se apoyó en el caso brasileño para sostener esta afirmación: "Brasil mejor ilustra el hecho de que la dispersión del poder lleva al gradualismo y constituye un obstáculo notable en la adopción de una legislación de reforma global". El caso de Uruguay ilustraría el otro efecto, complementario, de la misma dispersión del poder, a saber la capacidad de diferir "retrocesos en periodos de repliegue del Estado de Bienestar": "El éxito del referéndum en Uruguay para conservar el valor real de las pensiones muestra que [la dispersión] puede lograr la preservación de programas de protección social ya existentes".

El segundo factor, que contribuye a dar forma a la concentración o dispersión del poder político es el sistema de partidos. Cuando se encuentra fragmentado, como en Brasil o Uruguay, obstaculiza la aparición de alianzas y uniones a favor de la reforma. Cuando está compuesto de partidos con capacidad de cohesión, proclives a formar mayorías parlamentarias estables, el sistema favorece, como en Argentina, la implementación de reformas de fondo en protección social.

El tercer elemento al cual se refiere Huber, son los “nichos” de privilegios fomentados bajo la vigencia de sistemas de protección social anteriores a los años ochenta. Reformas de carácter global resultan más fáciles de realizar cuando estos no han cobrado tanta importancia, como en Argentina donde sólo policías y militares gozaban de regímenes de pensiones específicos muy favorables. “En Brasil y Uruguay, varias categorías de profesionales tenían sus propios sistemas públicos, privilegiados y costosos, y no dudaban en movilizarse para conservarlos”; de hecho, muchas lo lograron en Uruguay, mientras que en Brasil “la reforma que precisamente apuntaba a disminuir estos privilegios quedó en una sin salida”. Cabe señalar que los privilegios que aquí se mencionan también son los adquiridos por prestadores de servicios; ello cobra especial importancia en el caso de Brasil donde, como se vio anteriormente, el sector de las empresas privadas de salud alcanzaron desde temprano a tener un papel clave en la extensión del sistema de salud. Estos actores, escribe Huber, “son férreos opositores contra reformas tendiendo a más igualitarismo en el acceso a infraestructura y servicios públicos y privados, ya que significan necesariamente controles más estrictos sobre el sector privado”.

Si seguimos en este mismo marco analítico, el caso de Colombia sugiere algunos comentarios. La moderada crisis de los años ochenta – con relación a lo sucedido en muchos otros países latinoamericanos – no se puede contemplar como un factor favorable hacia una reforma global y radical de la protección social bajo la influencia del paradigma neoliberal en un contexto de presiones por entidades financieras internacionales. De hecho la crisis económica no alteró significativamente el equilibrio de fuerzas entre partidarios de la adopción de una reforma “tipo chileno” y defensores de “derechos adquiridos” (sindicatos de asalariados, empleados públicos, intereses ligados a la existencia del ICSS, etc.). Pero cabe anotar aquí que estos últimos tenían una convocatoria bastante reducida si se toma en cuenta que no contaban sino con una minoría de la población (el 20 % a lo mejor, por la baja cobertura tradicional del sistema de seguros sociales). Tampoco en Colombia existía un fuerte sector privado de prestadores de servicios (a diferencia de Brasil) interesado en conservar privilegios. Finalmente, el único factor que se podría considerar como favorable a la implementación de una reforma substancial y global del sistema en Colombia es el grado de concentración del poder: inferior al de México pero obviamente mayor al de Brasil.

Protección social y rasgos estructurales del vínculo social

Volviendo a la hipótesis que se planteó en introducción, recordamos que la lógica de desarrollo de los sistemas de protección social se ubica en la arti-

culación de las formas de asalarización y los modos de legitimación estatal. En cuanto a las primeras, mientras que México desarrolló un modo de regulación de la relación salarial fundado más en el corporativismo sindical y empresarial que en el clientelismo, en Brasil el corporativismo ha sido menos fuerte que el clientelismo. Se puede contrastar la gestión brasileña más “libre” (descentralizada) y la gestión mexicana más estatal y corporativista de la mano de obra y el mercado laboral. Tal caracterización es coherente con una diferenciación entre el régimen burocrático-corporativista de legitimación política en México y un sistema brasileño que se apoya en una legitimación de tipo localista-clientelista.

Caracterización del vínculo social. En materia de control social, prevalece el clientelismo político localmente arraigado. La dependencia del poder central frente a los poderes locales es una característica histórica estructural de Brasil. Incluso en la época del populismo, se puede cuestionar la idea de una representación corporativista de los intereses en cuanto a decisiones de políticas públicas; aún durante el periodo de la dictadura militar, estos poderes locales lograron imponer su dominio en el seno de las agencias locales de la administración central (federal). No existe organización (gremio) patronal centralizada a nivel nacional: son asociaciones con bases regionales; los sindicatos también escaparon del control corporativista del Ministerio de Trabajo creado por la dictadura militar. Existe por supuesto un cierto grado de corporativismo, y el Estado no está sin capacidad organizacional de control social, pero, la sociedad nunca resultó enmarcada de manera perdurable bajo una forma centralizada en organizaciones de carácter y dimensión nacional (a diferencia de México). Testimonio de ello es la ausencia de voluntad política - sino hasta el régimen militar de Geisel, en 1974-1979 - de poner en marcha una política social asistencial sistemática a nivel federal. Cuando se implementó, la centralización y unificación administrativa del sistema de asistencia social no impidió su recomposición inmediata para un uso clientelista del mismo.

Las formas de trabajo siguen muy marcadas (más que en México) por la herencia colonial con relaciones de vasallaje del asalariado frente a su empleador. Estas apenas vienen contrarrestadas por una codificación de las condiciones de trabajo, empleo y despido, negociadas con los sindicatos, reglamentación que apenas se ha vuelto efectiva en los años ochenta. En el campo sigue reinando el “coronelismo”, y en el medio urbano el clientelismo que traduce su transposición con el desarrollo del “sector informal”. En síntesis en la relación salarial y mercado laboral predominan una regulación “competitiva”, una administración liberal y descentralizada de la fuerza de trabajo.

La forma de clientelismo que existe en México se encuentra estrechamente controlada y contenida por el poder político central. Los arreglos institucionales dominantes en el control social son propios del corporativismo; existe una simbiosis entre asociaciones profesionales, sindicatos (incluso asociaciones de barrios) y un partido político asimilado al Estado desde la época revolucionaria de principios del siglo veinte. "Como lo revela su reforzamiento en los años setenta, las políticas asistenciales centralizadas estructuran la relación Estado-sociedad en México, de la misma forma en que el peso de los sindicatos consagra la primacía del corporativismo en el sistema política. Se trata, de hecho, de políticas que surgen de una lógica de solidaridad nacional, más que de asistencia, en el sentido liberal del término" (10).

Así, la legitimidad del Estado, mucho antes que en Brasil, se planteó en términos de una "cuestión social". Paralelamente a la implementación de la reforma agraria (o en sustitución de su ampliación), se impuso la necesidad de que el poder central tomara a su cargo a los relegados de un sistema de protección social construido, además, casi exclusivamente sobre la base del seguro contra riesgos económicos de la actividad asalariada. En el caso de México, la asistencia es objeto de una política central del Estado, que se ha traducido en subsidios a los productos básicos, precios de garantía a los pequeños productores campesinos, y políticas sociales dirigidas, en primer lugar, a las poblaciones indígenas, pero que se ampliaron progresivamente a la ordenación de las zonas de invasión urbana, hasta convertirse finalmente en una política sistemática de administración de la pobreza extrema.

Por otra parte, las formas de trabajo en México son menos marcadas que en Brasil por la herencia colonial. La Revolución del 1910 dejó una huella en la constitución del Estado-nación, que contrarresta esa herencia. Incluso se constata la presencia de procedimientos convencionales de tipo fordista en ciertos ramos de la industria que han conferido a los sindicatos ligados al régimen un peso importante en el funcionamiento de las grandes empresas públicas y privadas. La indexación de los ingresos salariales a la productividad fue ahí mucho más clara que en Brasil. Adicionalmente, la evolución comparada - hasta principios de los años ochenta - del salario mínimo real en ambos países deja ver un crecimiento más fuerte del salario de referencia en México.

Las distintas lógicas de la protección social. En ambos países, se afirmó a lo largo del periodo una tendencia a la ampliación de la protección social, la cual se plantea continuamente en los discursos oficiales como una dimen-

sión fundamental de la construcción nacional y como un imperativo de la legitimidad del Estado.

Las diferencias en los regímenes de protección social remiten, por supuesto, a variables socioculturales como el papel protector de estructuras familiares, o valores culturales individualistas (Brasil) o comunitaristas (México), así como a evoluciones sociodemográficas.

Sin embargo, la historia de la administración de los regímenes de protección social en ambos países está claramente marcada por dosis antagónicas de prácticas clientelistas y corporativistas, que condicionan el acceso de los derechohabientes a las prestaciones. La misma oposición que prevalece en materia de regulación del vínculo social determina la existencia de dos lógicas distintas en estructura de la protección social. En México, el sistema está compuesto de dos subsistemas: un sistema de seguridad social (“bismarquiano”) de tipo “meritocrático-corporativista” estatizado, cuya extensión limitada al asalariado urbano se compensa con un sistema de asistencia social nacional, igualmente centralizado.

El sistema brasileño, por el contrario, resulta de la combinación de un sistema de seguridad social de tendencia universalista minimalista (“beveridgiano”), por lo demás sumamente fragmentado - apoyándose en el sector privado para la prestación de servicios - y de un sistema asistencial clientelista descentralizado.

Producto directo de la divergencia en las lógicas de los sistemas, se encuentra una diferencia mayor entre Brasil y México relativamente al grado de universalización de la seguridad social. En términos generales, la cobertura de la seguridad social está más desarrollada en Brasil que en México, el cual arrancó con retraso en esta materia, pero casi recuperó su atraso a principios de los años setenta. Sin embargo, la brecha en la tendencia a la universalización se abre de nuevo durante las dos siguientes décadas: a principios de los noventa, la casi totalidad de la población está oficialmente cubierta en Brasil, mientras que más de la mitad sigue sin estarlo en México (los datos tienen valor relativo ya que las estadísticas en esta materia son menos confiables en Brasil que en México).

La forma del control social en Colombia se encuentra, a primera vista, muy parecida a la de Brasil, en dos aspectos. Primero en cuanto al tipo de clientelismo político, que se encuentra tradicionalmente muy localmente enraizado, restringiendo la autonomía del poder central. Sin embargo, el corporativismo si pesa más en Colombia: los gremios patronales, centralizados a nivel nacional, siempre han tenido mucho peso en las decisiones de política

económica. El sindicalismo, por otra parte, a pesar de unos u otros intentos históricos (durante la “República liberal”, por ejemplo) no resultó ligado al régimen político sino a través de relaciones clientelistas en el seno de empresas públicas.

En cuanto a la caracterización de las formas de trabajo, Colombia se encuentra en una situación intermedia entre Brasil y México. Las normas enmarcando la relación salarial son tradicionalmente más presentes que en Brasil, pero menos efectivas y universalizadas que en México; la organización del mercado laboral colombiano resulta más competitiva y descentralizada.

Por lo que concierne a la lógica del sistema colombiano de protección social, el rasgo que más lo diferencia de los dos otros es la tardía y escasa extensión de la cobertura real tanto en seguros sociales como en términos de la población que tiene acceso real a servicios de asistencia social (en los años ochenta las estadísticas indicaban que todavía una tercera parte de la población total no tenía acceso ni al uno ni al otro subsistema). La interpretación que se puede dar de este fenómeno es que, a largo plazo y fuera de unas épocas de crisis política, la ampliación de la cobertura poblacional nunca se convirtió en un canal prioritario de legitimación del Estado y del régimen político. Con un Estado bastante débil, los dos partidos políticos tradicionales se protegieron por medio de acuerdos de monopolio que descartaban la competencia y se legitimaron por otros medios, de los cuales se pueden mencionar tres: el clientelismo bipartidista, la consolidación de una red muy densa de “meso-contratos” (11) tejida entre el Estado y varios actores o grupos de la sociedad civil, y una gestión muy “juiciosa” de las variables macroeconómicas, cuidando tanto los intereses de la más poderosa Federación de cafeteros como los de los industriales.

En su versión anterior a la reforma de 1993, el sistema colombiano era mixto, parecido al de México, combinando un subsistema de seguros sociales (“bismarquiano”, de tipo “meritocrático-corporativista” estatizado, con extensión limitada al asalariado urbano), con un subsistema asistencial también centralizado pero clientelizado a nivel local y menos desarrollado ya que no alcanzaba a compensar la reducida cobertura de los seguros (12).

Regímenes de acumulación e impacto en sistemas de protección social

Regímenes de acumulación en Brasil y México

Una trayectoria similar en las primeras etapas. Se pueden identificar tres patrones sucesivos de acumulación de capital desde finales siglo XIX hasta los años ochenta del siglo XX (Ver Apéndice, Cuadro A2):

1. El modelo “primario-exportador” (basado en la exportación de productos primarios): se consolida hacia 1870 en Brasil, hacia 1880 en México (más tarde, a principios del siglo veinte en Colombia); 2. Con la Gran Depresión de los años treinta y la segunda Guerra Mundial (cierre de los mercados de exportación), el desarrollo se orienta hacia el modelo de “industrialización por sustitución de importaciones”-ISI, focalizado en el mercado interno y sobre la base de bienes de consumo no durable. Este proceso se aceleró en los años de la Segunda Guerra Mundial y culminó en las décadas de los años cincuenta y sesenta con una etapa de sustitución de bienes de consumo durable y en menor escala (mayor en ciertos países latino-americanos, menor en otros) a la de bienes intermedio y de capital.

El modelo ISI viene agotándose a partir de mediados de los años 1960 en Brasil, a principios de los 1970 en México (y Colombia). La maduración del modelo ISI tropezó contra dos obstáculos: 1. La necesidad de una mayor integración industrial sobre la base de una tercera fase centrada en los bienes de producción; 2. Sobre todo la exagerada concentración del ingreso (producto de un régimen de acumulación “excluyente”) que inhibió el crecimiento sostenido de la demanda efectiva. La ISI llegó a su límite por quedarse restringida a los bienes de consumo durables cuyo mercado se concentraba a las clases medias y altas en virtud de una estructura estructuralmente inequitativa del ingreso nacional. Adicionalmente el Estado resultó incapaz “para establecer relaciones fiscal-financieras y monetarias que lo lleven a legitimarse más cabalmente y a mediar una distribución del ingreso y la riqueza más justa que de pie a la conformación de una ciudadanía menos fragmentada y que pueda acceder a un proceso creciente de integración social” (6).; 3. La transición hacia un tercer patrón de acumulación dio lugar a una bifurcación en las trayectorias de Brasil y México.

La bifurcación. La oposición entre las trayectorias económicas y políticas de Brasil y México se hizo evidente en los años ochenta, cuando la crisis de la deuda sirvió de alguna manera como revelador de tal situación. Sin embargo, la divergencia había empezado diez años antes, cuando surgió en ambos países una crisis endógena en el régimen de acumulación “excluyente”, basado en la ISI. Para superar esta crisis, fue necesario un reacomodo del régimen de acumulación pero hubo una bifurcación, se produjo una di-

vergencia en las trayectorias económicas de estos países (en Brasil a partir de la segunda mitad de los años 60, en México, desde principios de los ochenta). Las diferencias entre regímenes políticos, formas institucionales de regulación y tipos distintos de mediaciones sociales determinaron en cada país opciones opuestas:

- En el caso de Brasil, con el golpe de Estado en 1964, el gobierno militar comienza a dar énfasis a una política de grandes inversiones públicas en infraestructura, así como la dinamización de la industria privada y al relanzamiento de la demanda gracias a la vivienda popular, la industria de la construcción y a las industrias domésticas; el régimen militar privilegió el crecimiento “a marcha forzada” por el lado de la producción, extendiendo la ISI hacia bienes de capital, sin modificar en nada la repartición de ingresos. “La marcha forzada hacia la tercera etapa de la ISI y a las exportaciones no sólo significó un endeudamiento público y un avance del déficit presupuestal, sino que también alimentó la inflación y agudizó los conflictos distributivos, lo cual se acompañó de una generalización progresiva de procedimientos de indexación. A través de la conversión de la deuda externa en interna se llegó a una hiperinflación durable y a una financiarización de la economía monetaria, lo cual desembocó en un costo social para las clases más desprotegidas y un beneficio para los rentistas de la deuda interna y los acreedores extranjeros. Posteriormente se confirmó este mismo voluntarismo estatal para tratar de extender el patrón de acumulación hacia un modelo que se podría calificar como “ISI 3 desde dentro-con exportación en una vertiente desarrollista. Desde 1973 se presentaron signos de crisis en vista de la incapacidad de la industria de bienes intermedios y de capital para satisfacer la demanda interna, así como por la concentración del ingreso que marginó a la clase trabajadora, lo que sumado al aumento de los precios de los productos alimentarios exacerbó el empobrecimiento de la población” (6).

- En México, el PRI prefirió, por el contrario, elevar la demanda, estableciendo una política de reparto más favorable a las clases populares – el llamado “desarrollo compartido” –, sin preocuparse mucho por reordenar la estructura productiva. De nuevo, la crisis financiera del 1982 impuso otro cambio de orientación hacia un “nuevo patrón de crecimiento”, el cual se orientó hacia fuera con rasgos “secundario-exportadores”, también excluyente e inequitativo pero con una clara orientación neoliberal. A pesar del gran peso que tenían sus empresas públicas, México no ha aplicado una verdadera programación de su desarrollo industrial. También la vecindad y dependencia de los Estados Unidos lo han encaminado a seguir un patrón de acumulación “secundario-exportador” en una vertiente “neoliberal”.

La crisis del sector agropecuario sumada a la crisis del sistema político mexicano en 1968, llevaron a tomar dos orientaciones básicas para refuncionalizar el patrón de acumulación: a. Se trató de profundizar la sustitución de importaciones hacia una tercera etapa de bienes de capital e intermedios mediante la inversión estatal; b. Se propuso una serie de reformas (que finalmente no se llevaron a cabo) en los ámbitos de la educación, atención de la salud y fiscal. Pero estas propuestas entraron en pugna con el sector empresarial, por lo cual este redujo significativamente la inversión productiva y organizó fuga de capitales hacia el exterior llevando al fracaso la revitalización del patrón de acumulación. Así, se presentó en 1976-1977 la primera gran explosión de la crisis estructural, dando paso a políticas de represión salarial y al debilitamiento del modelo político de regulación burocrático-corporativo, vigente desde medio siglo. Finalmente, después de otros intentos (acumulación de tipo “petrolera-rentista”), México entró en un proceso de adaptación a un modelo de desarrollo exportador, “hacia fuera”, con integración con el vecino del Norte.

Considerando el caso colombiano, notaremos que a partir de la ruptura del agotamiento del ISI, se asemeja al mexicano. No tanto por la similitud de regímenes de acumulación (de hecho por ejemplo Colombia se diferencia radicalmente por su no-inserción en un proyecto de integración económica regional), sino por el tipo de trayectoria, caracterizado por una sucesión de cambios de rumbo (hacia un modelo mixto ISI/exportador, vuelco al proteccionismo, apertura acelerada), en forma de “ensayos y error”.

Impacto en el desarrollo y crisis de los sistemas de protección social. Sería demasiado ambicioso desarrollar aquí un análisis del impacto de regímenes de acumulación en los respectivos sistemas de protección social. Nos limitaremos a algunas consideraciones sobre mercado laboral. Sin embargo, vale la pena ilustrar primero cómo el tipo de modelo de desarrollo puede afectar de manera directa el financiamiento de la protección social. Los antiguos sistemas se desarrollaron en un contexto de economías cerradas, protegidas por aranceles y barreras a las importaciones de bienes de consumo. Este contexto permitía que si en apariencia les correspondía a los empleadores una participación bastante elevada en los costos de la protección social a través de cotizaciones patronales, en realidad buena parte de ello recaía en los consumidores: era muy factible para los empresarios subir los precios de venta en un mercado donde no había interferencia con la competencia internacional. Este mecanismo (el mark-up) ha cobrado tradicionalmente mucha importancia en el sector industrial colombiano hasta la “apertura” de los años noventa. Este fenómeno participaba entonces en limitar el acceso de las clases populares a bienes industriales de consumo (por el nivel de precios) reforzando el círculo vicioso de la “acumulación excluyente” cuando la estrechez del mercado interno entrababa la profundización de la ISI. También obstaculizaba el desarrollo de una mentalidad “fordista” favoreciendo la búsqueda de progresos en la productividad del trabajo humano para compensar el costo del mismo.

Por contraste, los programas de “ajuste estructural” en reacción a la crisis de los años ochenta tanto como la apertura de las economías y confrontación con la competencia internacional colocaron el tema de las cotizaciones patronales dentro de las prioridades. En adelante, la eliminación de las barreras e impuestos a importaciones, como políticas de diversificación de exportaciones impidieron a empresarios desviar los costos sociales hacia el mercado, hacia el consumidor. En eso hubo convergencia entre intereses patronales y opciones ideológicas del neoliberalismo a favor de una rebaja de cotizaciones patronales. Pero en eso también Colombia se diferencia de muchos de sus vecinos: la reforma de 1993 no significó una tal rebaja sino una alza significativa de la participación patronal. Lo que puede tener impactos contradictorios en el financiamiento de la protección social: a corto plazo un incremento en recursos para el sistema, pero a mediano plazo desempleo por la alza del costo del trabajo, y por consiguiente una reducción del número de afiliados cotizantes. A largo plazo sin embargo, contribuye a definir un “precio” más justo del trabajo y fomentar incrementos de productividad.

El tipo de patrón de acumulación es un factor determinante en la organización y funcionamiento del mercado laboral, lo cual a su vez repercute en el desempeño del sistema de protección social. Los ajustes económicos drásticos de los años ochenta fueron operados de manera distinta por Brasil y México, y su impacto en la regulación salarial fue diferente, lo cual a su vez influyó en la operación del sistema de protección social. En Brasil – como en cierta medida en Colombia -, se optó por un ajuste *ex ante* al sector externo, y *ex post* al mercado de trabajo; en México fue a la inversa.

“En Brasil, durante la primera mitad de los años ochenta el mercado de trabajo urbano se ajusta por el aumento del desempleo y un aumento relativo de los trabajadores sin registro y de los trabajadores por cuenta propia. En la segunda mitad de la década, el trabajo asalariado registrado en la seguridad social crece, pero su participación relativa baja a favor del trabajo asalariado no registrado. A la vez la productividad media del trabajo se estancó en vista del tipo de ajuste que inhibió la inversión productiva en los sectores formales. Durante los años noventa, el empleo en Brasil evolucionó mayormente con base en la expansión del sector terciario, sobre todo en la micro y pequeñas empresas con deficiente organización, y el trabajo por cuenta propia, mientras que la industria de transformación disminuyó su participación” (6). Sin embargo, esta recuperación del empleo – pero no del salario medio - se dio en un contexto de flexibilidad salarial impuesta por empresarios y gobierno, y facilitada por el contrapeso de las formas precarias de trabajo.

“En México, entre 1982 y 1988, la creación de puestos para los nuevos entrantes al mercado de trabajo bajó cerca del 50 % en comparación con el periodo 1970 -1981, mientras que aumentaba el desempleo equivalente el cual alcanzó poco más del 20 % hacia 1988 y los sectores informales subían aceleradamente. No obstante, el número de trabajadores registrados

en el IMSS subió cerca de 7 % entre 1982 y 1988, lo cual no quiere decir que haya aumentado el número de puestos formales, ni tampoco el nivel de bienestar de los trabajadores, sino que fue resultado de una campaña de aumento de cobertura con grupos de bajos ingresos, a la vez que se desplomaba de manera contradictoria el presupuesto de la seguridad social. La violencia de la inflación se encargó de ajustar los salarios, aunque la violencia de la Secretaría del Trabajo impidió huelgas y reivindicaciones de los trabajadores” (6). A principios de los años noventa, con la recuperación de la economía subieron tanto el empleo formal como el informal. Después de la crisis financiera de 1994-1995, volvió también a aumentar el empleo total pero con una disminución de la participación del empleo formal en este total (Tabla 1).

Soria indica: “En resumen, las políticas de ajuste aplicadas en Brasil y en México han tendido a cambiar la estructura del mercado de trabajo hacia un aumento de la informalización y de los puestos precarios, y la flexibilización de los salarios, lo cual a su vez se refleja en el debilitamiento de la cobertura de la seguridad social y el aumento del asistencialismo. La diferencia ha estado en que en México las instituciones de seguridad social implementaron un aumento de cobertura, que infló ficticiamente las cifras oficiales, pero que en realidad destruyó la calidad de los servicios y prestaciones sobre todo en el ámbito de la salud” (6).

Tabla 1. América Latina: evolución estimada de la estructura del empleo, 1950-1990 (%)

Categorías	Composición		Composición		Crecimiento	Composición	
	1950		1980		1950-1980	1990	
PEA total	100		100		2,5	100	
Desempleo abierto	4		6			8	
PEA no agrícola	45		68		3,8		
Ocupación no agrícola	42	100	63	100	3,9	71 (a)	100
Sector formal	32	76	47	75	3,9	49	69
Público	(6)	(14)	(10)	(16)	4,5	(11)	(16)
Privado	(26)	(62)	(37)	(59)	3,7	(38)	(53)
Sector informal	10	24	16	25	3,9	22	31
Desempleo no agrícola	3		5				
PEA agrícola	55		32		0,7		
Ocupación agrícola	54	100	31	100	0,7	21 (b)	100
Sector moderno	22	41	13	42	0,8		
Sector campesino	32	59	18	58	0,7		
Desempleo agrícola	1		1				

Fuente: Weller J. Los mercados laborales en América Latina : su evolución en el largo plazo y sus tendencias recientes. CEPAL, Serie Reformas Económicas 11, LC/L.1160; Diciembre 1998.

(a) Se refiere a la ocupación en los sectores secundario y terciario.

(b) Se refiere a la ocupación en el sector primario.

EVOLUCIÓN DE LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL

Retomaremos como marco analítico algunas conclusiones de un trabajo desarrollado por dos economistas cercanos a la “escuela francesa de la regulación”, Bruno Théret y Jaime Marques-Pereira (10). La hipótesis de los dos autores acerca de la “bifurcación” o divergencia entre Brasil y México a partir del agotamiento del régimen de acumulación de la ISI, es que fue determinada por rasgos y “preferencias” estructurales relacionados con el tipo de regulación garante de la articulación y coherencia entre lo político y lo económico. En el primer caso (Brasil), siempre se ha privilegiado la preservación, la continuidad del modelo de desarrollo (hacia dentro) a costo de una flexibilidad a cargo del régimen político (la alternación entre democracia y dictaduras). En cambio, en el caso mexicano siempre se privilegió la conservación del régimen político – y compromisos institucionales de tipo corporativistas correspondientes – a cambio de una cierta flexibilidad en la determinación del régimen de acumulación. Esta doble situación de *trade-off* se podría sintetizar de la siguiente manera: el principal recurso de Brasil queda en su aparato productivo, su mayor fragilidad en su débil capacidad de control social; la primera fortaleza de México radica en su dispositivo de control social, su punto “débil” en el aparato productivo. Estos distintos arreglos por supuesto movilizan toda clase de dispositivos institucionales de mediación entre lo político y lo económico – entre aquellos los sistemas de protección social.

En las palabras de los autores: “En México, la naturaleza del régimen político permite, en efecto, preservar las formas institucionales de mediación social heredadas del pasado y utilizarlas para llevar a cabo una reorientación económica radical, que resulta a la vez de presiones externas y de necesidades internas de relegitimación. En Brasil, por el contrario, la situación inacabada del Estado-nación siempre ha limitado la capacidad institucional de lo político para normar las relaciones laborales y el reparto de la riqueza nacional. Las élites no tenían en Brasil la posibilidad de imponer como en México compromisos institucionalizados en materia de control social que sean establecidos antes de empujar el país al mismo tipo de ajuste” (10)

A lo largo de una primera época, aproximadamente hasta mediados de los años sesenta, los tres países aquí contemplados presentaban sistemas de protección social bastante cercanos y probablemente coherentes con el modelo de desarrollo económico prevaleciente, o sea un proceso de industrialización progresiva por substitución de importaciones (13-16). Este patrón conllevaba la perspectiva de una progresiva “conversión” de la mayoría de la población económicamente activa al asalariado, y por consiguiente a la pro-

gresiva integración de una fracción creciente de la población total en los seguros sociales. Estos sistemas eran sistemas mixtos, con un seguro social (bismarquiano) corporativista, fragmentado, expandiéndose por ampliación progresiva a categorías adicionales de asalariados. Se diferenciaban principalmente a través de dos características propias: el grado de cobertura poblacional de los seguros sociales (más bajo en México que en Brasil, bajísimo en Colombia) y el esquema de organización de la asistencia social (parecidos en Colombia y México, más clientelista y con participación del sector privado en Brasil).

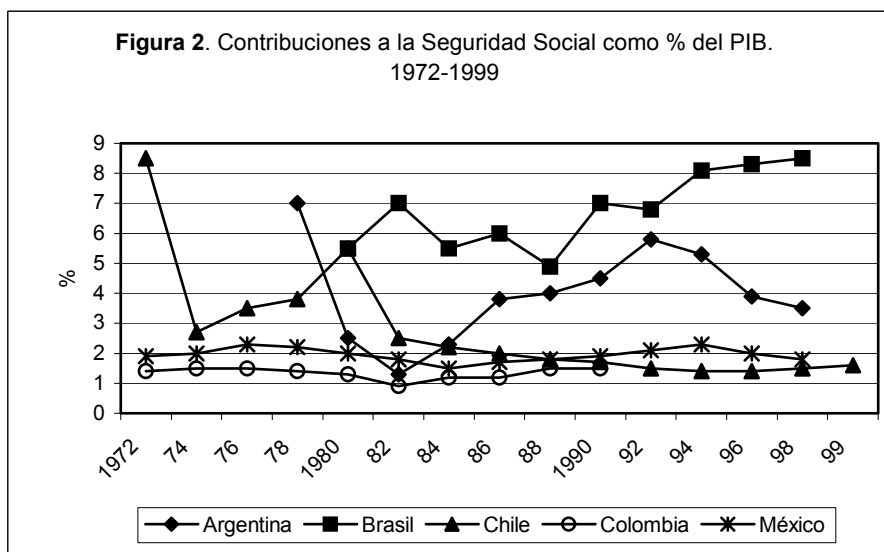
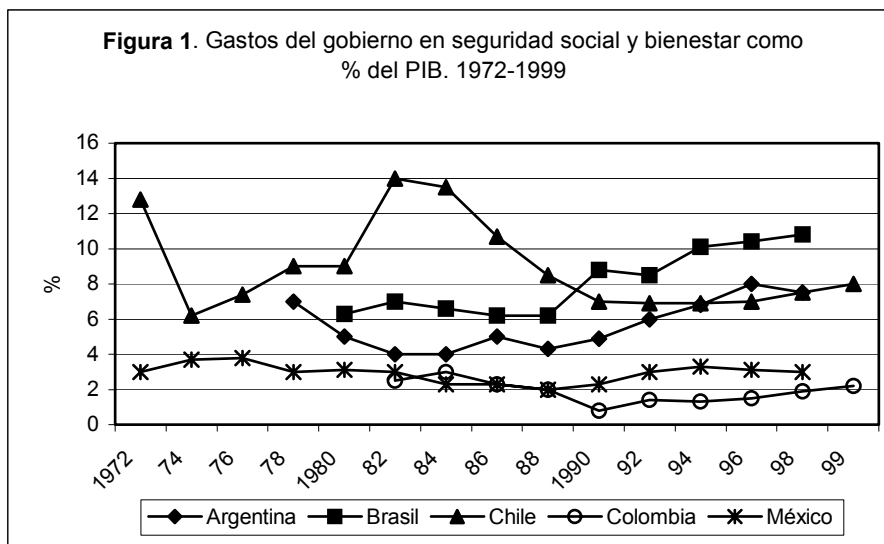
La problemática que se quiere plantear es si la “respuesta” de cada uno de los países frente al agotamiento del modelo ISI fue distinta – como se explicó antes - ¿cómo repercutió sobre la organización de los respectivos sistemas de protección social?

El análisis planteado por Marques-Pereira y Théret parece comprobado por las respectivas características de los sistemas de protección social brasileño y mexicano. Por un lado (Brasil) un sistema costoso (en términos de gasto público en seguridad social y bienestar, y de contribuciones a la seguridad social (Figura 1).

Un costo elevado que proviene en buena parte de la necesidad de lograr una rápida extensión de la cobertura - en épocas de régimen militar -, la cual obligó a una contratación masiva de los servicios con el sector privado; ya hemos visto las consecuencias en cuanto a la financiarización y persistente déficit del sistema. Un sistema también afectado por una cierta inestabilidad y fragilidad institucional por su grado de fragmentación y por la reiteración de reformas e intentos de reestructuración. Por el otro lado (México), un sistema más estable y coherente (en términos institucionales), menos costoso, menos fragmentado, más estatizado y centralizado. En México, el Estado realizó la expansión de la seguridad y asistencia social apoyándose en una red propia de servicios, personal e instalaciones (Figura 2).

El papel respectivo de los sistemas de protección social en estos dos países también se puede especificar a partir del anterior análisis. En un caso, el de México, con una legitimidad política fuertemente asentada, lo político no duda en apoyarse en el sistema de protección social para imponer ajustes de política económica y social (con un componente de represión laboral y salarial) y aplicar cambios de rumbo en el modelo de desarrollo. En Brasil, la opción de la industrialización “a marcha forzada” coincidiendo con un régimen político por sí poco legítimo engendro la necesidad de una protección social más universalizada pero sin que este fundada en compromisos institu-

cionalizados duraderos y confiables. Los ajustes macroeconómicos, la resolución del conflicto distributivo se hacían por otras vías, como la hiperinflación, por ejemplo.



Teniendo México y Brasil el estatuto teórico de dos “ideal-tipos” en el trabajo de Marques-Pereira y Théret, uno puede plantear algunas hipótesis en cuanto al caso colombiano como intermedio entre estos dos polos de referencia. Sin embargo, siendo precisamente el colombiano un caso “intermedio”, no presenta características tan nítidas como los dos “ideal-tipos” y por lo tanto resulta más difícil de interpretar. A primera vista, como ya hemos comentado, pareciera que Colombia presenta rasgos estructurales muy similares a los de Brasil en muchos aspectos. En las formas de control social también predomina un clientelismo con base local; por la gestión “liberal” de la mano de obra y relación salarial descentralizada (en el sentido que no está o está poco administrada). Sin embargo, se parece mucho más a México en los determinantes estructurales de su evolución. De hecho, a pesar de las apariencias, la fortaleza principal reside en el control social, que es también una fuente de rigidez contrastando con la flexibilidad del modelo de desarrollo (a partir de la bifurcación de los años setenta); como en México resulta en Colombia, mucho más “fácil” reorientar la economía que reformar lo político.

La fortaleza en el arreglo socioinstitucional colombiano por treinta años (desde los años cincuenta hasta los años ochenta) residió en el compromiso acordado entre tres actores: productores de café, empresarios de la industria y Estado. En el proceso de legitimación política, la protección social tradicionalmente no ha tenido sino un rol “auxiliar”. Con una restricción muy importante: la problemática de los seguros sociales siempre ha tenido un papel clave en épocas de crisis políticas de legitimidad.

Tres crisis históricas de legitimidad han afectado el régimen político colombiano e inducido avances o reformas en el sistema:

- 1945-46: crisis del último periodo de la República liberal; dificultades de Alfonso López P., enfrentando la oposición de los sectores conservadores y el avance del populismo gaitanista: institucionalización de los seguros sociales (creación de Cajanal y del ICSS, ley 90).
- 1965-67: crisis de legitimidad del régimen de Frente Nacional; implementación de los seguros económicos.
- 1990-93: desestabilización del Estado (conflicto abierto con el “cartel de Medellín”, presiones exteriores, etc.); la relegitimación del Estado y del régimen político se logra a través de la nueva Constitución de 1991, la cual instaure un “Estado social de derecho” y el acceso a la seguridad social como norma universal; a continuación se adoptará la ley 100 de 1993.

El cambio radical que se dio con esta última crisis fue doble. En primer lugar, por primera vez, el tema de la protección social fue el núcleo para la construcción de un compromiso social institucional global, generalizado a toda la población colombiana. Ello se manifiesta a lo largo del proceso que concluyó en la adopción de la ley 100, muy distinta en su forma definitiva al proyecto inicial del gobierno Gaviria. Al Estado, le tocó conciliar intereses contradictorios, entrar a negociar, para evitar el conflicto abierto con el sindicalismo, no perder apoyos por el lado de actores políticos tradicionales, en un contexto cuando la prioridad era garantizar la continuidad y aceptación de la política de acelerada apertura de la economía. Otro cambio procediendo del primero: la jerarquía de los determinantes en la futura evolución del sistema colombiano se modificó. El esquema ya no es el "mexicano" sino el "brasileño"; pero es posible conjeturar que los antecedentes del sistema colombiano le otorgan bases más estables para prosperar.

En síntesis, tanto Brasil como Colombia ilustran el caso en el cual el determinante principal, ineludible de la configuración y reforma del sistema de protección social es la búsqueda de la legitimidad política. De una manera continua y prolongada en Brasil; por accesos, con relación a episodios de crisis de legitimidad en Colombia. Añadiendo esto que cobra especial importancia a propósito del régimen subsidiado en salud; la última reforma del 1993 corresponde a un cambio cualitativo donde desde ahora en adelante, se ha vuelto el desempeño del seguro social en salud un instrumento y fuente permanente de relegitimación ■

REFERENCIAS

1. Esping-Andersen G (ed.) *Welfare States in Transition. National Adaptations in Global Economics*. UNRISD. Londres: Sage Publications; 1996.
2. Esping-Andersen G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press; 1990.
3. Esping-Andersen G. *After the Golden Age: The Future of the Welfare State in the New Global Order*. Occasional Paper No. 7. World Summit for Social Development, Copenhagen. Nations Research Institute for Social Development (UNRISD), Ginebra. Mimeo; Mars 1995.
4. Draibe SM. *The System of Social Protection in Brazil*. Mimeo; 1997. p. 151.
5. Draibe SM. *A reforma dos programas sociais brasileiros: panorama e trajetórias*. Ponencia para el XXIV encuentro anual de ANPOCS. Mimeo; Agosto 2000. p. 41.

6. Soria VM. (1998) La Protección Social en Brasil y México en un Contexto de Ajuste Económico e Integración Regional. Mimeo. México; Octubre 1998. p. 36.
7. Mesa-Lago C. Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI. Serie Políticas sociales No.36, CEPAL/ECLAC, División de Desarrollo Social, Santiago de Chile; Enero 2000.
8. Mesa-Lago C. Ascent to bankruptcy: financing social security in Latin America. Pittsburgh, Pa: University of Pittsburgh Press; 1989.
9. Huber E (1999). La diffusion des modèles de réformes sociales en Amérique latine. *Revue française des affaires sociales*. 1999;3-4.
10. Marques-Pereira J, Théret B. Régimes politiques, médiations sociales de la régulation et dynamiques macro-économiques. In: *L'Année de la régulation*, Vol. 5. Association Recherche et régulation. Paris: Presses de Sciences Po; Octubre 2001.
11. Revéiz E. El Estado como mercado. FONADE. Bogotá: Carlos Valencia Editoriales; 1887.
12. Rodríguez ÓS, Arévalo DH (ed.) Estructura y Crisis de la Seguridad Social en Colombia 1946-1992, Bogotá, Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional. Bogotá; 1993.
13. Burdillat M, Daniel Ch (1999). Les réformes des systèmes de protection sociale : convergences des orientations et diversité des voies nationales. *Revue française des affaires sociales*. 1999; 3-4.
14. Dávila E, Guijarro M. Evolución y reforma del sistema de salud en México, Serie Financiamiento del desarrollo No. 91, CEPAL-ECLAC, Unidad de Financiamiento para el desarrollo, División de Comercio Internacional y Financiamiento para el Desarrollo, Santiago de Chile; Enero 2000. 91, p. 81.
15. Titelman D, Uthoff A (comp.) Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de: Estados Unidos - Canadá - Argentina - Chile – Colombia, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) & Fondo de Cultura Económica, Santiago, Chile; julio 2000.
16. OIT-OPS. Elementos para el análisis comparado de la extensión de cobertura social en salud en América Latina y el Caribe. Reunión regional tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS. Extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe. México; Nov. 1999. p. 51.

APÉNDICE. Cuadro A1. Relación provisión-financiación, integración y tendencia de los sistemas de salud

País	Subsector Público	Subs. Seguridad Social	Subsidio Seguridad Social	Subsector Privado	Subsidio Sector Privado	Integración	Estado de Bienestar	Tendencias
	Financiación-Provisión	Financiación-Provisión		Financiación-Provisión				
Costa Rica	Público-Público (1º nivel)	Parapúblico-Público/Mixta	Si	Privada-Privada		Alta	Universalismo estratificado estatista	Ajustes
Cuba	Público-Público			Privada-Mixto	Si	Alta	Universalismo estructurado	Reorientación de APS
Argentina	Público-Público	Parapúblico-Mixto	Si	Privada-Privada		Media	Universalismo estratificado liberal	Comp. gerenciada y seguros públicos
Chile	Parapub-Pública/Privada-Mixta	Parapub-Pública/Privada-Mixta		Privado-Privado	Si	Media	Universalismo estratificado liberal	Competencia gerenciada
Colombia	Público-Público	Parapub-Público/Privada	Si	Privado-Privado		Media	Universalismo estratificado	Comp. gerenciada
Uruguay	Público-Público	Público-Parapub/Privada	Si	Privada-Privada		Media	Universalismo estratificado estatista	Comp. gerenciada
Brasil	Parapúblico y Público-Mixta			Privada o Mixta/Privada		Media	Dual	Más financiación y descentralización
México	Público-Público	Parapúblico-Público/Mixta	Si	Privado/Privado		Baja	Dual	Aseguramiento
Peru	Público-Público	Pública-Mixta	Si	Privada-Privada	Si	Baja	Excluyente	Comp. gerenciada
Venezuela	Público-Público	Parapública-Pública/Pública	Si	Privada-Privada		Baja	Excluyente	Más aseguramiento. Descentraliza Paquete de servicio
Paraguay	Público-Público	Pública-Parapub/Mixto	Si	Privada-Privada	Si	Baja	Excluyente	Aseguramiento
Bolivia	Público-Público	Parapúblico-Público/Público	Si	Privada-Mixto		Baja	Excluyente	Aseguramiento Descentraliz y APS
Ecuador	Público-Mixto	Parapub-Público/Mixto	Si	Privado-Privado	Si	Baja	Excluyente	Aseguramiento
El Salvador	Público-Público	Parapub-Pub/Mixta	Si	Privada-Privada		Baja	Excluyente	Aseguramiento

Fuente: Referencia 16

Cuadro A2. Regímenes de Acumulación

Período	Brasil		México		Colombia	
	Convergencia					
Finales del siglo XIX	1870 => Gran Depresión (años 1930)	Régimen "primario-exportador"	1880 => Gran Depresión (años 1930)	Régimen "primario-exportador"	Principios del siglo XX => años treinta	Régimen "primario-exportador"
Años 1930 años 1960-70	Segunda GM => mitad años 1960	ISI	Segunda GM => 1970	ISI	Segunda GM => 1958	ISI 1
	Bifurcación – Divergencia					
	1964 => 1979	Profundización de la ISI a "marcha forzada"	1970	Intento hacia ISI 3 (crisis política, fracaso)	1959 => 1966	ISI 2
Años 1960-70 => años 1980-90			1970 = > 1976	Desarrollo compartido (intento fallido)	1967 => 1975	Intento hacia modelo mixto (fracaso - bonanza café)
	1980 =>	Esfuerzo para ingresar a ISI 3 (modelo "ISI3 desde dentro con exportación"), vertiente "desarrollista"	1977 => 1982	Modelo petrolero-exportador (intento fallido)	1975-1985	Vuelco al proteccionismo y desarrollo hacia adentro (sin política industrialización)
			1982 =>	Patrón acumulación "secundario-exportador" (ELG), vertiente "neo-liberal"		Apertura, Terciarización, Financiarización
Años 1990	1991 =>	Reorientación económica al modelo "consenso Washington". Inserción Int/nal bajo modalidad mercado común	1994 =>	Inserción int/nal modalidad zona de libre comercio (ALENA)	1986-1995 =>	Sin proceso de integración regional